

ADELE

Accompagner le retour
au domicile de l'enfant
et sa mère : organiser
les liens et évaluer

N. Moreau, M. Ruttiens, N. Regueras,
J. Guillaume, S. Alexander, P. Humblet,
et le Groupe Interdisciplinaire de Périnatalité

Accompagner le retour au Domicile de l'Enfant et sa mère : organiser les Liens et Évaluer (ADELE)

N. Moreau⁽¹⁾, M. Ruttiens⁽¹⁾, N. Regueras⁽²⁾, J. Guillaume⁽²⁾, G.I.P.⁽³⁾, S. Alexander⁽¹⁾, P. Humblet⁽¹⁾

(1) Ecole de Santé Publique de l'ULB

(2) Agence InterMutualiste (A.I.M.)

(3) Groupe Interdisciplinaire de Périnatalité (GIP)

JUIN 2013

Remerciements

Nous remercions les maternités qui ont accepté de participer à cette étude. Nos remerciements s'adressent également aux responsables sub-régionaux de l'O.N.E. pour l'appui qu'ils nous ont apporté dans la réalisation de cette étude.

Nous remercions également le comité d'accompagnement de l'O.N.E. et les membres du groupe de travail pour l'encadrement apporté tout au long de cette étude.

Pour le comité d'accompagnement :

Ana Belen Hernandez Garcia (O.N.E.)

Cédric De Jonghe (O.N.E.)

Geneviève Bazier (O.N.E.)

Gilles Ceysens (O.N.E.)

Godelieve Stroobant (O.N.E.)

Guy Fransolet (O.N.E.)

Jean-Luc Agosti (O.N.E.)

Marie-Christine Mauroy (O.N.E.)

Murielle Deguerry (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale)

Tessa Goetghebuer (O.N.E.)

Pour le groupe de travail :

Antoine Borighem (O.N.E.)

Christine Kirkpatrick (G.I.P.)

Luc Roegiers (G.I.P.)

Michèle Warnimont (G.I.P.)

Samuel Ndame (O.N.E.)

Véronique Masson (O.N.E.)

Pour la relecture minutieuse de ce rapport :

Maryse Gombert

Enfin, nous remercions très chaleureusement tous les professionnels des maternités (gynécologues, sages-femmes, ...) qui ont participé à cette étude et nous ont permis de mieux décrire leur réalité de travail et leurs pratiques professionnelles ainsi que toutes les mamans dont les témoignages apportent un éclairage fouillé sur leur vécu quant au séjour à la maternité et à l'organisation du suivi postnatal.

Résumé

Introduction

Depuis plusieurs décennies, la durée du séjour de la maman et du bébé à la maternité tend à se réduire (Bravo et al., 2011 ; Brown et al., 2002 ; Britton et al., 1999).

Lorsqu'on s'intéresse à l'impact de la sortie précoce sur la santé de la mère et du bébé, la plupart des études ne sont pas comparables car elles diffèrent de par leur définition de la sortie précoce et leur méthodologie mais aussi parce que les contextes diffèrent d'un pays à l'autre. Les résultats de ces études sont hétérogènes et ne permettent pas de se positionner en faveur ou en défaveur de la sortie précoce (Bravo et al., 2001).

Plusieurs études ont montré que si le processus est bien encadré, la procédure comporte peu de risques et trouve un écho très favorable auprès des familles (Zadoroznyj, 2006 ; Brown et al., 2004). Les mamans sorties précocement de la maternité et bénéficiant d'un suivi à domicile se réjouissent de retrouver leur confort, leur intimité et leur routine familiale plus rapidement. Toutefois, certaines reconnaissent qu'un séjour plus long peut être nécessaire pour les mamans primipares ou pour celles qui ne se sentent pas prêtes ou qui envisagent avec appréhension le retour à la maison (Bravo et al., 2011).

Finalement une étude récente au Danemark (Danjborg et al, 2013), montre que les femmes perçoivent le retour à domicile comme insuffisamment structuré, en particulier avec l'aspect très clair des circuits prénatals.

Le modèle belge s'est créé sur base de l'initiative privée. Il n'existe pas d'enregistrement obligatoire auprès d'un soignant généraliste ou auprès d'une « maison médicale » de quartier. Globalement, le système semble fonctionner de manière satisfaisante mais à nouveau des cas sont rapportés de dyades mère-enfant qui sortent très vite sans passage de soignant au domicile et parfois aussi sans qu'elles ne soient revues rapidement en dehors de chez elles (consultation de sage-femme, de généraliste, de gynécologue). Par ailleurs, si Kind en Gezin (K&G) a bien signé une convention avec les associations de sages-femmes néerlandophones, ce n'est pas encore le cas de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.) en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Sur base de ces différents constats, cette étude avait pour objectif de documenter l'accompagnement du retour à domicile de l'enfant et sa mère et plus spécifiquement l'organisation des liens et leur évaluation.

Pour ce faire, trois objectifs spécifiques ont été identifiés :

1. Contribuer à quantifier le phénomène des sorties précoces en Belgique et plus particulièrement dans la Fédération Wallonie-Bruxelles et le processus de prise en charge du suivi postnatal
2. Contribuer à qualifier le processus :
3. Elaborer des recommandations et des outils pour l'évaluation.

Méthodologie

Cette recherche a été commanditée par l'ONE et réalisée en étroite collaboration avec l'O.N.E., l'ULg, le Groupe interdisciplinaire-interuniversitaire de périnatalité ULB/UCL (GIP) et l'Agence Intermutualiste (A.I.M.).

Elle se compose de 4 parties :

1. La situation en matière de sorties précoces et de suivi postnatal : analyse des données de 2010 de l'Agence Intermutualiste (A.I.M.) ;
2. Les perceptions des professionnels de santé et des mamans quant au séjour à la maternité, la durée de ce séjour et le processus de prise en charge du suivi postnatal ;

3. La situation en matière de sorties précoces et d'organisation du suivi postnatal telle que décrite par les maternités en 2012-2013 ;
4. La situation quant au séjour à la maternité et à l'organisation du suivi postnatal telle que décrite par les mamans accouchées en 2013.

La sortie précoce initialement a été définie comme toute sortie avant J3 pour les accouchements par voie basse (VB) et avant J5 pour les accouchements par césarienne (CS) (définition utilisée par la HAS en France).

Résultats

1. IMA

Trois aspects ont été explorés : la durée du séjour postnatal hospitalier, les soins ambulatoires postnataux par sage-femme et l'absence de suivi postnatal (les femmes sans soins). Chacun de ses parties sera stratifié en fonction de la région et du statut BIM ou non de la femme. Ce statut BIM est le meilleur indicateur de vulnérabilité dont nous puissions disposer, quoiqu'il conjugue des marqueurs économiques et médicaux que l'on ne peut séparer.

- **Durée de séjour postnatal hospitalier**

Tant en Fédération Wallonie-Bruxelles qu'en Communauté flamande, la grande majorité des accouchements donnent lieu à un séjour de 4 à 9 jours (y inclus le jour de l'accouchement) à la maternité (respectivement 93,2% et 91,3%). Les séjours de 1 à 3 jours (sorties avant J3) sont plus fréquents en Communauté flamande (8,0%) qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (4,5%). Au sein de celle-ci, la proportion de séjours de 1 à 3 jours est deux fois plus élevée dans la province du Brabant wallon (9,4%).

La proportion de femmes accouchées bénéficiant du statut BIM est plus élevée en Fédération Wallonie-Bruxelles (19,3%) qu'en Communauté flamande (8,8%). Cette proportion est la plus élevée dans la Région de Bruxelles-Capitale (22,7%) et la moins élevée dans la province du Brabant wallon (7,7%).

Les sorties précoces (VB <J3 & CES <J5) sont plus fréquentes parmi les femmes bénéficiant du statut BIM que parmi celles qui n'en bénéficient pas (14,7% vs 9,1%). Les sorties précoces parmi les femmes bénéficiant du statut BIM sont plus fréquentes en Communauté flamande (20,7%) qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (11,4%). Au sein de celle-ci, les proportions les plus élevées sont observées dans les provinces du Brabant wallon (19,5%) et du Luxembourg (17,0%).

- **Les soins ambulatoires postnataux par sage-femme**

La proportion de femmes ayant eu au moins une visite/consultation en postnatal auprès d'une sage-femme est plus élevée en Communauté flamande (34,3%) qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (14,7%).

Au sein de celle-ci, les proportions les plus élevées sont observées dans la province du Brabant wallon (28,6%) et dans la Région de Bruxelles-Capitale (27,3%).

Les analyses tenant compte du mode d'accouchement et de la précocité de la sortie de la maternité font apparaître des résultats nuancés concernant le suivi postnatal par une sage-femme.

La proportion de femmes ayant eu au moins une visite/consultation en postnatal auprès d'une sage-femme est plus élevée parmi les sorties précoces après un accouchement par voie basse par rapport aux sorties précoces après un accouchement par césarienne tant en Communauté flamande (57,8% vs 40,8%) qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (39,7% vs 17,5%) alors que les sorties précoces sont plus fréquentes parmi les césariennes par rapport aux accouchements par voie basse. Cet écart concernant le suivi postnatal s'observe dans toutes les provinces de la Fédération Wallonie-Bruxelles, à l'exception de la province du Hainaut où il s'inverse légèrement (6,3% vs 7,7%).

Concernant le statut BIM ou NON BIM des femmes accouchées, la proportion de femmes suivies en postnatal par une sage-femme est plus élevée parmi les femmes « NON BIM » par rapport à celles qui bénéficient du statut BIM en Communauté flamande (35,2% vs 25,4%).

Par contre, en Fédération Wallonie-Bruxelles, l'écart est légèrement inversé en faveur des femmes bénéficiant du statut BIM (14,3% vs 16,5%). Au niveau des provinces, ce résultat en faveur des femmes « BIM » s'observe uniquement à Bruxelles (25,9% vs 31,9%). Dans toutes les autres provinces, le suivi postnatal auprès d'une sage-femme est plus fréquent parmi les femmes « NON BIM ».

Au vu des résultats présentés ci-dessus, il est important de souligner qu'ils portent uniquement sur le suivi postnatal extrahospitalier réalisé par une sage-femme (au moins une visite/consultation) et ne permettent pas de tirer de conclusion au niveau du suivi postnatal en général. En effet, d'autres professionnels de la santé peuvent être sollicités dans le cadre du suivi postnatal (gynécologue, pédiatre, médecin généraliste, ...).

Nous avons dès lors décidé de nous intéresser aux femmes qui n'avaient eu aucun contact avec une sage-femme, un médecin généraliste, un gynécologue ou tout autre spécialiste entre la sortie de la maternité et six semaines après l'accouchement.

- **L'absence de suivi postnatal**

L'absence de suivi postnatal est moins fréquente en Communauté flamande (38,8%) qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (50,0%). Au sein de celle-ci, la proportion la plus élevée d'absence de suivi est observée dans la province de Namur (64,2%) et la proportion la moins élevée est observée dans la région de Bruxelles-Capitale (40,3%) et dans la province du Brabant wallon (43,0%).

L'absence de suivi est moins fréquente parmi les sorties précoces par rapport aux sorties non précoces, tant en Fédération Wallonie-Bruxelles (36,6% vs 51,4%) qu'en Communauté flamande (26,9% vs 40,1%). Cet écart s'observe dans toutes les provinces de la Fédération Wallonie-Bruxelles à l'exception de la province du Brabant Wallon où il tend à disparaître (41,9% vs 43,2%).

Concernant le statut BIM des femmes accouchées, l'absence de suivi est plus fréquente parmi les femmes "BIM" par rapport aux femmes "NON BIM", tant en Communauté flamande (47,0% vs 38,0%) qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles même s'il se réduit (52,5% vs 49,4%). Au sein de celle-ci, l'écart est plus marqué dans la province du Brabant Wallon (54,7% vs 42,1%).

Lorsqu'on tient compte de la durée du séjour, on observe qu'en Communauté flamande, l'absence de suivi reste plus fréquente parmi les sorties précoces chez les femmes "BIM" (37,1%) par rapport aux sorties précoces chez les femmes "NON BIM" (24,7%). En Fédération Wallonie-Bruxelles, cet écart disparaît (36,1% vs 36,7%).

2. Focus avec les professionnels et les mamans

Il ressort des témoignages que, tant les professionnels que les mamans identifient ces dernières comme les mieux à même de déterminer pour elles-mêmes le temps d'hospitalisation nécessaire après une naissance, temps qui puisse leur permettre de sortir avec un sentiment de sécurité.

Si les femmes sont prévenues, donc non prises au dépourvu, elles peuvent assumer un retour après trois jours pour un accouchement eutocique et cinq pour une césarienne. C'est le manque d'anticipation qui rend les choses difficiles ou insécurisantes. Le retour devrait se préparer dès la grossesse en organisant avec chaque femme « sa trousse de sécurité » personnalisée, faite de contacts anténatals avec le pédiatre, la sage-femme, la TMS ONE, parfois l'aide-familiale ... qui seront les référents et les ressources une fois le bébé arrivé.

Professionnels et mères s'accordent à dire :

- Que la maternité est un lieu qui apparaît soit comme rassurant, « cocoonant » et aidant ; soit à l'inverse comme contraignant, inconfortable, et où l'intimité fait défaut.
- Qu'un accouchement qui s'est bien passé et un bébé qui boit bien, invitent à une sortie rapide car la confiance est là.

- Que les douleurs et le stress post césariennes, certaines épisiotomies et déchirures représentent, pour les mères un obstacle à un retour précoce à domicile. Comme les prises de poids insuffisantes, les jaunisses, et les hypotonies des bébés constituent des arguments contre le retour précoce à domicile.
- Que connaître, anticipativement, les professionnels de l'extrahospitalier est aidant tant pour ces derniers que pour les parents. Encore faut-il organiser les modalités de contacts et d'articulations des différents professionnels (hospitaliers et extrahospitaliers) entre eux.
- Que les réponses à des questions non posées, sont souvent des informations perdues. Que c'est en « pratiquant » que les parents ressentent le besoin d'informations ou de conseils particuliers. Que « bien faire passer des messages préventifs » implique de les amener au moment où les parents en ont besoin, donc dans un temps déployé.

Enfin, qu'être bien entouré est une nécessité si un retour précoce est envisagé. Mais cette notion fait appel à des représentations variables dans les discours des uns et des autres. L'entourage est autant constitué du seul « mari » ou compagnon, que des familles (parfois juste une mère ou bien toute une « tribu »), des amis ou des professionnels.

3. Enquête auprès des maternités

La majorité des maternités sont réticentes aux sorties précoces. Par ailleurs, la position des maternités à l'égard des sorties précoces varie en fonction de la « pression démographique » (nombre d'accouchements par lit) qu'elles subissent. Les maternités où cette « pression démographique » est plus importante encouragent plus fortement les sorties précoces.

Il ressort également de l'étude que près d'une maternité sur deux dispose d'une procédure structurée pour l'accompagnement à domicile par une sage-femme en cas de sortie précoce. Ces procédures varient sensiblement entre les maternités mais la plupart intègrent la planification des visites à domicile par une sage-femme. Par ailleurs, une maternité sur cinq ne dispose pas d'une procédure structurée faute de politique de service mais les résultats suggèrent la mise en place de mesures informelles et locales illustrant une volonté d'encadrer au mieux les mamans qui sortent précocement de la maternité. Les résultats montrent également que la majorité des maternités planifient un rendez-vous pédiatrique, que la sortie précoce résulte d'une initiative de la maman ou de la maternité.

Par contre, la situation des patientes plus vulnérables reste préoccupante puisque dans quatre maternités sur dix, les patientes bénéficiant de la couverture AMU et/ou celles prises en charge par le CPAS n'ont pas accès aux visites des sages-femmes à domicile. Cependant, il est rassurant d'observer que sept maternités sur dix ont mis en place une initiative ou une organisation de travail plus spécifique pour la prise en charge des patientes en situation de grande vulnérabilité. La description de ces initiatives ou organisation de travail montrent que l'O.N.E. est le relais privilégié des maternités dans le cadre de la prise en charge de ces patientes.

Hormis les responsables qui considèrent que les sorties précoces ne doivent dans aucun cas être envisagées, les pistes identifiées par les maternités pour améliorer l'accompagnement à domicile des sorties précoces pour les femmes n'ayant pas accès aux visites des sages-femmes à domicile portent sur différents niveaux : opérationnels, organisations des soins de santé et politiques sociales.

4. Enquête auprès des mamans

Les témoignages des mamans sont très positifs concernant le déroulement du séjour en maternité et du retour à la maison qu'elles soient sorties précocement ou non.

Concernant la planification de la sortie, la plupart des mères interviewées avaient préalablement réfléchi à la durée de leur séjour en maternité. La majorité des mères disent avoir choisi de quitter la maternité (80%).

Les raisons de rester ou de partir étaient très diverses et ne variaient pas sensiblement selon la précocité de la sortie. Cependant, pour les mères sorties précocement, le fait de retrouver son (ses) autre(s) enfant(s) et d'être en famille et/ou avec son conjoint sont des raisons plus souvent citées.

A la sortie de la maternité, la majorité des mères avaient reçu les coordonnées d'au moins un professionnel de santé. Cependant, 4 mères sur 10 n'avaient pas reçu un numéro de téléphone à la sortie de la maternité auquel elle pourrait appeler en cas d'urgence, d'inquiétude ou de questions. La même proportion de mères ne connaissait pas l'existence de visites à domicile par des sages-femmes. Or, certaines mères auraient eu besoin de soins pour elle avant la visite à six semaines chez le gynécologue.

Les mères sorties précocement n'ont pas un profil socio-culturel particulier, quoiqu'il y ait une tendance en faveur de patientes moins instruites, plus fréquemment multipares et dont le français n'était pas la langue maternelle.

DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Il ressort de notre étude que les sorties précoces en Belgique (<J3 si accouchement par voie basse & <J5 si césarienne) étaient peu fréquentes en 2010 (une femme sur dix). L'enquête auprès des maternités montre également que les professionnels qui y travaillent sont en général réticents à l'égard des sorties précoces.

Les données de l'AIM font également état de nombreuses disparités tant entre les Communautés qu'entre les provinces et région de la Fédération Wallonie-Bruxelles en matière de sorties précoces, de suivi postnatal par une sage-femme ou d'absence de suivi postnatal.

Les sorties précoces sont plus fréquentes parmi les femmes plus vulnérables, elles ont plus difficilement accès aux visites des sages-femmes à domicile et dans certaines provinces de la FWB, l'absence de suivi est plus fréquente parmi ces femmes vulnérables sorties précocement de la maternité.

Notre étude montre également que si la santé de la mère et de l'enfant reste le premier critère qui détermine la durée du séjour à la maternité, la prise en compte du souhait de la maman est unanimement reconnue. Cependant, la politique d'une maternité à l'égard des sorties précoces peut être influencée par une réalité plus économique, à savoir la « pression démographique » à laquelle elle doit faire face, c'est-à-dire le nombre d'accouchements par lit par an. Au plus ce ratio augmente, au plus la maternité risque d'encourager les sorties précoces par manque de places.

L'organisation des services de santé pour le suivi postnatal et, notamment, les limites de celle-ci sont également largement documentées tant par les professionnels que par les mamans. Outre les difficultés rencontrées par les professionnels pour réaliser leur travail durant le séjour à la maternité (soins, prévention, informations à transmettre,...), les maternités témoignent des problèmes rencontrés pour coordonner les différents professionnels en charge du suivi, assurer la transmission des informations entre ces derniers, définir les responsabilités de chacun, pallier le manque d'effectifs, les périodes d'indisponibilité (week-ends et jours fériés) et l'inaccessibilité des services pour les mamans géographiquement « hors zone ».

Il ressort également de cette étude que préparer le retour à domicile et le suivi postnatal au cours de la grossesse pourrait avoir un impact sur la durée du séjour car les mamans se sentiraient plus rassurées pour rentrer à la maison si elles se savaient entourées par différents acteurs identifiés clairement et disponibles. Cela pourrait également favoriser l'établissement de relations de confiance avec les professionnels et permettre d'individualiser l'accompagnement et le suivi postnatal en tenant compte des besoins spécifiques de chaque maman (tant sur le plan physique que psychologique, opérationnel, administratif et autre).

L'absence de guidelines définissant de façon claire et précise le contenu et le calendrier d'un suivi postnatal de qualité pour la mère et l'enfant ne nous permet pas d'évaluer la qualité de ce suivi à l'heure actuelle. Par ailleurs, il serait également utile de disposer de données plus précises pour pouvoir estimer la durée des séjours à la maternité en heures et plus complètes pour pouvoir évaluer de façon globale le suivi postnatal dont les mamans et les bébés auront bénéficié (tous acteurs confondus). Ces deux éléments permettraient alors d'évaluer dans quelles mesures l'utilisation des soins de santé pour le suivi postnatal rejoint ou non les guidelines établis.

En résumé final, il s'agit d'une question qui touche l'ONE puisqu'elle a une mission de liaison, ainsi qu'une mission de mise en place des soins préventifs dans l'enfance. Toutefois, l'ONE seule ne peut résoudre les difficultés.

Deux axes ont été identifiés.

1. l'organisation d'un trajet de soins au sens large du terme, qui doit donc se faire en conjonction avec le SPF santé et l'INAMI. Sur le plan organisationnel, les hôpitaux et les associations de sages-femmes doivent être partenaires aussi. Sur Bruxelles, il sera toujours plus efficace de travailler en concertation avec le K&G. L'information rassurante est que le KCE, l'agence d'évaluation des techniques de santé, fédérale, a mis ce point à son agenda pour 2014. Celui-ci concerne essentiellement la Maman et les soins domiciliaires
2. La mise en place de la 1ère consultation précoce pour nourrisson. Actuellement, l'ONE n'est pas prête à offrir des consultations à une semaine de vie aux enfants sortis précocement, pour des motifs de (i) manque de place dans des consultations déjà surchargées, (ii) de formation des médecins généralistes et (iii) d'absence de dotation pour cette activité.

Deux activités sont déjà en place

- a. Le KCE travaille sur la thématique post-partum pour son programme 2014 et utilise le rapport ADELE. Il a également invité un représentant de l'ONE à participer aux travaux.
- b. Le GGOLFB et l'ONE ont formé un consortium pour rédiger un livre (textbook) sur la thématique.

Table des matières

<u>I. INTRODUCTION</u>	10
<u>II. MÉTHODOLOGIE</u>	12
<u>III. RÉSULTATS</u>	
<u>III. 1 : LA SITUATION EN MATIÈRE DE SORTIES PRÉCOCES ET DE SUIVI POSTNATAL : ANALYSE DES DONNÉES DE 2010 DE L'AGENCE INTERMUTUALISTE (A.I.M.)</u>	13
<u>III. 2 : LES PERCEPTIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET DES MAMANS QUANT AU SÉJOUR À LA MATERNITÉ, LA DURÉE DE CE SÉJOUR ET LE PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DU SUIVI POSTNATAL</u>	63
<u>III. 3 : LA SITUATION EN MATIÈRE DE SORTIES PRÉCOCES ET D'ORGANISATION DU SUIVI POSTNATAL TELLE QUE DÉCRITE PAR LES MATERNITÉS EN 2012-2013</u>	90
<u>III. 4 : LA SITUATION QUANT AU SÉJOUR À LA MATERNITÉ ET À L'ORGANISATION DU SUIVI POSTNATAL TELLE QUE DÉCRITE PAR LES MAMANS ACCOUCHÉES EN 2013</u>	129
<u>IV. DISCUSSION</u>	228
<u>V. BIBLIOGRAPHIE</u>	230

I-Introduction

La revue de la littérature confirme que depuis plusieurs décennies, la durée du séjour de la maman et du bébé à la maternité tend à se réduire (Bravo et al., 2011 ; Brown et al., 2002 ; Britton et al., 1999). Lorsqu'on s'intéresse à l'impact de la sortie précoce sur la santé de la mère et du bébé, la plupart des études ne sont pas comparables car elles diffèrent de par leur définition de la sortie précoce et leur méthodologie mais aussi parce que les contextes diffèrent d'un pays à l'autre. Les résultats de ces études manquent de consistance et ne permettent pas de se positionner en faveur ou en défaveur de la sortie précoce (Bravo et al., 2001).

La revue systématique Cochrane (Brown et al., 2002) sur les sorties précoces confirme que lorsqu'on tire au sort, de manière à éviter tout biais, le fait que les accouchées aient une sortie précoce ou une sortie normale, le séjour court augmente la probabilité de ré-hospitaliser la mère et/ou l'enfant, mais que globalement le nombre de jours d'hospitalisation est moindre avec les sorties précoces. Globalement, il n'y a pas d'augmentation des complications graves, et la probabilité que les femmes soient insatisfaites montre une forte tendance à la diminution.

La position de l'OMS est plus réservée et ils concluent notamment par « *Étant donné les limitations méthodologiques des essais inclus dans l'analyse systématique et le manque de preuves solides et fiables en faveur de l'introduction dans la pratique clinique de la politique de sortie précoce de l'hôpital, il est urgent de réaliser des essais de bonne qualité méthodologique à grande échelle comparant cette intervention à des soins habituels, spécialement dans les milieux défavorisés* » (Nardin & Mignini, 2009). Il en va de même pour les guidelines de l'HAS (2004).

Dans la littérature, les motifs les plus fréquents de réhospitalisation des nouveau-nés sont la jaunisse, la déshydratation et des difficultés au niveau de l'allaitement. Toutefois, les études réalisées n'ont pas pu démontrer de manière concluante qu'il existait un risque accru pour les enfants sortis précocement (Bravo et al., 2011).

Des études observationnelles récentes ont montré que certains facteurs étaient déterminants de la réussite ou de l'échec du suivi postnatal. Il s'agit essentiellement de facteurs en lien avec la vulnérabilité socio-économique (Kurtz et al., 2008), la vulnérabilité émotionnelle (O'Mahony et al., 2010), l'absence de réseau, social ou professionnel (Brand et al., 2011), une non-universalité des soins postnataux au sein de la communauté (Zadoroznyj, 2006) et une coordination insuffisante entre les différents acteurs de la prise en charge postnatale (Bar-Zeev, 2012). Les principales difficultés rencontrées par les mamans après l'accouchement sont liées à la fatigue, aux insomnies, aux difficultés pour allaiter, aux problèmes de constipation et à la dépression postpartum. Mais à nouveau, les résultats des études ne sont pas concluants et aucune association n'a pu être démontrée avec la durée du séjour à la maternité (Bravo et al., 2011).

Certaines études ont montré que durant leur séjour à la maternité, des mamans percevaient que les informations reçues étaient parfois contradictoires. Par ailleurs, les mamans primipares étaient en général plus critiques que les mamans multipares à l'égard des sages-femmes de la maternité (Fenwick et al., 2010).

Néanmoins, plusieurs études ont montré que si le processus est bien encadré, la procédure comporte peu de risques et trouve un écho très favorable auprès des familles (Zadoroznyj, 2006 ; Brown et al., 2004). Les mamans sorties précocement de la maternité et bénéficiant d'un suivi à domicile se réjouissent de retrouver leur confort, leur intimité et leur routine familiale plus rapidement. Toutefois, certaines reconnaissent qu'un séjour plus long peut être nécessaire pour les mamans primipares ou pour celles qui ne se sentent pas prêtes ou qui envisagent avec appréhension le retour à la maison (Bravo et al., 2011).

Le modèle belge s'est créé sur base de l'initiative privée. Il n'existe pas d'enregistrement obligatoire auprès d'un soignant généraliste ou auprès d'une « maison médicale » de quartier. Globalement, le système semble fonctionner de manière satisfaisante mais à nouveau des cas sont rapportés de dyades mère-enfant qui sortent très vite sans passage de soignant au domicile et parfois aussi sans qu'elles ne soient revues rapidement en dehors de chez elles (consultation de sage-femme, de généraliste, de gynécologue). Par ailleurs, si Kind en Gezin (K&G) a bien signé une convention avec les associations de sages-femmes néerlandophones, ce n'est pas encore le cas de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.) en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Sur base de ces différents constats, cette étude a pour objectif de documenter l'accompagnement du retour à domicile de l'enfant et sa mère et plus spécifiquement l'organisation des liens et leur évaluation.

Pour ce faire, trois objectifs spécifiques ont été identifiés :

1. Contribuer à quantifier le phénomène des sorties précoces en Belgique et plus particulièrement dans la Fédération Wallonie-Bruxelles et le processus de prise en charge du suivi postnatal :
 - a. au travers de l'analyse des données de l'Agence Intermutualiste (A.I.M.),
 - b. au travers l'enquête réalisée auprès des maternités,
 - c. au travers de l'enquête réalisée auprès des mères récemment accouchées.
2. Contribuer à qualifier le processus :
 - a. au travers de focus groups réunissant des professionnels de la santé,
 - b. au travers de focus groups réunissant des mamans.
3. Elaborer des recommandations et des outils pour l'évaluation.

II-Méthodologie

Cette recherche a été commanditée par l'ONE et réalisée en étroite collaboration avec l'O.N.E., l'ULg, le Groupe interdisciplinaire-interuniversitaire de périnatalité ULB/UCL (GIP) et l'Agence Intermutualiste (A.I.M.).

Les maternités ont été notre principale source de données pour la réalisation des focus groups et des enquêtes.

La méthodologie et les résultats de chaque composante de cette recherche (analyse des données de l'I.M.A., réalisation des enquêtes et des focus groups) font l'objet d'une description détaillée dans le chapitre consacré à chacune d'entre elles dans ce rapport.

Ceux-ci sont présentés dans l'ordre suivant :

5. La situation en matière de sorties précoces et de suivi postnatal : analyse des données de 2010 de l'Agence Intermutualiste (A.I.M.) ;
6. Les perceptions des professionnels de santé et des mamans quant au séjour à la maternité, la durée de ce séjour et le processus de prise en charge du suivi postnatal ;
7. La situation en matière de sorties précoces et d'organisation du suivi postnatal telle que décrite par les maternités en 2012-2013 ;
8. La situation quant au séjour à la maternité et à l'organisation du suivi postnatal telle que décrite par les mamans accouchées en 2013.

Dès le début de l'étude, il est apparu que la définition de la sortie précoce initialement prévue (<J3) était trop restrictive (voir Chapitre I). Celle-ci a donc été élargie en tenant compte du mode d'accouchement et se définit comme toute sortie avant J3 pour les accouchements par voie basse et avant J5 pour les accouchements par césarienne. Cette définition a été utilisée dans les quatre composantes de l'étude.

III.1 : La situation en matière de sorties précoces et de suivi postnatal : analyse des données de 2010 de l'Agence Intermutualiste (AIM)

N. Moreau ⁽¹⁾, N. Regueras ⁽²⁾, J. Guillaume ⁽²⁾, S. Alexander ⁽¹⁾

(1) Ecole de Santé Publique de l'ULB

(2) Agence InterMutualiste (AIM)

Juin 2013

Table des matières

<u>1</u>	<u>INTRODUCTION</u>	15
<u>2</u>	<u>MÉTHODOLOGIE</u>	15
2.1	SOURCE DES DONNÉES	15
2.2	SÉLECTION DES ACCOUCHEMENTS	15
2.3	SÉLECTION DES CONSULTATIONS EXTRAHOSPITALIÈRES PAR UNE SAGE-FEMME ENTRE LE JOUR DE SORTIE ET 6 SEMAINES APRÈS L'ACCOUCHEMENT	15
2.4	SÉLECTION DE L'ABSENCE DE CONSULTATIONS EXTRAHOSPITALIÈRES PAR UN GYNÉCOLOGUE, UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE, UNE SAGE-FEMME OU UN MÉDECIN SPÉCIALISTE ENTRE LE JOUR DE SORTIE ET 6 SEMAINES APRÈS L'ACCOUCHEMENT	16
2.5	ANALYSES	16
<u>3</u>	<u>LA DURÉE DE SÉJOUR EN MATERNITÉ</u>	17
<u>4</u>	<u>LE MODE D'ACCOUCHEMENT</u>	18
4.1	LA DURÉE DU SÉJOUR ET LE MODE D'ACCOUCHEMENT	19
<u>5</u>	<u>LES SORTIES PRÉCOCES</u>	21
<u>6</u>	<u>FEMMES ACCOUCHÉES BÉNÉFICIAIRE DU STATUT BIM</u>	24
6.1	SORTIES PRÉCOCES ET STATUT BIM	25
<u>7</u>	<u>CONCLUSION</u>	26
<u>8</u>	<u>LE SUIVI POSTNATAL EXTRAHOSPITALIER PAR UNE SAGE-FEMME</u>	27
8.1	LE SUIVI POSTNATAL ET DURÉE DU SÉJOUR À LA MATERNITÉ	29
8.2	LE SUIVI POSTNATAL ET LES SORTIES PRÉCOCES	33
8.3	LE SUIVI POSTNATAL ET STATUT BIM	36
8.4	BIM, SORTIES PRÉCOCES ET SUIVI POSTNATAL	37
8.5	CONCLUSION	39
<u>9</u>	<u>L'ABSENCE DE SUIVI PAR UN GYNÉCOLOGUE, UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE, UNE SAGE-FEMME OU UN MÉDECIN SPÉCIALISTE DE LA SORTIE DE LA MATERNITÉ À 6 SEMAINES SUIVANT L'ACCOUCHEMENT</u>	41
9.1	LE NON-SUIVI POSTNATAL ET DURÉE DU SÉJOUR À LA MATERNITÉ	43
9.2	L'ABSENCE DE SUIVI POSTNATAL ET LES SORTIES PRÉCOCES	47
9.3	NON-SUIVI POSTNATAL ET STATUT BIM	50
9.4	BIM, SORTIES PRÉCOCES ET NON-SUIVI POSTNATAL	51
9.5	CONCLUSION	54
<u>10</u>	<u>RÉSUMÉ</u>	55
10.1	FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES	56
10.2	BRABANT WALLON	57
10.3	BRUXELLES	58
10.4	HAINAUT	58
10.5	LIÈGE	59
10.6	LUXEMBOURG	60
10.7	NAMUR	60
<u>11</u>	<u>DISCUSSION : LIMITES ET HYPOTHÈSES EXPLICATIVES</u>	61

1 Introduction

Dans un premier temps, l'étude ADELE a eu pour objectif de décrire la situation en Belgique en matière de sorties précoces et de suivi postnatal et plus particulièrement dans la Fédération Wallonie-Bruxelles. Grâce aux données de l'Agence Intermutualiste (AIM), la fréquence des sorties précoces a pu être documentée en tenant compte notamment du mode d'accouchement et du statut socio-économique des femmes. Nous avons également pu décrire le recours aux consultations/visites d'une sage-femme et l'absence de suivi postnatal entre la sortie de la maternité et une période de six semaines après l'accouchement.

2 Méthodologie

2.1 Source des données

Les données sont issues des bases de données de l'Agence Intermutualiste (AIM) concernant les hospitalisations des personnes couvertes par la Sécurité Sociale pour l'année 2010. Les données intermutualistes contiennent en effet des renseignements détaillés sur la consommation de soins de santé des membres des 7 organismes assureurs belge. Les personnes n'étant pas affiliées à un de ces 7 organismes assureurs (sans papiers, fonctionnaires européens, AMU, ...) ne sont donc pas reprises dans les bases de données de l'AIM. L'AIM évalue que ces personnes représentent 1% de la population sur le territoire belge et cette proportion est plus élevée à Bruxelles (5%).

Pour ce projet, la base de donnée « Hospitalisations » a été utilisée. Celle-ci reprend toutes les dépenses de soins de santé remboursées par l'INAMI sur une période de 18 mois pour les personnes ayant été hospitalisées dans le courant de l'année 2010. Pour une personne hospitalisée, la base reprend donc les dépenses du semestre de l'hospitalisation en 2010, celui du semestre précédent et du semestre suivant l'admission à l'hôpital, soit un total de 18 mois.

2.2 Sélection des accouchements

Dans le cadre de ce projet, n'ont été retenues que les femmes hospitalisées pour cause d'accouchement et pour lesquelles la date de sortie de l'hôpital était connue, soit **115 683** accouchements. Ceux-ci ont été identifiés via les numéros de nomenclature suivants : 422225, 422671, 423673, 423061, 424023, 424082 et 424104. Les 5 premiers codes désignent des accouchements par voie basse, le 6^{ième} un accouchement par embryotomie et le 7^{ième} les accouchements par césarienne.

Il s'agit uniquement des femmes ayant accouché à l'hôpital en 2010. Les femmes ayant accouché à domicile ne sont donc pas reprises dans cette étude (moins de 1%). Le nombre de jours passés à l'hôpital suite à un accouchement a donc été calculé en faisant la différence entre la date d'accouchement et la date de sortie de l'hôpital. Les résultats ont été séparés en fonction du type d'accouchement (par voie basse vs par césarienne).

2.3 Sélection des consultations extrahospitalières par une sage-femme entre le jour de sortie et 6 semaines après l'accouchement

Pour les femmes pour lesquelles nous connaissions la date de sortie, nous avons pu calculer le nombre de contacts extrahospitaliers avec une sage-femme entre le jour de sortie de la maternité et 6 semaines après l'accouchement. La nomenclature encore en vigueur en 2010 ne permettant pas de faire la différence entre les visites à domicile et les consultations ambulatoires chez une sage-femme, nous n'avons donc pas pu, sur base des données de 2010, calculer la proportion exacte de femmes ayant reçu une visite de sage-femme à domicile. A défaut, nous avons pu établir la proportion de femmes ayant eu au moins un contact avec une sage-femme en dehors de l'hôpital. Pour ce faire, nous avons classé comme visites extrahospitalières, les prestations qui répondaient aux trois conditions suivantes :

- Avoir un numéro d'institution égal à 0 ;
- Avoir un numéro de lieu de prestation égal à 0;
- Avoir un numéro de facturation du tiers-payant qui ne soit pas celui d'un hôpital.

Les codes de nomenclature utilisés sont les suivants : 422796, 423791, 422774, 423776, 422914, 422936, 422951, 422435, 422811, 422833, 422855, 422450, 422472.

2.4 Sélection de l'absence de consultations extrahospitalières par un gynécologue, un médecin généraliste, une sage-femme ou un médecin spécialiste entre le jour de sortie et 6 semaines après l'accouchement

Nous nous sommes ensuite intéressés au nombre de femmes ayant accouché en 2010 et n'ayant eu aucun contact avec un gynécologue, un médecin généraliste, une sage-femme ou un spécialiste en ambulatoire entre le jour de sortie de la maternité et 6 semaines après l'accouchement. Pour ce faire, nous avons éliminé toutes les femmes ayant eu au moins un contact avec l'un des prestataires précités entre le jour de sortie de la maternité et 6 semaines après l'accouchement. Les codes de nomenclature repris sont des codes qui ne peuvent être prestés qu'en ambulatoire. Cependant, si un prestataire a un cabinet dans l'enceinte d'un hôpital et que la patiente se rend au cabinet de ce prestataire, le code ambulatoire peut être attesté puisque la personne vient en visite mais n'est pas hospitalisée. D'autre part, ces codes couvrent également les visites ayant eu lieu via une entrée par le service des urgences mais pour lesquelles il n'y a pas eu d'hospitalisation.

Les codes de prestations utilisés sont les suivants :

- Pour les gynécologues :
102012,102034,102071,102093,102115,102130,102152,102174,102196,102211,102535,102550,102572,102594,102616,102631,102653,102675,102690,102712,102734,102756.
- Pour le médecin généraliste :
101010,101032,101076,103110,103132,104215,104230,104252,104274,104510,104532,104554,104576.
- Pour les sages-femmes :
422796,423791,422774,423776,422914,422936,422951,422435,422811,422833,422855,422450,422472.
- Pour les médecins spécialistes :
102012,102034,102071,102093,102115,102130,102152,102174,102196,102211,102535,102550,102572,102594,102616,102631,102653,102675,102690,102712,102734,102756,102270,102292,102314,102336,102874,102255,102955,102970.

2.5 Analyses

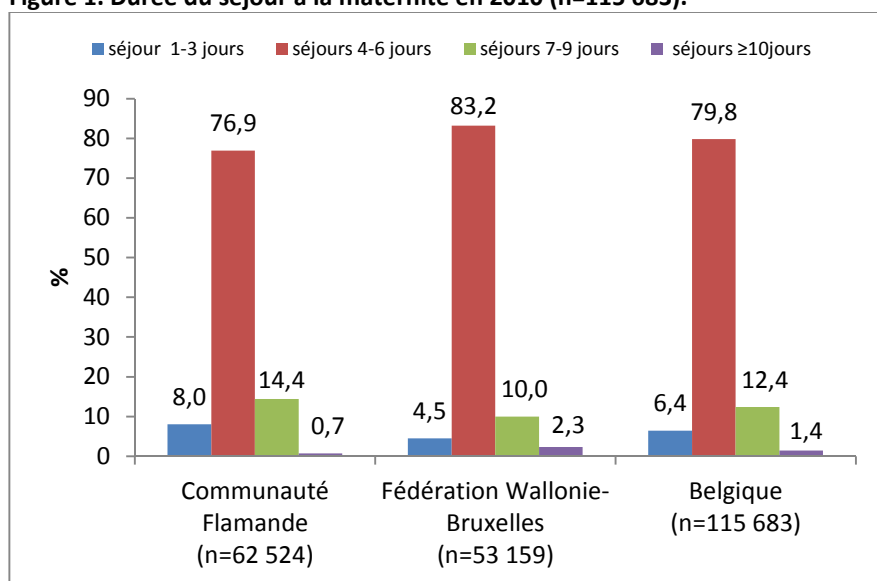
Les analyses ont été réalisées avec SAS et Excel 2010 pour l'ensemble de la Belgique et par province et Région de Bruxelles-Capitale pour la Fédération Wallonie-Bruxelles. Pour la province du Brabant wallon, seules les maternités du CH Tubize et de la Clinique Saint-Pierre y sont reprises. La maternité de Braine-l'Alleud (CHIREC,) couplée à la maternité CH Cavell à Bruxelles, est reprise dans la Région de Bruxelles-Capitale.

3 La durée de séjour en maternité

Note méthodologique : L'heure de l'accouchement n'étant pas disponible dans les données, la durée du séjour couvre la période entre la date du jour de l'accouchement (J0) et la date du jour de sortie de la maternité.

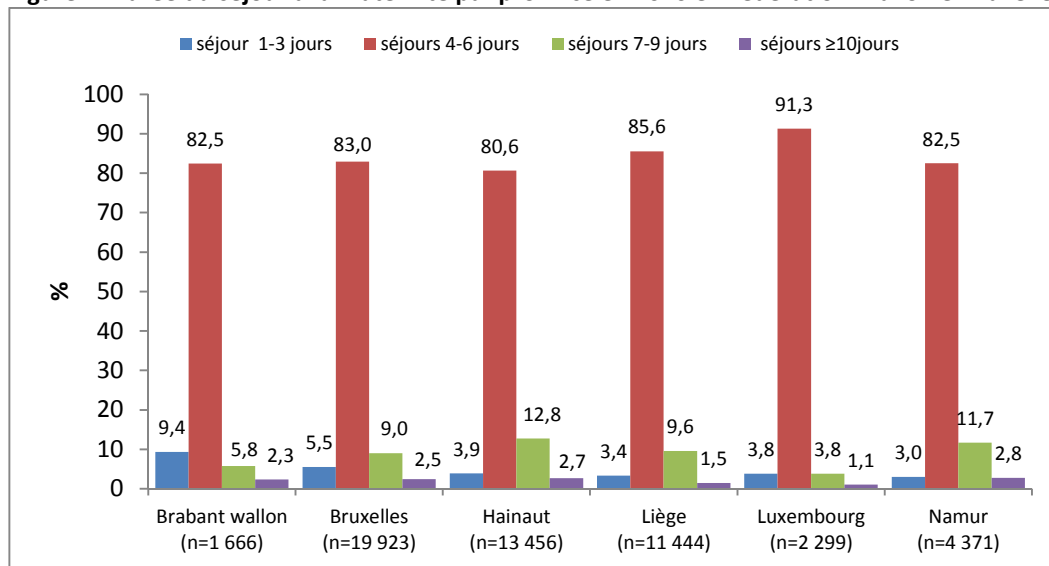
En Belgique, 8 femmes sur dix (79,8%) sont restées entre 4 et 6 jours à la maternité en 2010 ; 6,4% des femmes sont restées moins de 4 jours, 12,4% entre 7 et 9 jours et 1,4% au moins 10 jours. En comparaison avec la Communauté flamande, les séjours de 1 à 3 jours sont moins fréquents en Fédération Wallonie-Bruxelles (4,5% vs 8,0%) ainsi que les séjours de plus de 6 jours (12,3% vs 15,1%). Par contre, les séjours de 4 à 6 jours sont plus fréquents en Fédération Wallonie-Bruxelles (83,2% vs 76,9%) (Figure 1).

Figure 1. Durée du séjour à la maternité en 2010 (n=115 683).



En Fédération Wallonie-Bruxelles, les analyses par province (Figure 2) font apparaître des nuances quant à la durée du séjour en maternité : les courts séjours (1 à 3 jours) sont trois fois plus fréquents dans le Brabant wallon (9,4%) que dans la province de Namur (3,0%). Les séjours de 4 à 6 jours sont plus fréquents dans le Luxembourg (91,3%) et moins fréquents dans le Hainaut (80,6%). Les séjours de plus de 6 jours sont plus fréquents dans le Hainaut (15,5%) et dans la province de Namur (14,5%) alors qu'ils ne représentent que 4,9% des séjours dans la province du Luxembourg. La persistance d'un grand nombre de séjours longs (>6 jours) s'explique mal, puisque actuellement les hôpitaux reçoivent une enveloppe fermée de l'INAMI pour le séjour en post-partum, de sorte que les séjours longs entraînent systématiquement un surcoût pour l'hôpital.

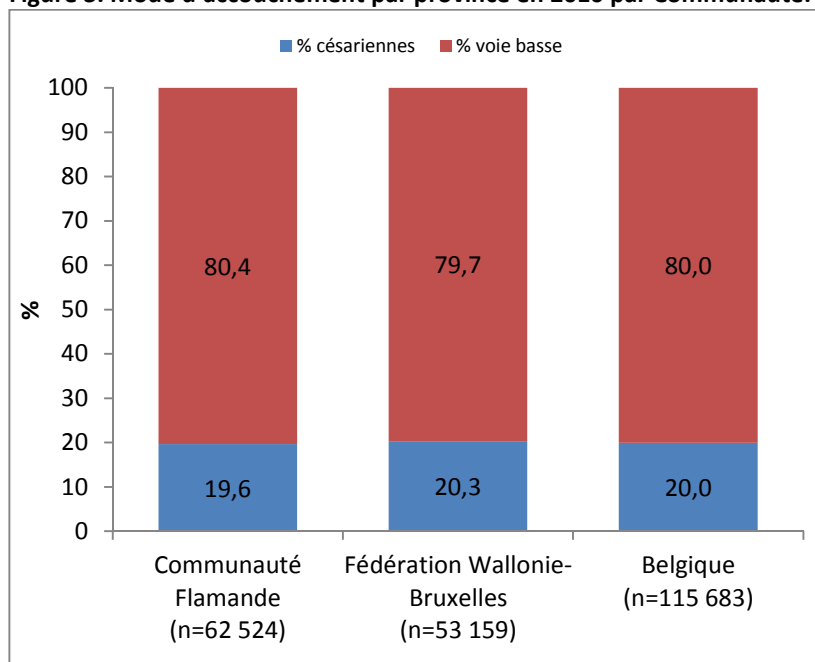
Figure 2. Durée du séjour à la maternité par province en 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles (n= 53 159).



4 Le mode d'accouchement

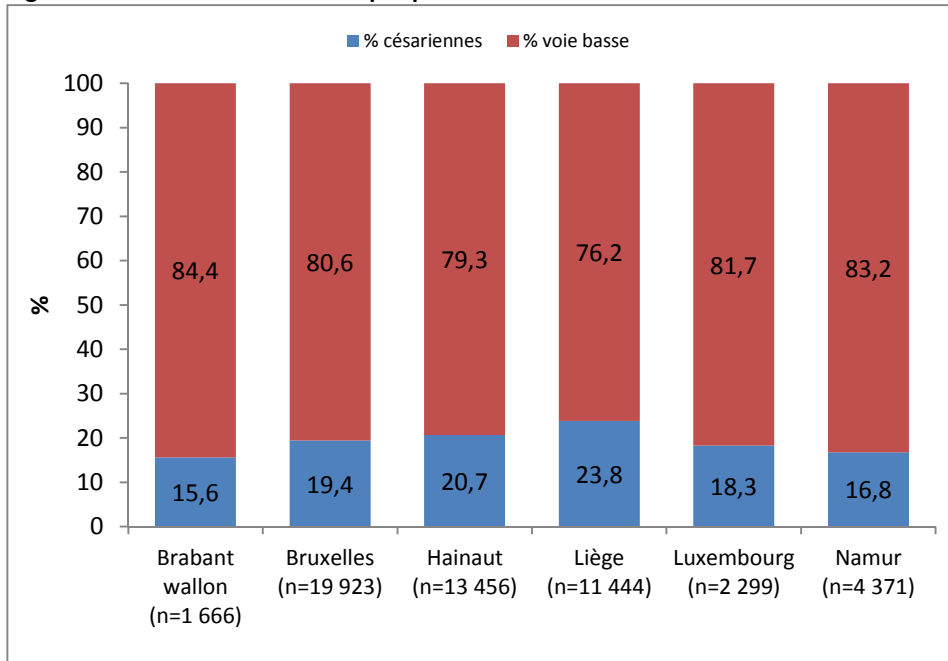
En 2010, une césarienne a été réalisée lors d'un accouchement sur cinq (20,0 %) en Belgique. Cette proportion est similaire en Communauté flamande et en Fédération Wallonie-Bruxelles (respectivement 19,6% et 20,3%) (Figure 3).

Figure 3. Mode d'accouchement par province en 2010 par Communauté.



Les analyses par province en Fédération Wallonie-Bruxelles font à nouveau apparaître des différences (Figure 4). Dans la province du Brabant wallon, 15,6 % des accouchements ont nécessité une césarienne alors que dans la province de Liège, une césarienne a été réalisée dans près d'un accouchement sur quatre (23,8%).

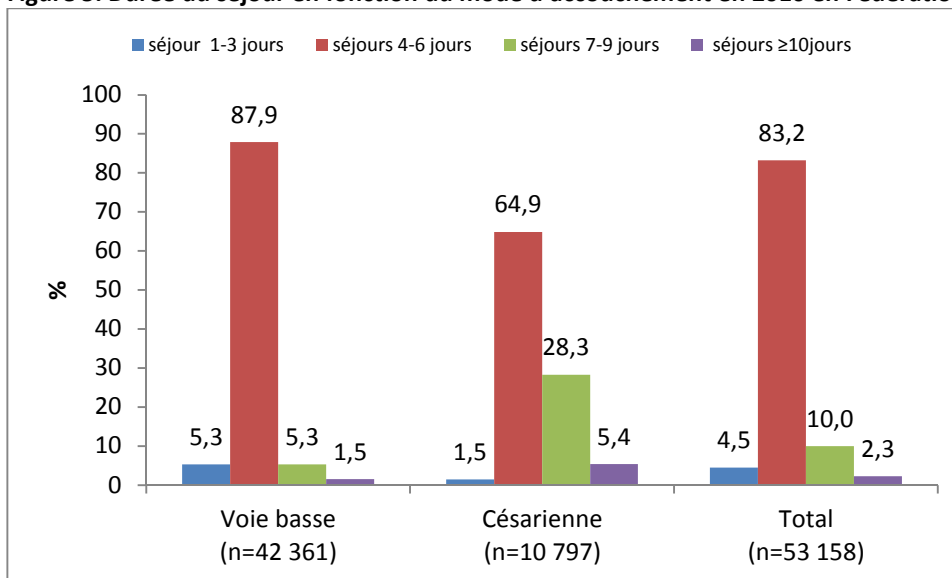
Figure 4. Mode d'accouchement par province en 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles (n= 53 159).



4.1 La durée du séjour et le mode d'accouchement

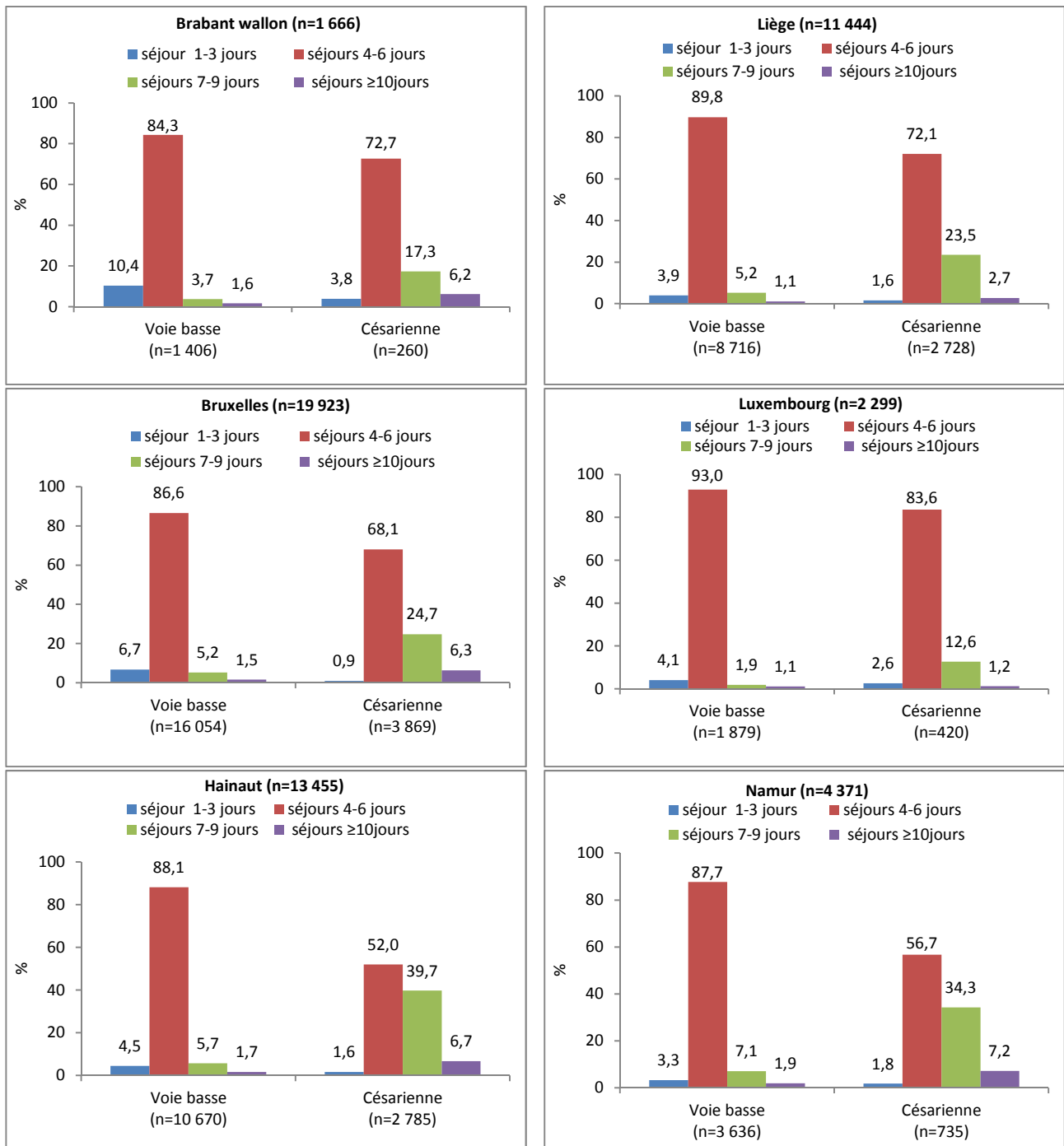
De façon assez attendue, la durée du séjour varie en fonction du mode d'accouchement (Figure 5). Les courts séjours (1 à 3 jours) sont plus fréquents parmi les accouchements par voie basse (5,3%) par rapport aux accouchements par césarienne (1,5%). Il en va de même pour les séjours de 4 à 6 jours (respectivement 87,9% et 64,9%). Par contre, les séjours de plus de 6 jours sont 5 fois plus fréquents lors d'une césarienne (33,7%) que lors d'un accouchement par voie basse (6,8%).

Figure 5. Durée du séjour en fonction du mode d'accouchement en 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles.



L'analyse de la durée du séjour en fonction du mode d'accouchement au niveau des provinces montre également que les situations sont nuancées (Figure 6). Ainsi, les séjours de 1 à 3 jours sont plus fréquents dans la province du Brabant wallon, quel que soit le mode d'accouchement, par rapport aux autres provinces. Dans la province du Luxembourg, très peu de femmes qui accouchent par voie basse restent plus de 6 jours à la maternité (3,0%). Les provinces du Hainaut et de Namur présentent les proportions les plus élevées de séjours de plus de 6 jours parmi les césariennes (respectivement, 46,4% et 41,5%).

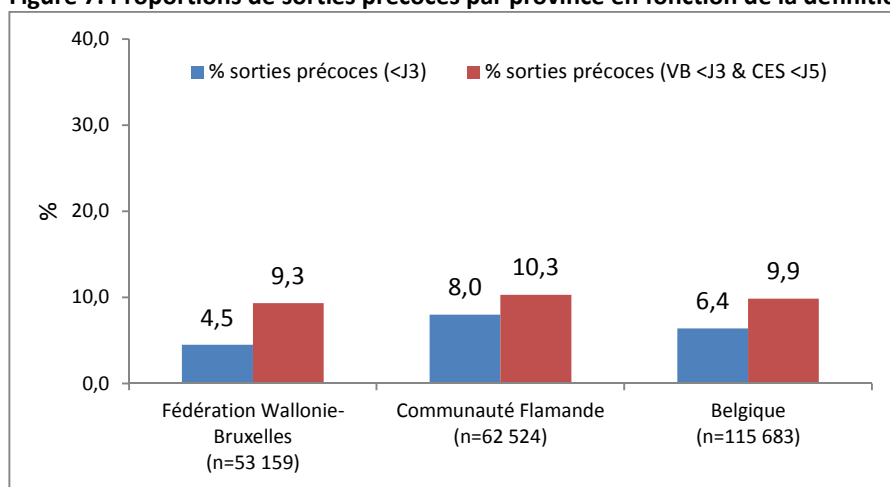
Figure 6. Durée du séjour à la maternité selon le mode d'accouchement et par province.



5 Les sorties précoces

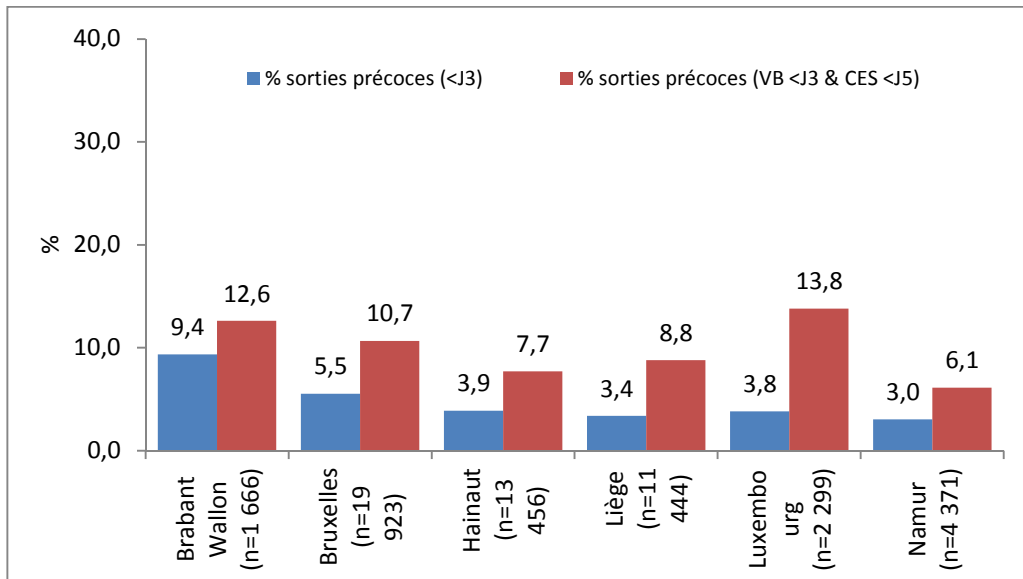
Globalement, si on définit les sorties précoces comme celles survenues avant J3 (J0, le jour de l'accouchement, J1 et J2), quel que soit le mode d'accouchement, on observe 6,4% de sorties précoces en Belgique (4,5% en Fédération Wallonie-Bruxelles et 8,0% en Communauté flamande). Par contre, si on tient compte du mode d'accouchement et qu'on élargit la notion de sortie précoce sur base d'une sortie avant J3 pour les accouchements par voie basse et d'une sortie avant J5 pour les accouchements par césarienne, la fréquence des sorties précoces est de 9,9% en Belgique (9,3% en Fédération Wallonie-Bruxelles et 10,3% pour la Communauté flamande). L'élargissement de la définition de la sortie précoce a un impact plus important en Fédération Wallonie-Bruxelles où la proportion est multipliée par deux (4,5% vs 9,3%) (Figure 7). Cet élargissement est en accord avec les recommandations de l'agence française d'évaluation des technologies médicales (HAS, 2012).

Figure 7. Proportions de sorties précoces par province en fonction de la définition de la précocité.



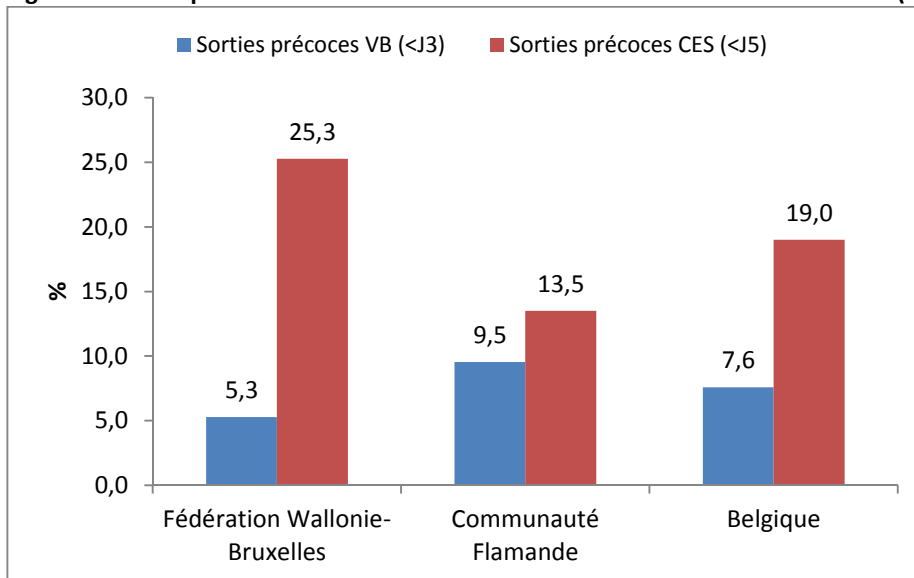
L'impact de ce changement de définition des sorties précoces s'observe dans toutes les provinces de la Fédération Wallonie-Bruxelles mais dans des proportions différentes (Figure 8). La variation la plus faible est observée dans la province du Brabant wallon où la proportion de sorties précoces passe de 9,4% à 12,6% alors que la plus forte variation est observée dans la province du Luxembourg où la proportion passe de 3,8% à 13,8%. Cette grande variation dans la province du Luxembourg est peut-être en lien avec une proportion plus élevée de sorties précoces lors d'une césarienne (avant J5) que dans les autres provinces (57% vs 20 à 25% dans les autres provinces) (Figure 27).

Figure 8. Proportions de sorties précoces par province en fonction de la définition de la précocité par province en Fédération Wallonie-Bruxelles.



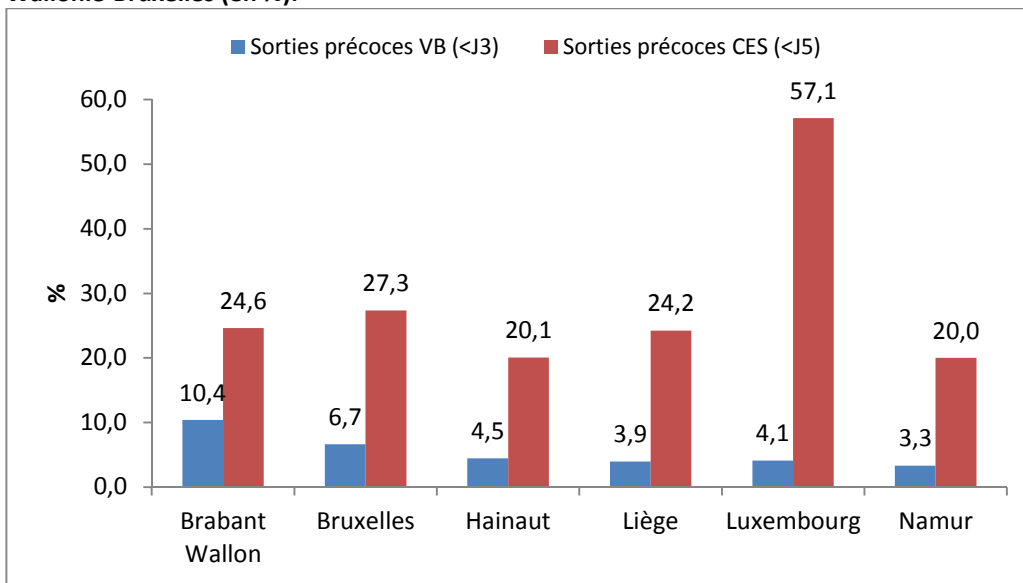
En Belgique, la proportion de femmes sorties précocement de la maternité est plus élevée parmi les femmes accouchées par césarienne (19,0%) par rapport aux femmes accouchées par voie basse (7,6%). Si ce résultat s’observe dans les deux communautés, l’écart est nettement moins marqué en Communauté flamande (respectivement 13,5% vs 9,5%) qu’en Fédération Wallonie-Bruxelles (25,3% vs 5,3%). En outre, parmi les accouchements par voie basse, la proportion de femmes sorties précocement de la maternité est deux fois moins élevée en Fédération Wallonie-Bruxelles qu’en Communauté flamande (5,3% vs 9,5%) alors qu’à l’inverse, parmi les césariennes, la proportion de femmes sorties précocement est deux fois plus élevée en Fédération Wallonie-Bruxelles qu’en Communauté flamande (25,3% vs 13,5%) (Figure 9).

Figure 9. Sorties précoces de la maternité en fonction du mode d’accouchement (en %).



En Fédération Wallonie-Bruxelles, la proportion de femmes sorties précocement de la maternité est systématiquement plus élevée parmi les femmes qui ont accouché par césarienne mais cet écart est particulièrement important dans la province du Luxembourg (57,1% vs 4,1%) (Figure 10).

Figure 10. Sorties précoces de la maternité en fonction du mode d'accouchement par province en Fédération Wallonie-Bruxelles (en %).

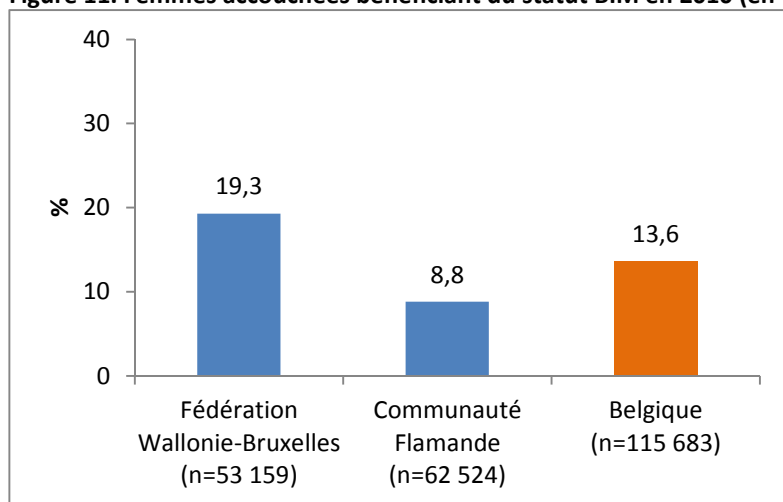


Dans la suite de ce rapport, lorsque nous évoquons les sorties précoces, celles-ci couvrent les sorties avant J3 pour les accouchements par voie basse et les sorties avant J5 pour les accouchements par césarienne.

6 Femmes accouchées bénéficiant du statut BIM

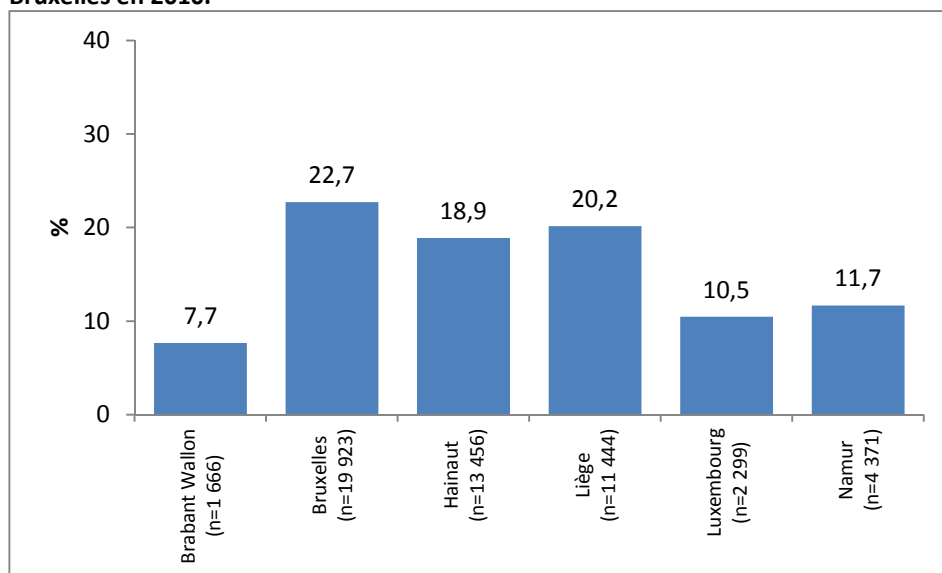
En 2010, 14 femmes accouchées sur 100 (13,6%) bénéficient d'une intervention majorée pour les soins de santé (BIM). Ce code est le meilleur marqueur d'inégalité sociale disponible dans les données AIM. Cette proportion est deux fois plus élevée en Fédération Wallonie-Bruxelles (19,3%) qu'en Communauté flamande (8,8%) (Figure 11).

Figure 11. Femmes accouchées bénéficiant du statut BIM en 2010 (en %).



En Fédération Wallonie-Bruxelles, la proportion de femmes bénéficiant du BIM varie d'une province à l'autre. La proportion la plus élevée est observée à Bruxelles (22,7%) et la moins élevée dans la province du Brabant wallon (7,7%) (Figure 12). Cette cartographie « d'inégalité sociale » de la Fédération Wallonie-Bruxelles ne correspond pas à celle observée par l'O.N.E. dont les marqueurs se basent notamment sur la distribution des poids de naissance et le tabagisme.

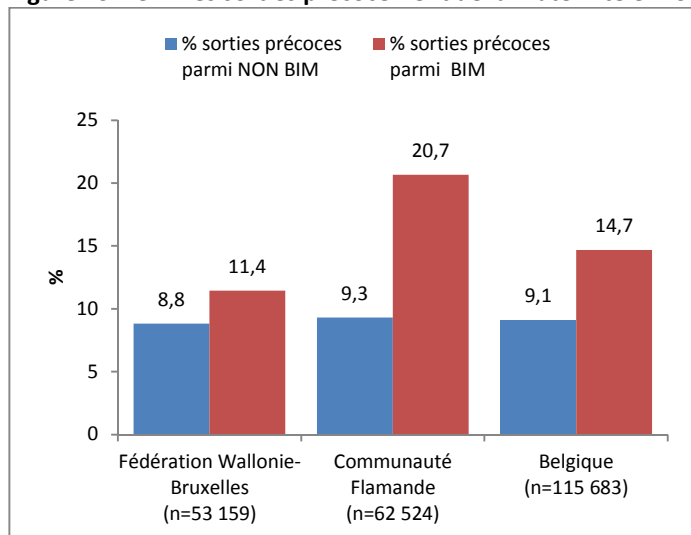
Figure 12. Proportions de femmes accouchées bénéficiant du statut BIM par province en Fédération Wallonie-Bruxelles en 2010.



6.1 Sorties précoces et statut BIM

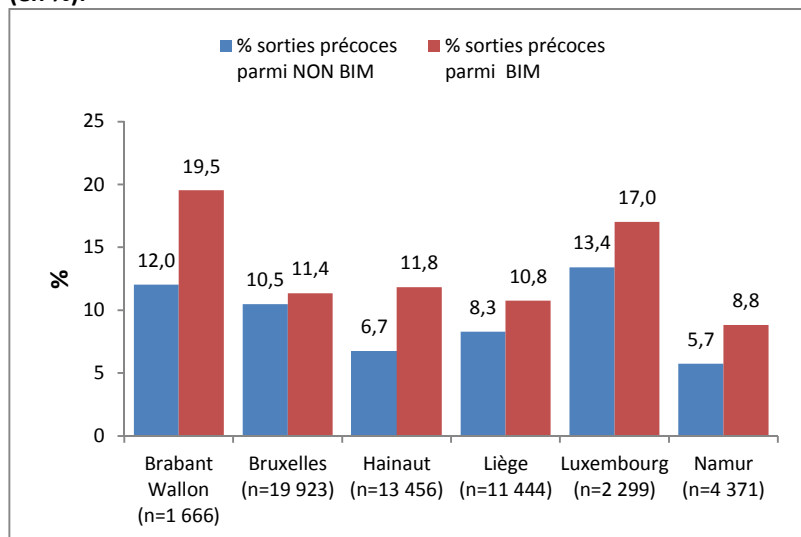
En Belgique, la proportion de femmes qui sortent précocement de la maternité est plus élevée parmi celles qui bénéficient de l'intervention majorée (14,7%) par rapport aux autres (9,1%). Cet écart s'accroît en Communauté flamande (20,7% vs 9,3%) alors qu'il se réduit en Fédération Wallonie-Bruxelles (11,4% vs 8,8%) (Figure 13).

Figure 13. Femmes sorties précocement de la maternité en fonction du statut BIM (en %).



La proportion de femmes sorties précocement de la maternité est plus élevée parmi celles qui bénéficient de l'intervention majorée par rapport aux autres dans toutes les provinces de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Cependant, cet écart est plus important dans les provinces du Brabant wallon et du Hainaut et quasi inexistant à Bruxelles (Figure 14).

Figure 14. Femmes sorties précocement en fonction du statut BIM par province en Fédération Wallonie-Bruxelles (en %).



7 Conclusion

Tant en Fédération Wallonie-Bruxelles qu'en Communauté flamande, la grande majorité des accouchements donnent lieu à un séjour de 4 à 9 jours (y inclus le jour de l'accouchement) à la maternité (respectivement 93,2% et 91,3%). Les séjours de 1 à 3 jours (sorties avant J3) sont plus fréquents en Communauté flamande (8,0%) qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (4,5%). Au sein de celle-ci, la proportion de séjours de 1 à 3 jours est deux fois plus élevée dans la province du Brabant wallon (9,4%).

La proportion d'accouchements réalisés par césarienne ne varie pas entre la Communauté flamande (19,6%) et la Fédération Wallonie-Bruxelles (20,3%). En Fédération Wallonie-Bruxelles, elle est plus élevée dans la province de Liège (23,8%) et moins élevée dans la province du Brabant wallon (15,6%).

La proportion de sorties précoces (VB <J3 & CES <J5) ne varie pas beaucoup entre la Fédération Wallonie-Bruxelles (9,3%) et la Communauté flamande (10,3%). Toutefois, les analyses en fonction du mode d'accouchement montrent des résultats plus nuancés.

- Parmi les accouchements par voie basse, la proportion de séjours de 1 à 3 jours (sorties avant J3) est plus élevée en Communauté flamande (9,5%) qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (5,3%). Par ailleurs, cette proportion est deux fois plus élevée dans la province du Brabant wallon (10,4%).
- Parmi les accouchements par césarienne, la proportion de séjours inférieurs à 6 jours (sorties avant J5) est plus élevée en Fédération Wallonie-Bruxelles (25,3%) qu'en Communauté flamande (13,5%). Par ailleurs, dans la province du Luxembourg, plus d'une femme sur deux (57,1%) accouchées par césarienne séjournent moins de 6 jours.

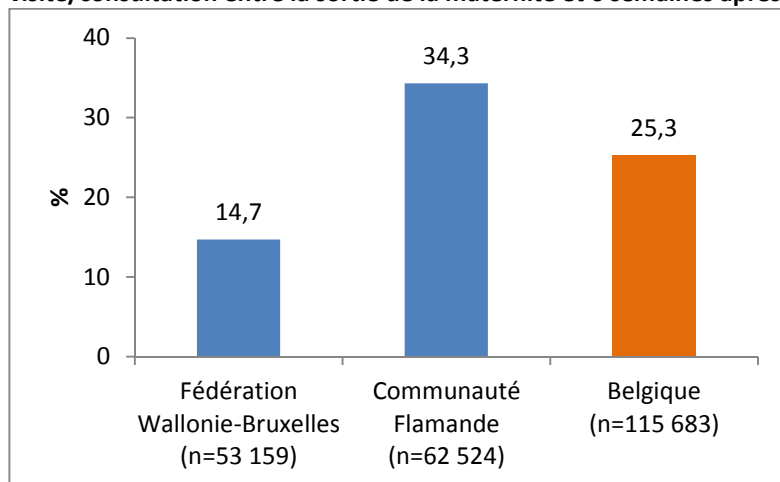
La proportion de femmes accouchées bénéficiant du statut BIM est plus élevée en Fédération Wallonie-Bruxelles (19,3%) qu'en Communauté flamande (8,8%). Cette proportion est la plus élevée dans la Région de Bruxelles-Capitale (22,7%) et la moins élevée dans la province du Brabant wallon (7,7%).

Les sorties précoces (VB <J3 & CES <J5) sont plus fréquentes parmi les femmes bénéficiant du statut BIM que parmi celles qui n'en bénéficient pas (14,7% vs 9,1%). Les sorties précoces parmi les femmes bénéficiant du statut BIM sont plus fréquentes en Communauté flamande (20,7%) qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (11,4%). Au sein de celle-ci, les proportions les plus élevées sont observées dans les provinces du Brabant wallon (19,5%) et du Luxembourg (17,0%).

8 Le suivi postnatal extrahospitalier par une sage-femme

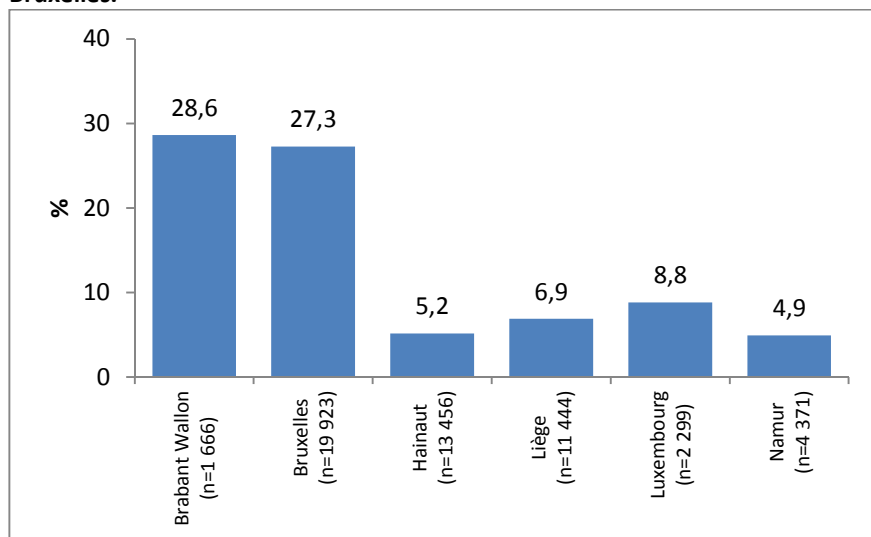
En Belgique, une femme sur quatre (25,3%) a bénéficié d'un suivi postnatal extrahospitalier par une sage-femme au moins une fois entre la sortie de la maternité et 6 semaines après l'accouchement. Cette proportion est plus élevée en Communauté flamande (34,3%) qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (14,7%) (Figure 15).

Figure 15. Proportions de femmes suivies en postnatal extrahospitalier par une sage-femme (au moins 1 visite/consultation entre la sortie de la maternité et 6 semaines après l'accouchement) en 2010.



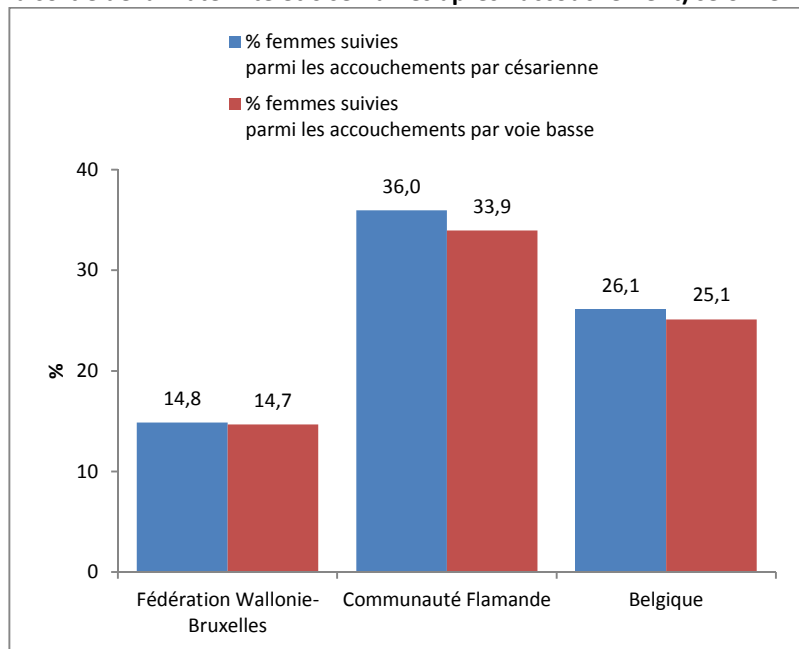
En Fédération Wallonie-Bruxelles, la proportion de femmes suivies en postnatal extrahospitalier par une sage-femme varie entre les provinces. Elle est plus élevée dans le Brabant wallon (28,6%) et à Bruxelles (27,3%) et moins élevée dans les provinces du Hainaut (5,2%) et de Namur (4,9%) (Figure 16).

Figure 16. Femmes suivies en postnatal extrahospitalier par une sage-femme (au moins 1 visite/consultation entre la sortie de la maternité et 6 semaines après l'accouchement) par province en 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles.



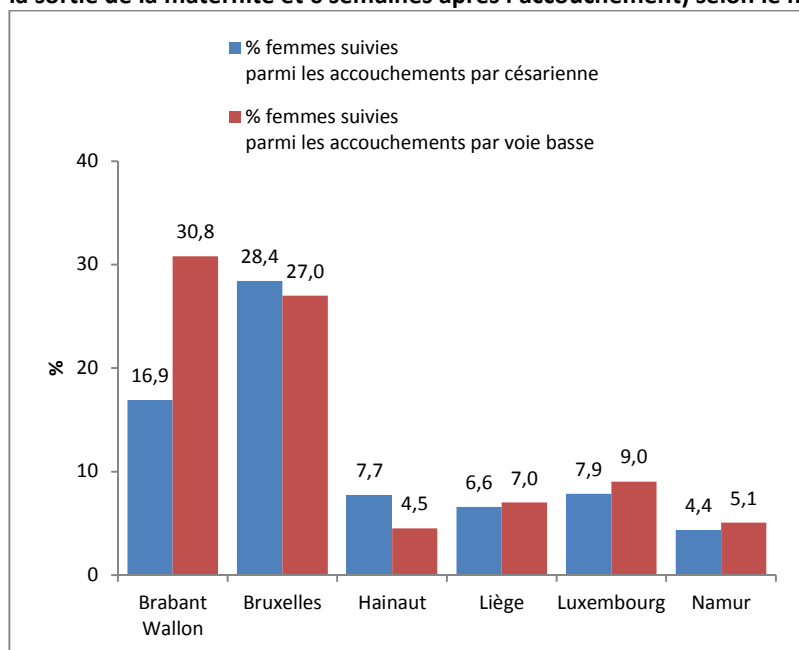
Au niveau national, la proportion de femmes suivies en postnatal extrahospitalier par une sage-femme est quasi équivalente parmi les accouchements par césarienne ou par voie basse (26,1% vs 25,1%). L'écart est un peu plus marqué en Communauté flamande (36,0% vs 33,9%) et il disparaît en Fédération Wallonie-Bruxelles (14,8% vs 14,7%) (Figure 17).

Figure 17. Femmes suivies en postnatal extrahospitalier par une sage-femme (au moins 1 visite/consultation entre la sortie de la maternité et 6 semaines après l'accouchement) selon le mode d'accouchement (en %).



Par contre, la proportion de femmes suivies en postnatal extrahospitalier varie en fonction du mode d'accouchement dans certaines provinces de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Ainsi, dans la province du Brabant wallon, la proportion de femmes suivies est plus élevée parmi les femmes accouchées par voie basse (30,8%) par rapport à celles accouchées par césarienne (16,9%). A contrario, dans la province du Hainaut, la proportion de femmes suivies est plus élevée parmi les femmes accouchées par césarienne (7,7%) que parmi celles accouchées par voie basse (4,5%) (Figure 18).

Figure 18. Femmes suivies en postnatal extrahospitalier par une sage-femme (au moins 1 visite/consultation entre la sortie de la maternité et 6 semaines après l'accouchement) selon le mode d'accouchement par province (en %).



8.1 Le suivi postnatal et durée du séjour à la maternité

Parmi les femmes sorties de la maternité le jour de l'accouchement (n=396), près d'une femme sur deux en Belgique (45,5%) a eu au moins une consultation/visite d'une sage-femme au cours des six semaines suivant l'accouchement. Cette proportion est toutefois plus élevée en Communauté flamande (55,2%) qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (19,4%).

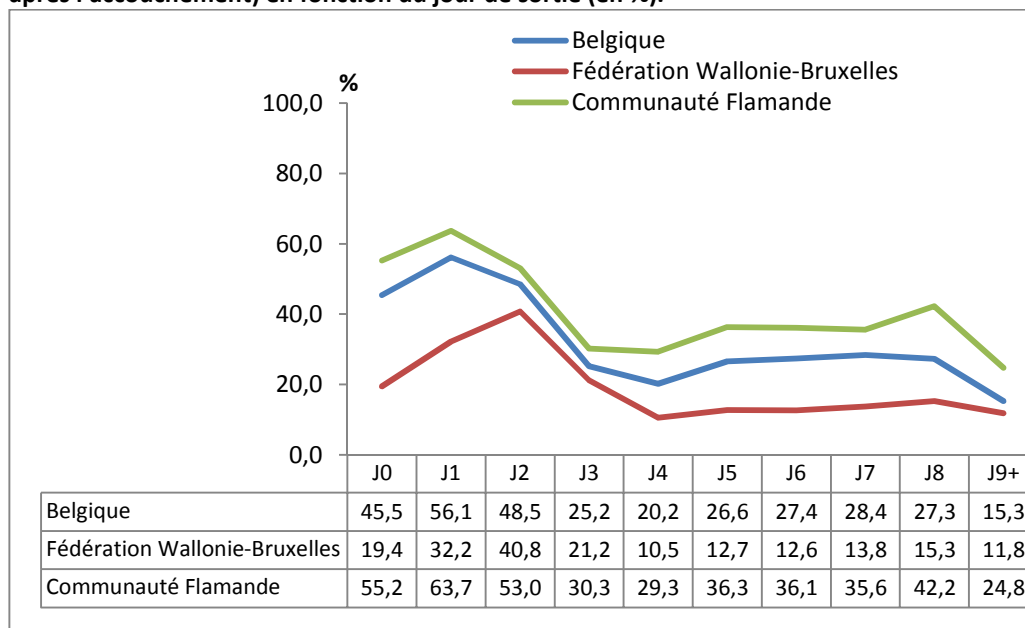
Au niveau national, la proportion de femmes ayant eu au moins une consultation/visite d'une sage-femme au cours des six semaines suivant l'accouchement est la plus élevée parmi les femmes sorties à J1 et cette proportion diminue ensuite jusqu'à J4. On observe une certaine stabilisation entre les femmes sorties à J5 et celles sorties à J8 et la proportion diminue à nouveau parmi les femmes restées au moins 9 jours. Ces constats s'observent également en Communauté flamande à l'exception d'une augmentation de la proportion de femmes suivies parmi celles qui sont restées 8 jours.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, la proportion la plus élevée de femmes suivies s'observe parmi les femmes sorties à J2. Elle diminue ensuite jusqu'à J4 pour se stabiliser jusqu'à J8 et diminuer à nouveau parmi les femmes restées au moins 9 jours (Figure 19).

Tableau 1. Nombre de femmes suivies en postnatal extrahospitalier par une sage-femme (entre la sortie de la maternité et 6 semaines après l'accouchement) en fonction du jour de sortie de la maternité.

Belgique	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	≥J9	Total
Femmes suivies	180	1297	2276	4899	9404	7016	2587	1109	260	254	29282
Total	396	2311	4692	19453	46451	26421	9440	3906	953	1660	115683
Fédération Wallonie-Bruxelles	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	≥J9	Total
Femmes suivies	21	179	704	2322	2356	1393	440	177	81	144	7817
Total	108	556	1727	10935	22379	10932	3491	1286	529	1216	53159
Communauté flamande	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	≥J9	Total
Femmes suivies	159	1118	1572	2577	7048	5623	2147	932	179	110	21465
Total	288	1755	2965	8518	24072	15489	5949	2620	424	444	62524

Figure 19. Femmes suivies en extrahospitalier par une sage-femme (entre la sortie de la maternité et 6 semaines après l'accouchement) en fonction du jour de sortie (en %).



Ces résultats peuvent toutefois être nuancés lorsqu'on tient compte du mode d'accouchement.

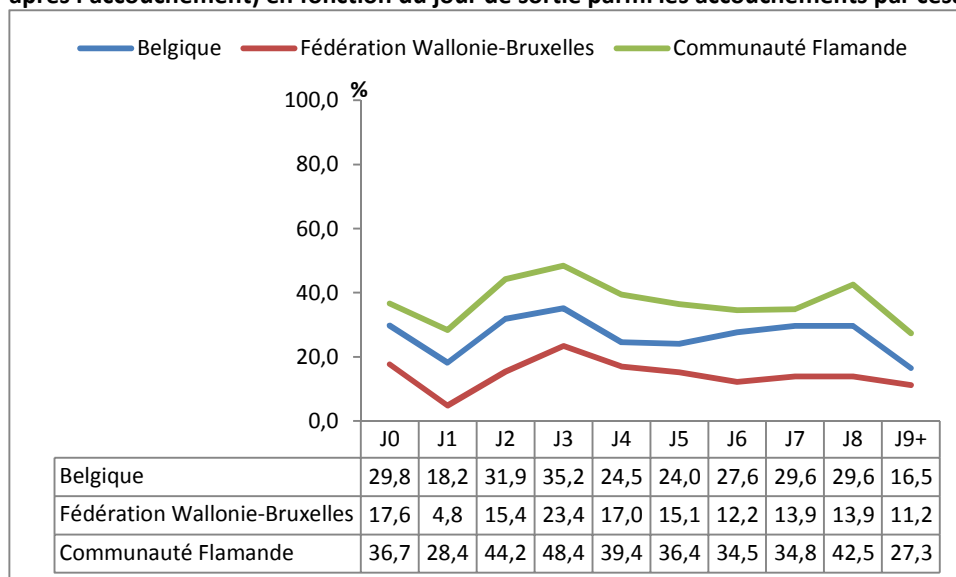
Parmi les femmes accouchées par césarienne et sorties de la maternité le jour de l'accouchement (n=47), trois femmes sur dix en Belgique (29,8 %) ont eu au moins une consultation/visite d'une sage-femme entre le jour de sortie et six semaines après l'accouchement. Cette proportion est à nouveau plus élevée en Communauté flamande (36,7%) qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (17,6%).

Globalement, la proportion la plus élevée de femmes ayant eu au moins une consultation/visite d'une sage-femme s'observe parmi les femmes sorties à J3. En Fédération Wallonie-Bruxelles, cette proportion tend à diminuer ensuite au fur et à mesure que la durée du séjour s'allonge. En Communauté flamande, elle diminue également ensuite mais on observe un nouveau pic parmi les femmes restées 8 jours à la maternité, la proportion de femmes suivies diminuant ensuite parmi les femmes restées au moins 9 jours (Figure 20).

Tableau 2. Nombre de femmes suivies en postnatal extrahospitalier par une sage-femme (entre la sortie de la maternité et 6 semaines après l'accouchement) en fonction du jour de sortie de la maternité parmi les césariennes.

Belgique	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	≥J9	Total
Femmes suivies	14	26	58	234	822	1828	1829	901	166	142	6020
Total	47	143	182	665	3350	7609	6619	3044	560	862	23081
Fédération Wallonie-Bruxelles	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	≥J9	Total
Femmes suivies	3	3	12	82	377	671	250	105	35	65	1603
Total	17	62	78	351	2221	4434	2046	756	252	580	10797
Communauté flamande	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	≥J9	Total
Femmes suivies	11	23	46	152	445	1157	1579	796	131	77	4417
Total	30	81	104	314	1129	3175	4573	2288	308	282	12284

Figure 20. Femmes suivies en extrahospitalier par une sage-femme (entre la sortie de la maternité et 6 semaines après l'accouchement) en fonction du jour de sortie parmi les accouchements par césarienne (en %).



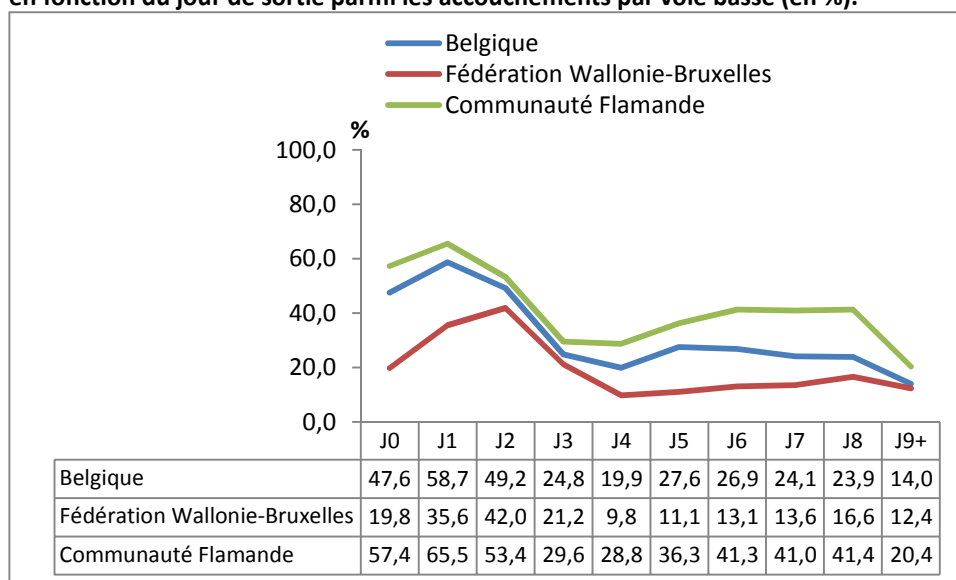
Parmi les femmes accouchées par voie basse et sorties de la maternité le jour de l'accouchement (n=349), près d'une femme sur deux en Belgique (47,6 %) a eu au moins une consultation/visite d'une sage-femme entre sa sortie de la maternité et six semaines après l'accouchement. Cette proportion est à nouveau plus élevée en Communauté flamande (57,4%) qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (19,8%).

La proportion la plus élevée de femmes ayant eu au moins une consultation/visite d'une sage-femme s'observe parmi les femmes sorties à J1 en Communauté flamande. Cette proportion diminue ensuite jusqu'à J4 et reste relativement stable entre J5 et J8 pour diminuer à nouveau parmi les femmes restées au moins 9 jours. En Fédération Wallonie-Bruxelles, la tendance se décale d'un jour. La proportion la plus élevée de femmes ayant eu au moins une consultation/visite d'une sage-femme s'observe parmi les femmes sorties à J2. La tendance rejoint ensuite celle observée en Communauté flamande (Figure 21).

Tableau 3. Nombre de femmes suivies en postnatal extrahospitalier par une sage-femme (entre la sortie de la maternité et 6 semaines après l'accouchement) en fonction du jour de sortie de la maternité parmi les accouchements par voie basse.

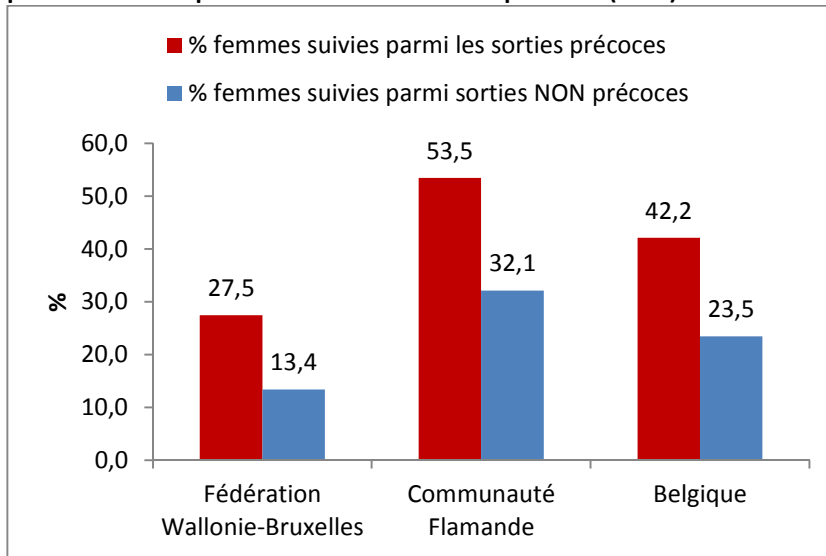
Belgique	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	≥J9	Total
Femmes suivies	166	1271	2218	4665	8582	5188	758	208	94	112	23262
Total	349	2165	4508	18787	43100	18812	2821	862	393	798	92595
Fédération Wallonie-Bruxelles	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	≥J9	Total
Femmes suivies	18	176	692	2240	1979	722	190	72	46	79	6214
Total	91	494	1649	10584	20157	6498	1445	530	277	636	42361
Communauté flamande	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	≥J9	Total
Femmes suivies	148	1095	1526	2425	6603	4466	568	136	48	33	17048
Total	258	1671	2859	8203	22943	12314	1376	332	116	162	50234

Figure 21. Femmes suivies en extrahospitalier (entre la sortie de la maternité et 6 semaines après l'accouchement) en fonction du jour de sortie parmi les accouchements par voie basse (en %).



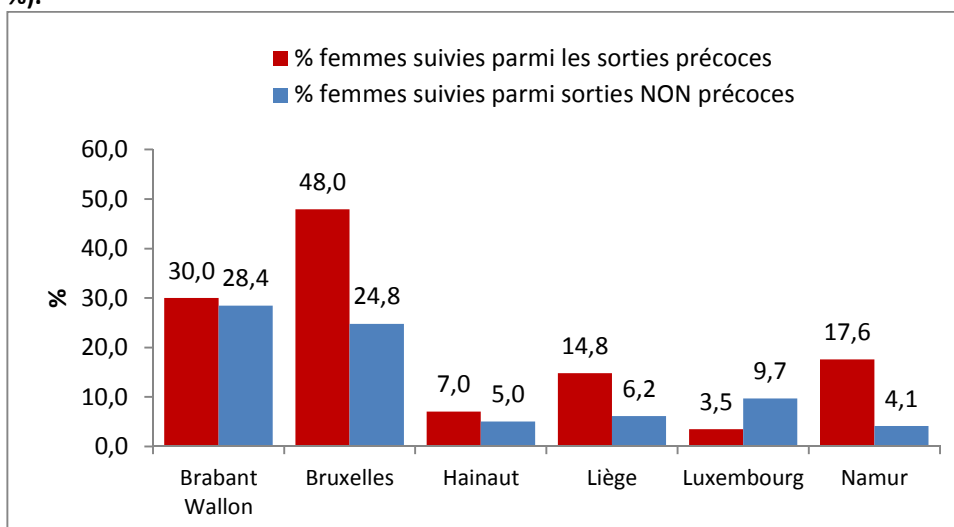
En Belgique, la proportion de femmes ayant eu une visite/consultation par une sage-femme entre la sortie de la maternité et 6 semaines après l'accouchement est plus élevée parmi les femmes sorties précocement de la maternité (42,2%) que parmi les autres femmes (23,5%) et cet écart s'observe dans les deux communautés (Figure 22).

Figure 22. Femmes suivies en extrahospitalier (entre la sortie de la maternité et 6 semaines après l'accouchement) parmi les sorties précoces et les sorties NON précoces (en %).



En Fédération Wallonie-Bruxelles, on observe cet écart dans toutes les provinces et région à l'exception de la province du Luxembourg où la proportion de femmes ayant eu une visite/consultation par une sage-femme entre la sortie de la maternité et 6 semaines après l'accouchement est plus élevée parmi les femmes qui ne sont pas sorties précocement (9,7%) que parmi celles qui sont sorties précocement de la maternité (3,5%). L'amplitude de l'écart entre les deux proportions de femmes suivies varie également entre les provinces. Cet écart est relativement réduit dans la province du Brabant wallon et dans la province du Hainaut alors qu'il est plus marqué dans la région de Bruxelles-Capitale et dans les provinces de Namur et de Liège (Figure 23).

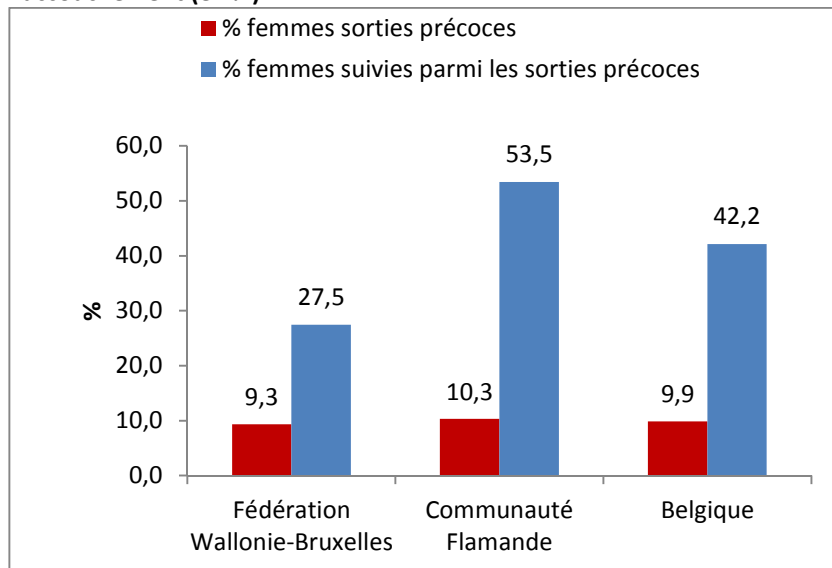
Figure 23. Femmes suivies en extrahospitalier (entre la sortie de la maternité et 6 semaines après l'accouchement) parmi les sorties précoces et les sorties NON précoces par province et région en Fédération Wallonie-Bruxelles (en %).



8.2 Le suivi postnatal et les sorties précoces

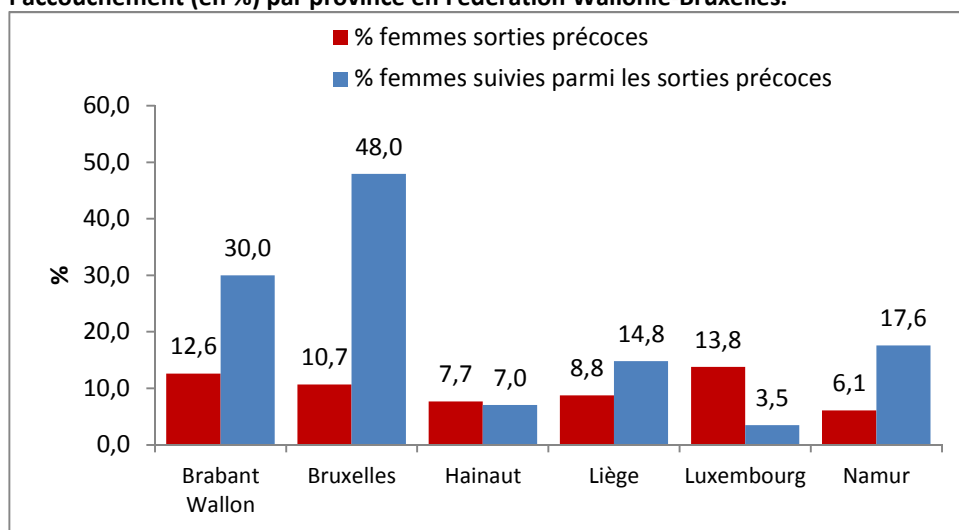
En Belgique, une femme sur dix (9,9%) quitte précocement la maternité et parmi ces femmes, 4 femmes sur 10 (42,2%) ont été suivies en postnatal extrahospitalier par une sage-femme au cours des 6 semaines après l'accouchement. Alors que la proportion de femmes sorties précocement de la maternité ne varie pas entre les communautés, la proportion de femmes suivies parmi les sorties précoces est plus élevée en Flandre (53,5%) qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (27,5%) (Figure 24).

Figure 24. Sorties précoces et suivi postnatal extrahospitalier par une sage-femme au cours des six semaines après l'accouchement (en %).



En Fédération Wallonie-Bruxelles, la proportion de femmes sorties précocement de la maternité et suivies en postnatal extrahospitalier par une sage-femme au cours des 6 semaines après l'accouchement varie en fonction des provinces. Elle est plus élevée à Bruxelles (48,0%) et dans le Brabant wallon (30,0%) que dans les autres provinces, particulièrement au Luxembourg (3,5%) (Figure 25).

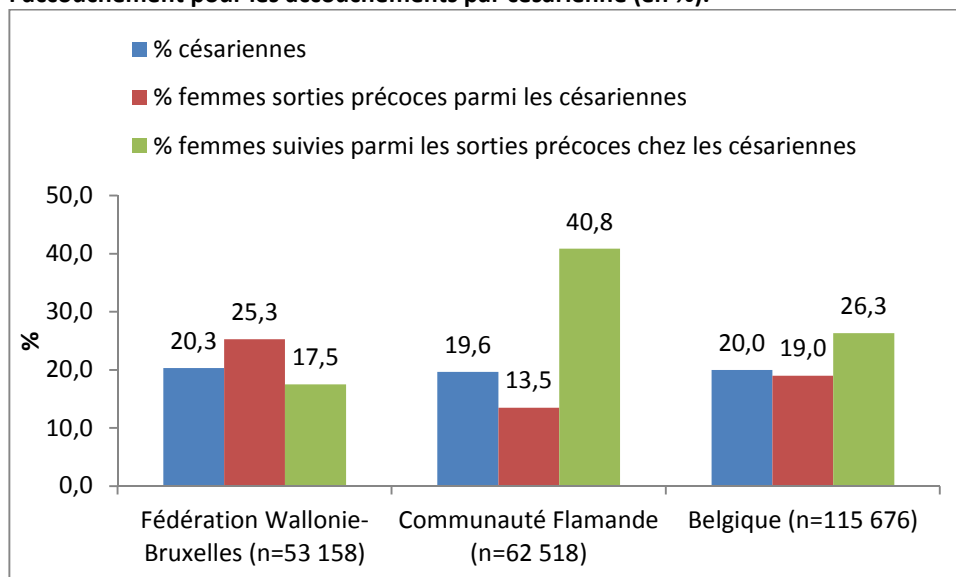
Figure 25. Sorties précoces et suivi extrahospitalier par une sage-femme au cours des six semaines après l'accouchement (en %) par province en Fédération Wallonie-Bruxelles.



Lorsqu'on tient compte du mode d'accouchement, on observe qu'en Belgique, une femme sur cinq (20,0%) accouche par césarienne. Parmi celles-ci, une femme sur cinq (19,0%) est sortie de la maternité précocement (avant J5) et parmi ces dernières, une femme sur quatre (26,3%) a été suivie en postnatal extrahospitalier par une sage-femme entre sa sortie de la maternité et six semaines après l'accouchement.

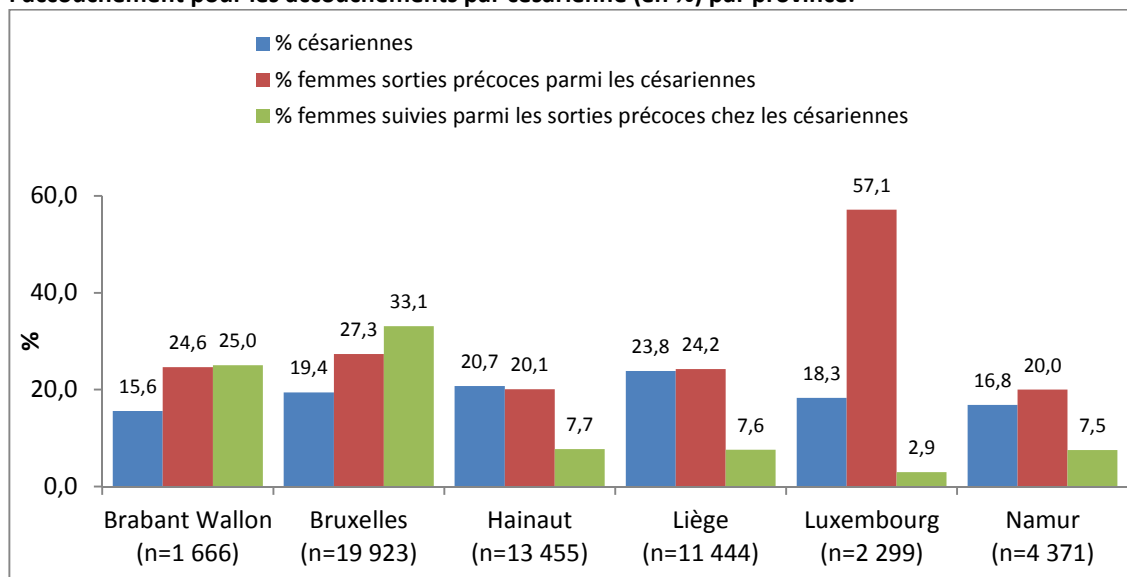
Les analyses par communauté montrent que parmi les femmes qui ont accouché par césarienne, la proportion de sorties précoces est plus élevée en Fédération Wallonie-Bruxelles (25,3%) par rapport à la Communauté flamande (13,5%). Par contre, la proportion de femmes suivies en postnatal extrahospitalier par une sage-femme est plus élevée parmi les femmes sorties précocement en Communauté flamande (40,8%) que parmi celles sorties précocement en Fédération Wallonie-Bruxelles (17,5%) (Figure 26).

Figure 26. Sorties précoces et suivi extrahospitalier par une sage-femme au cours des six semaines suivant l'accouchement pour les accouchements par césarienne (en %).



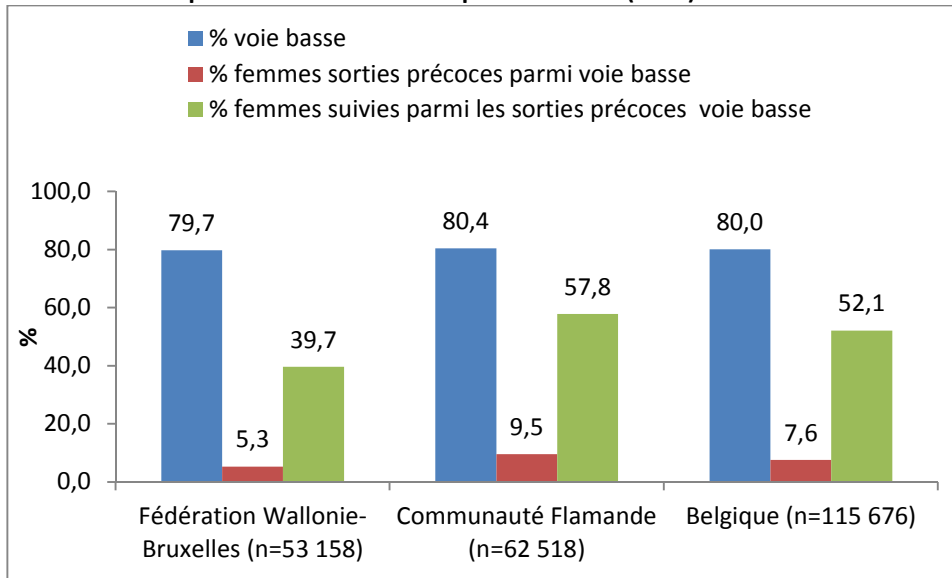
Au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles, la proportion de sorties précoces lors d'une césarienne est plus élevée dans la province du Luxembourg (57,1%) par rapport aux autres provinces et région. Par contre, la proportion de femmes suivies en postnatal extrahospitalier parmi les sorties précoces est plus élevée à Bruxelles (33,1%) et moins élevée dans la province du Luxembourg (2,9%) (Figure 27).

Figure 27. Sorties précoces et suivi extrahospitalier par une sage-femme au cours des six semaines après l'accouchement pour les accouchements par césarienne (en %) par province.



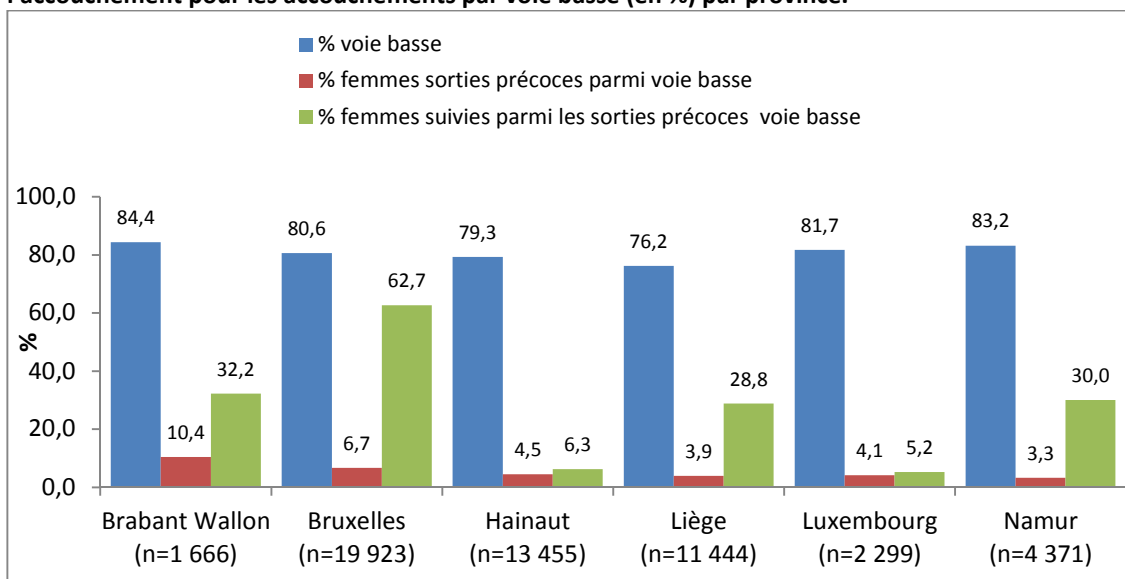
Parmi les femmes qui accouchent par voie basse, près de 8 femmes sur 100 (7,6%) quittent la maternité précocement (avant J3) en Belgique. Cette proportion est plus élevée en Communauté flamande (9,5%) par rapport à la Fédération Wallonie-Bruxelles (5,3%). Parmi les femmes sorties précocement, une femme sur deux en Belgique (52,1%) a été suivie en postnatal extrahospitalier. Le suivi postnatal extrahospitalier est plus fréquent en Communauté flamande (57,8%) qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (39,7%) (Figure 28).

Figure 28. Sorties précoces et suivi extrahospitalier par une sage-femme au cours des six semaines après l'accouchement pour les accouchements par voie basse (en %).



Au niveau des provinces et région de la Fédération Wallonie-Bruxelles, la province du Brabant wallon présente la fréquence la plus élevée de sorties précoces (10,4%). Le suivi postnatal extrahospitalier est plus fréquent à Bruxelles (62,7%) tandis que les fréquences les plus faibles sont observées dans la province du Luxembourg (5,2%) et dans le Hainaut (6,3%) (Figure 29).

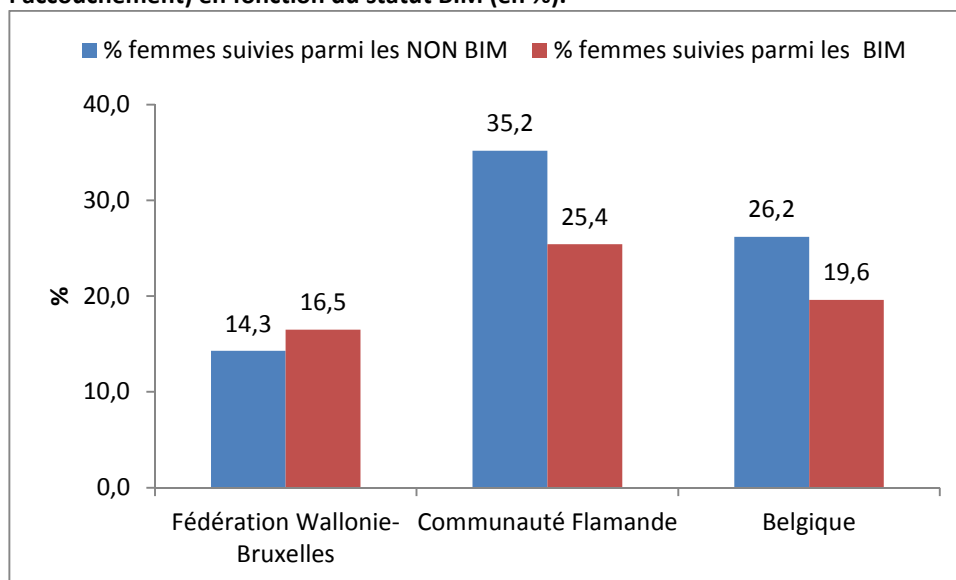
Figure 29. Sorties précoces et suivi extrahospitalier par une sage-femme au cours des six semaines après l'accouchement pour les accouchements par voie basse (en %) par province.



8.3 Le suivi postnatal et statut BIM

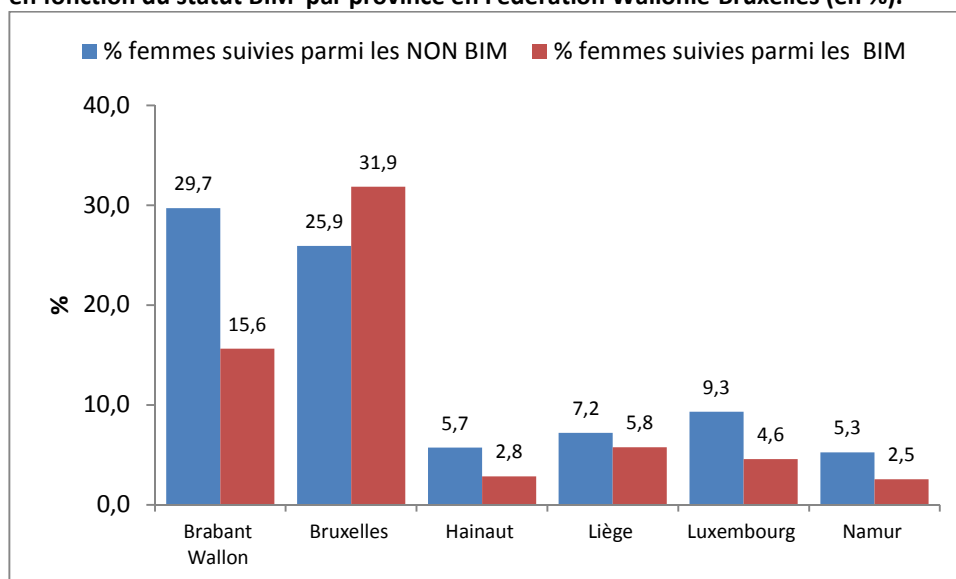
En Belgique, la proportion de femmes accouchées suivies en postnatal extrahospitalier par une sage-femme au cours des six semaines suivant l'accouchement est plus faible parmi les femmes bénéficiant du statut BIM (19,6%) que parmi les autres femmes (26,2%). Cet écart est également observé en Communauté flamande (25,4% vs 35,2%) alors qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles, l'écart s'inverse légèrement (16,5% vs 14,3%) (Figure 30).

Figure 30. Femmes suivies en extrahospitalier par une sage-femme (au cours des six semaines après l'accouchement) en fonction du statut BIM (en %).



Les analyses par province en Fédération Wallonie-Bruxelles font toutefois apparaître des nuances. Dans les provinces du Brabant wallon, du Luxembourg, de Namur et du Hainaut, la proportion de femmes suivies en postnatal extrahospitalier est deux fois moins élevée parmi celles bénéficiant du statut BIM par rapport aux autres. Dans la province de Liège, l'écart se réduit et à Bruxelles, il est inversé (la proportion de femmes suivie est plus élevée parmi les femmes bénéficiant du statut BIM (31,9%) par rapport aux autres (25,9%) (Figure 31).

Figure 31. Femmes suivies en extrahospitalier par une sage-femme au cours des six semaines après l'accouchement en fonction du statut BIM par province en Fédération Wallonie-Bruxelles (en %).

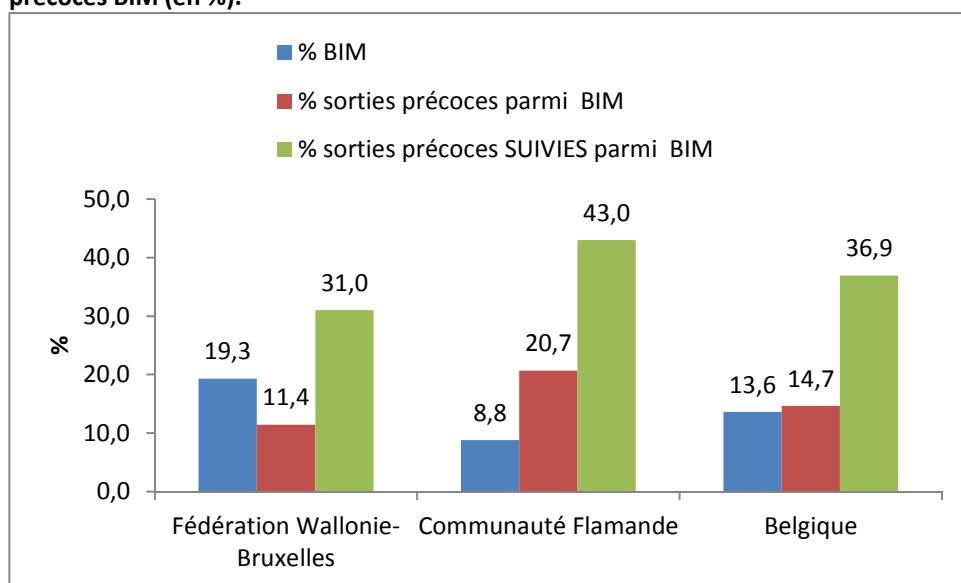


8.4 BIM, sorties précoces et suivi postnatal

En Belgique, 13,6% des femmes accouchées bénéficient de l'intervention majorée. Parmi celles-ci, près de 14,7% quittent précocement la maternité et près de 4 sur 10 d'entre elles (36,9%) ont été suivies en postnatal extrahospitalier par une sage-femme au cours des six semaines après l'accouchement.

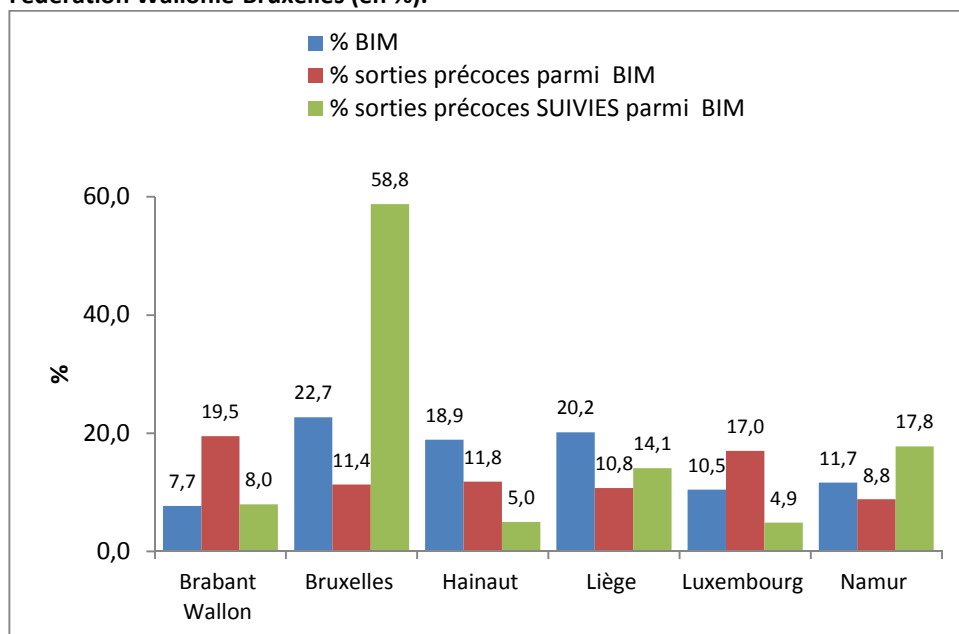
En Communauté flamande, la proportion de femmes bénéficiant du statut BIM est inférieure (8,8%) à celle observée en Fédération Wallonie-Bruxelles (19,3%). La proportion de femmes bénéficiant du statut BIM qui sortent précocement de la maternité est plus élevée en Communauté flamande qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (20,7% vs 11,4%). Par contre, le suivi postnatal extrahospitalier des femmes BIM sorties précocement de la maternité est plus fréquent en Communauté flamande qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (43,0% vs 31,0%) (Figure 32).

Figure 32. Femmes bénéficiant du statut BIM, sorties précoces BIM et suivi postnatal extrahospitalier des sorties précoces BIM (en %).



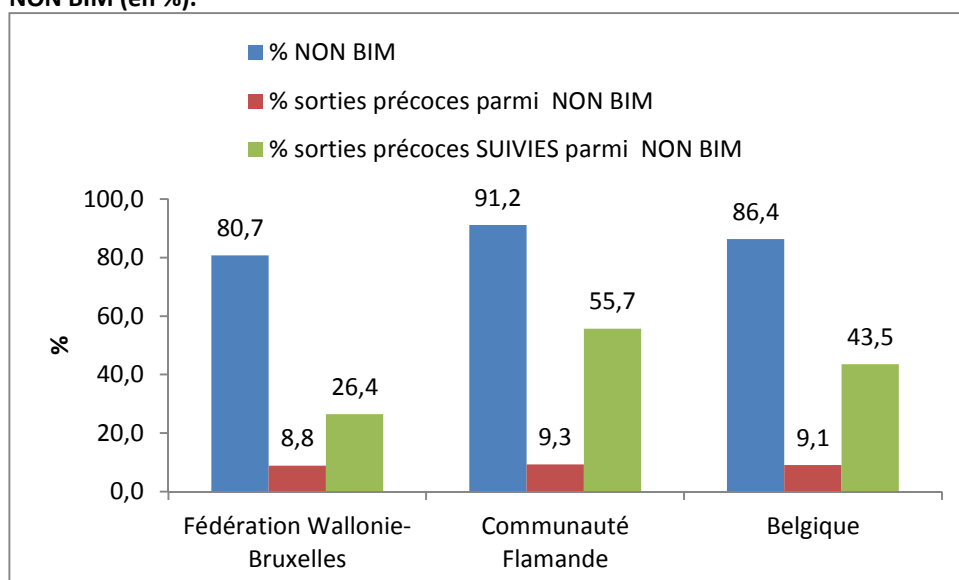
Les proportions de femmes accouchées bénéficiant du statut BIM sont les plus élevées à Bruxelles (22,7%) et dans les provinces de Liège (20,2%) et du Hainaut (18,9%). Par contre, les proportions de femmes sorties précocement de la maternité parmi celles qui bénéficient du statut BIM sont plus élevées dans le Brabant wallon (19,5%) et dans la province du Luxembourg (17,0%). Enfin, le suivi postnatal extrahospitalier parmi les femmes BIM sorties précocement de la maternité est plus beaucoup fréquent à Bruxelles (58,8%) que dans les autres provinces (Figure 33).

Figure 33. Femmes bénéficiant du statut BIM, sorties précoces et suivi postnatal extrahospitalier par province en Fédération Wallonie-Bruxelles (en %).



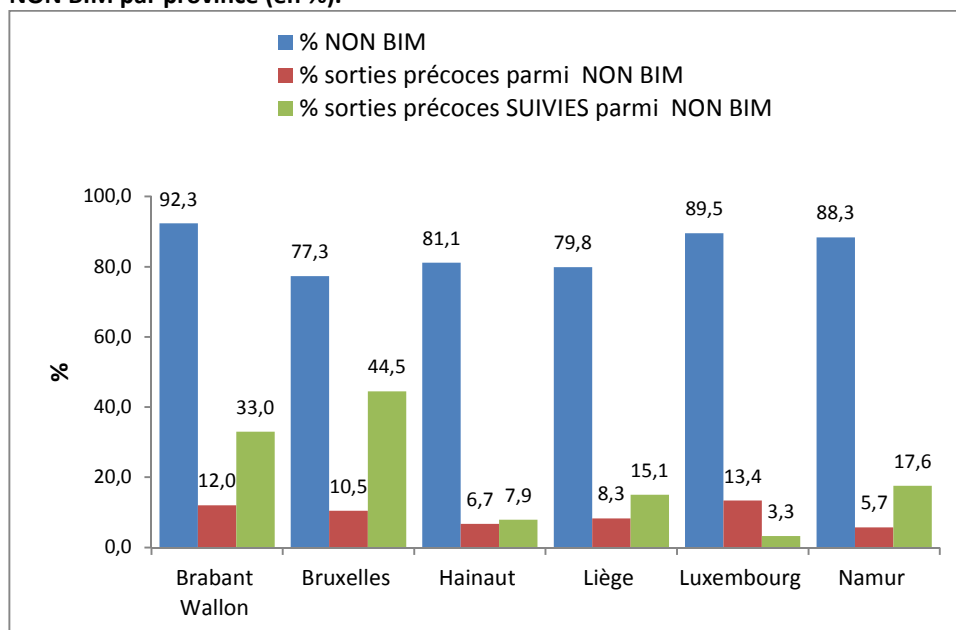
En Belgique, parmi les femmes qui n'ont pas le statut BIM, près d'une femme sur dix (9,1%) quitte précocement de la maternité. Cette proportion varie peu entre la Fédération Wallonie-Bruxelles (8,8%) et la Communauté flamande (9,3%). Parmi ces femmes sorties précocement, la proportion d'entre elles qui ont été suivies en postnatal extrahospitalier par une sage-femme au cours des six semaines suivant l'accouchement varie par contre entre les communautés. Au niveau national, un peu plus de 4 femmes sur dix (43,5%) sorties précocement ont été suivies en postnatal extrahospitalier par une sage-femme. Cette proportion est plus élevée en Communauté flamande (55,7%) qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (Figure 34).

Figure 34. Femmes NON BIM, sorties précoces NON BIM et suivi postnatal extrahospitalier des sorties précoces NON BIM (en %).



Parmi les femmes ne bénéficiant pas du statut BIM, les proportions de femmes sorties précocement de la maternité sont plus élevées dans la province du Luxembourg (13,4%) et dans le Brabant wallon (12,0%). Enfin, le suivi postnatal extrahospitalier par une sage-femme parmi les femmes NON BIM sorties précocement de la maternité est plus fréquent à Bruxelles (44,5%) et dans la province du Brabant wallon (33,0%) (Figure 35).

Figure 35. Femmes NON BIM, sorties précoces NON BIM et suivi postnatal extrahospitalier des sorties précoces NON BIM par province (en %).



8.5 Conclusion

La proportion de femmes ayant eu au moins une visite/consultation en postnatal auprès d'une sage-femme est plus élevée en Communauté flamande (34,3%) qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (14,7%). Au sein de celle-ci, les proportions les plus élevées sont observées dans la province du Brabant wallon (28,6%) et dans la Région de Bruxelles-Capitale (27,3%).

Le suivi postnatal auprès d'une sage-femme est un peu plus fréquent parmi les accouchements par césarienne dans la Communauté flamande (36,0% vs 33,9%). Par contre, il ne varie pas en fonction du mode d'accouchement au niveau en Fédération Wallonie-Bruxelles (14,8% vs 14,7%). Les analyses par province nuancent les résultats en Fédération Wallonie-Bruxelles. Le suivi postnatal auprès d'une sage-femme est deux fois plus fréquent parmi les accouchements par voie basse (30,8%) par rapport aux césariennes (16,9%) dans la province du Brabant wallon.

Le suivi postnatal auprès d'une sage-femme est plus fréquent parmi les sorties précoces par rapport aux sorties non précoces, tant en Fédération Wallonie-Bruxelles (27,5% vs 13,4%) qu'en Communauté flamande (53,5% vs 32,1%). Au niveau des provinces, cet écart tend à disparaître dans la province du Brabant wallon (30,0% vs 28,4%) et dans celle du Hainaut (7,0% vs 5,0%). Par ailleurs, dans la province du Luxembourg, l'écart s'inverse et le suivi postnatal est plus fréquent parmi les sorties non précoces par rapport aux sorties précoces (9,7% vs 3,5%).

Les analyses tenant compte du mode d'accouchement et de la précocité de la sortie de la maternité font apparaître des résultats nuancés concernant le suivi postnatal par une sage-femme.

La proportion de femmes ayant eu au moins une visite/consultation en postnatal auprès d'une sage-femme est plus élevée parmi les sorties précoces après un accouchement par voie basse par rapport aux sorties précoces après un accouchement par césarienne tant en Communauté flamande (57,8% vs 40,8%) qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (39,7% vs 17,5%) alors que les sorties précoces sont plus fréquentes parmi les césariennes par rapport aux accouchements par voie basse. Cet écart concernant le suivi postnatal s'observe dans toutes les provinces de la Fédération Wallonie-Bruxelles, à l'exception de la province du Hainaut où il s'inverse légèrement (6,3% vs 7,7%).

Concernant le statut BIM ou NON BIM des femmes accouchées, la proportion de femmes suivies en postnatal par une sage-femme est plus élevée parmi les femmes « NON BIM » par rapport à celles qui bénéficient du statut BIM en Communauté flamande (35,2% vs 25,4%). Par contre, en Fédération Wallonie-Bruxelles, l'écart est légèrement inversé en faveur des femmes bénéficiant du statut BIM (14,3% vs 16,5%). Au niveau des provinces, ce résultat en faveur des femmes « BIM » s'observe uniquement à Bruxelles (25,9% vs 31,9%). Dans toutes les autres provinces, le suivi postnatal auprès d'une sage-femme est plus fréquent parmi les femmes « NON BIM ».

Les analyses tenant compte du statut social et de la précocité de la sortie de la maternité montrent que :

- En Communauté flamande, alors que la proportion de sorties précoces est plus élevée parmi les femmes « BIM » (20,7%) par rapport à celles « NON BIM » (9,3%), le suivi postnatal est plus fréquent parmi les femmes « NON BIM » sorties précocement (55,7%) par rapport aux femmes « BIM » sorties précocement (43,0%).
- En Fédération Wallonie-Bruxelles, d'une part, l'écart entre les sorties précoces parmi les femmes « BIM » et les femmes « NON BIM » est plus restreint (11,4% vs 8,8%) et d'autre part, le suivi postnatal est plus fréquent parmi les femmes « BIM » sorties précocement (31,0%) par rapport aux femmes « NON BIM » sorties précocement (26,4%). Au niveau des provinces, ce résultat en faveur des femmes « BIM » sorties précocement s'observe à Bruxelles (58,8% vs 44,5%). Dans la province du Brabant wallon, l'écart s'inverse en défaveur des femmes « BIM » sorties précocement (8,0% vs 33,0%). Dans les autres provinces, les variations sont beaucoup moins importantes.

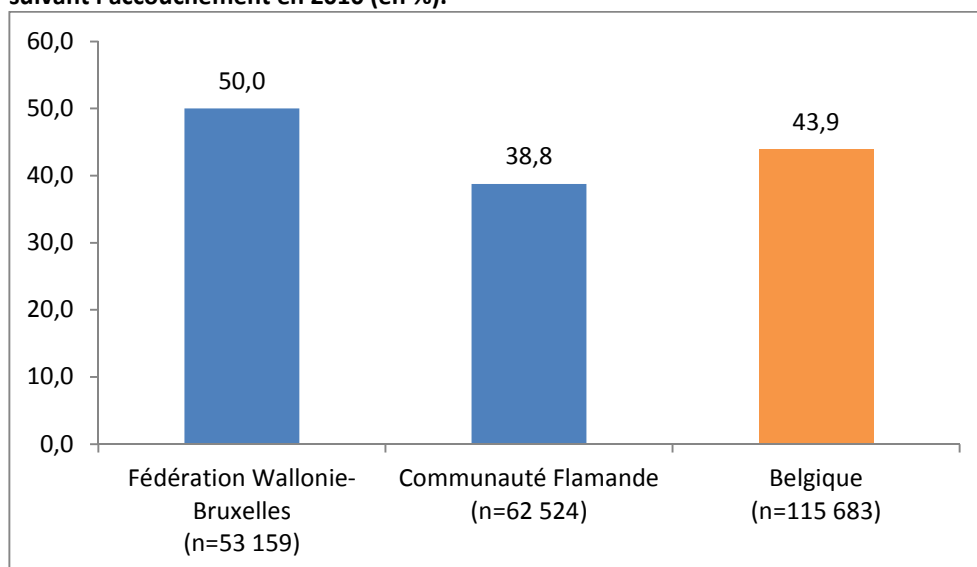
Au vu des résultats présentés ci-dessus, il est important de souligner qu'ils portent uniquement sur le suivi postnatal extrahospitalier réalisé par une sage-femme (au moins une visite/consultation) et ne permettent pas de tirer de conclusion au niveau du suivi postnatal en général. En effet, d'autres professionnels de la santé peuvent être sollicités dans le cadre du suivi postnatal (gynécologue, pédiatre, médecin généraliste, ...). Nous avons posé l'hypothèse que le recours moins fréquent à une sage-femme en Fédération Wallonie-Bruxelles devait peut-être être mis en parallèle avec un recours plus fréquent à une autre catégorie de professionnels de la santé. Toutefois, il n'était pas possible dans le cadre de cette étude de réaliser les mêmes analyses pour chaque catégorie de professionnels de la santé impliqués dans le suivi postnatal.

Nous avons dès lors décidé de nous intéresser aux femmes qui n'avaient eu aucun contact avec une sage-femme, un médecin généraliste, un gynécologue ou tout autre spécialiste entre la sortie de la maternité et six semaines après l'accouchement.

9 L'absence de suivi par un gynécologue, un médecin généraliste, une sage-femme ou un médecin spécialiste de la sortie de la maternité à 6 semaines suivant l'accouchement

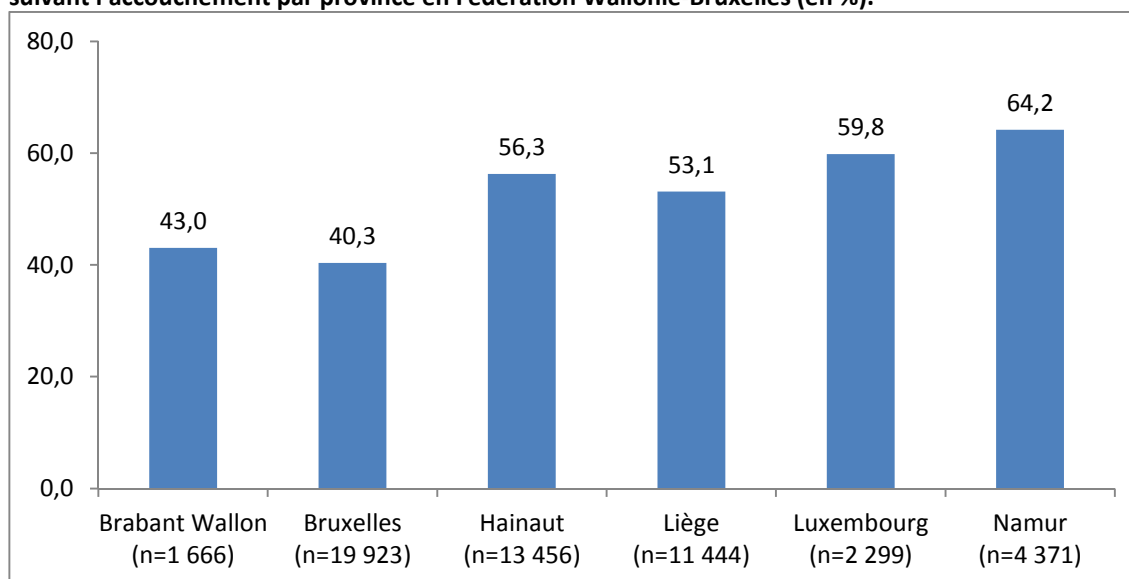
En Belgique, plus de quatre femmes sur dix (43,9%) n'ont eu aucun contact en ambulatoire avec une sage-femme, un médecin généraliste, un gynécologue ou tout autre spécialiste entre le jour de sa sortie de la maternité et 6 semaines après l'accouchement en 2010. Cette proportion est plus élevée en Fédération Wallonie-Bruxelles (50,0%) qu'en Communauté flamande (38,8%) (Figure 36).

Figure 36. Femmes non suivies (MG, gynéco, sage-femme, spécialiste) de la sortie de la maternité à 6 semaines suivant l'accouchement en 2010 (en %).



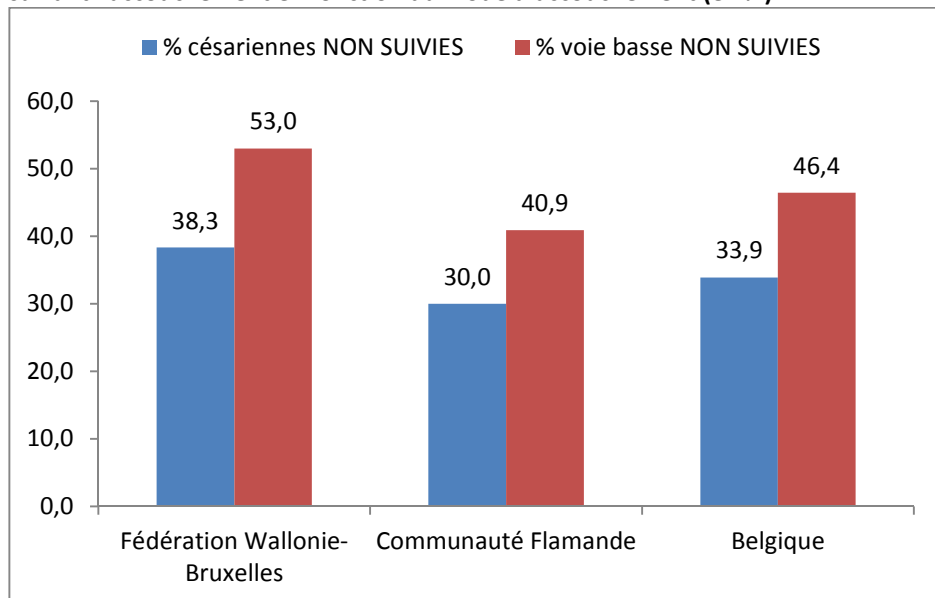
Les analyses par province font apparaître de grandes variations. Ainsi, dans la province de Namur, plus de six femmes sur dix (64,2%) n'ont eu aucun contact ambulatoire en suivi postnatal avec un médecin généraliste, un gynécologue, une sage-femme ou un spécialiste alors que dans la région Bruxelles-Capitale et dans la province du Brabant wallon, c'est le cas de quatre femmes sur dix (40,3% et 43,0%) (Figure 37).

Figure 37. Femmes non suivies (MG, gynéco, sage-femme, spécialiste) de la sortie de la maternité à 6 semaines suivant l'accouchement par province en Fédération Wallonie-Bruxelles (en %).



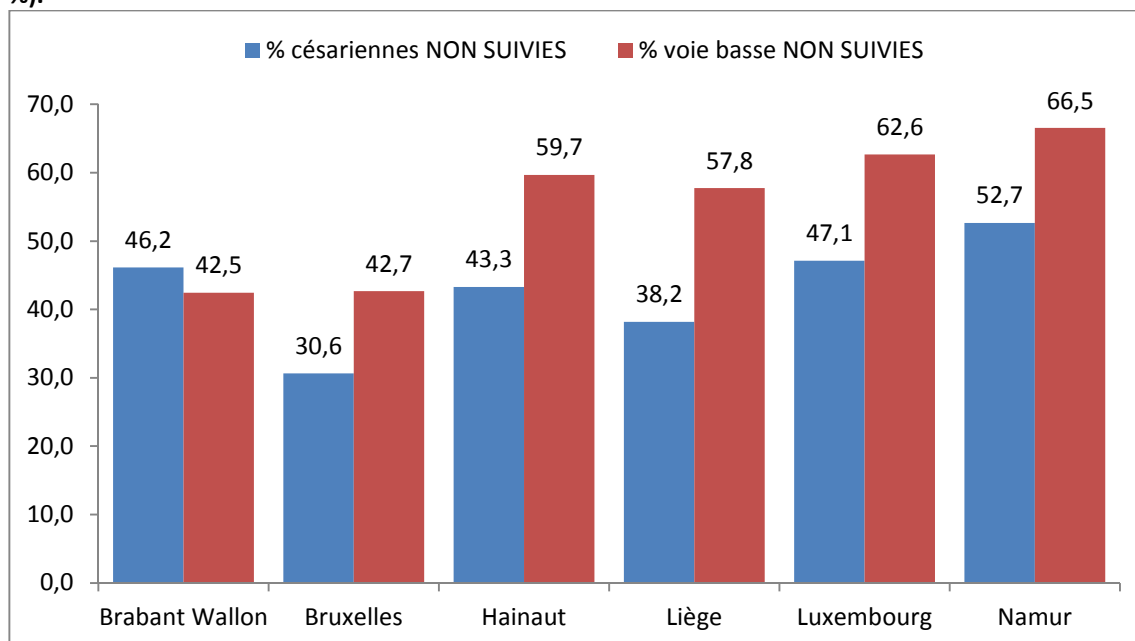
La proportion de femmes non suivies varie également en fonction du mode d'accouchement. Elle est plus élevée parmi les femmes qui accouchent par voie basse par rapport à celles qui accouchent par césarienne et ce, tant en Fédération Wallonie-Bruxelles (53,0% vs 38,3%) qu'en Communauté flamande (40,9% vs 30,0%) (Figure 38).

Figure 38. Femmes non suivies (MG, gynéco, sage-femme, spécialiste) de la sortie de la maternité à 6 semaines suivant l'accouchement en fonction du mode d'accouchement (en %).



En Fédération Wallonie-Bruxelles, la proportion de femmes non suivies est systématiquement plus élevée parmi les accouchements par voie basse dans toutes les provinces ou région, à l'exception de la province du Brabant wallon où la proportion de femmes non suivies est plus élevée parmi les femmes accouchées par césarienne (46,2%) par rapport à celles accouchées par voie basse (42,5%) (Figure 39).

Figure 39. Femmes non suivies (MG, gynéco, sage-femme, spécialiste) de la sortie de la maternité à 6 semaines suivant l'accouchement en fonction du mode d'accouchement par province en Fédération Wallonie-Bruxelles (en %).



9.1 Le non-suivi postnatal et durée du séjour à la maternité

Lorsqu'on analyse le non-suivi postnatal selon le jour de sortie de la maternité, on observe qu'au niveau national, les proportions de femmes non suivies sont plus élevées parmi celles qui sont sorties à J3 et à J4 (48,8% et 48,1%) et parmi celles qui séjournent au moins 9 jours à la maternité (52,6%). Ce résultat s'observe également en Communauté flamande (respectivement 44,5%, 43,4% et 39,6%) et en Fédération Wallonie-Bruxelles (52,1%, 53,2% et 57,3%). Notons également qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles, la proportion de femmes non suivies parmi les femmes sorties à J0 est de 50,9% (Figure 40).

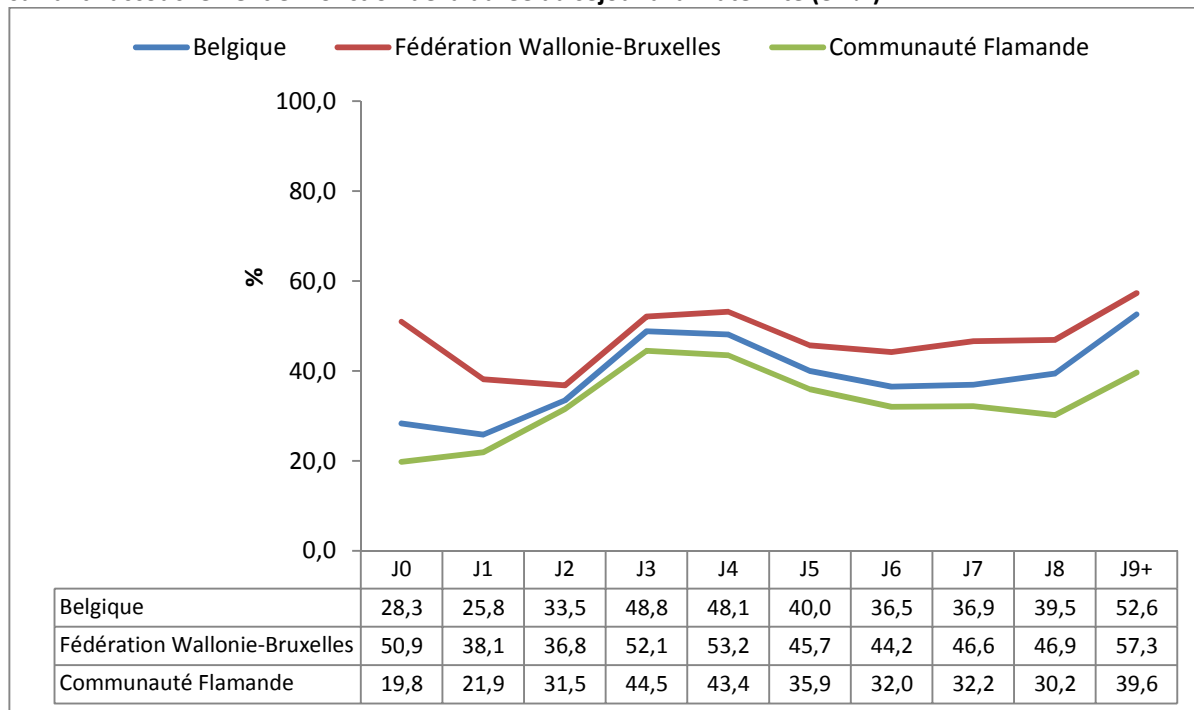
Tableau 4. Nombre de femmes non suivies (MG, gynéco, sage-femme, spécialiste) de la sortie de la maternité à 6 semaines suivant l'accouchement selon le jour de sortie de la maternité.

Belgique	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	≥J9	Total
Femmes non suivies	112	596	1570	9490	22359	10558	3448	1442	376	873	50824
Total	396	2311	4692	19453	46451	26421	9440	3906	953	1660	115683

Fédération Wallonie-Bruxelles	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	≥J9	Total
Femmes non suivies	55	212	635	5699	11900	4997	1542	599	248	697	26584
Total	108	556	1727	10935	22379	10932	3491	1286	529	1216	53159

Communauté flamande	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	≥J9	Total
Femmes non suivies	57	384	935	3791	10459	5561	1906	843	128	176	24240
Total	288	1755	2965	8518	24072	15489	5949	2620	424	444	62524

Figure 40. Femmes non suivies (MG, gynéco, sage-femme, spécialiste) de la sortie de la maternité à 6 semaines suivant l'accouchement en fonction de la durée du séjour à la maternité (en %).



Les mêmes analyses réalisées en tenant compte du mode d'accouchement montrent que parmi les femmes accouchées par césarienne, la proportion de femmes non suivies est plus élevée parmi celles qui séjournent au moins 9 jours à la maternité tant au niveau national (43,9%) qu'au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles (49,8%). Au niveau de la Communauté flamande, la proportion la plus élevée est observée parmi les femmes sorties à J7 (32,4%) et parmi celles sorties à J0 (32,1%) (Figure 41).

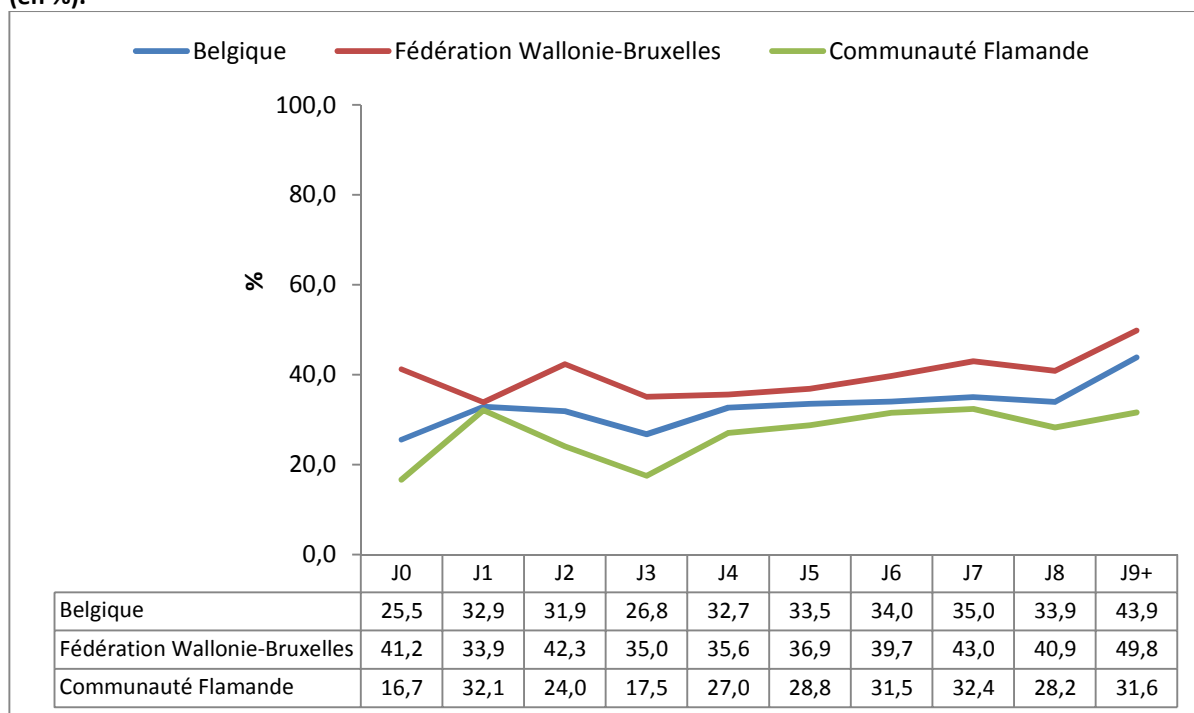
Tableau 5. Nombre de femmes non suivies (MG, gynéco, sage-femme, spécialiste) de la sortie de la maternité à 6 semaines suivant l'accouchement en fonction de la durée du séjour à la maternité parmi les accouchements par césarienne.

Belgique	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9+	Total
Femmes non suivies	12	47	58	178	1095	2548	2253	1066	190	378	7825
Total	47	143	182	665	3350	7609	6619	3044	560	862	23081

Fédération Wallonie-Bruxelles	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9+	Total
Femmes non suivies	7	21	33	123	790	1635	812	325	103	289	4138
Total	17	62	78	351	2221	4434	2046	756	252	580	10797

Communauté flamande	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9+	Total
Femmes non suivies	5	26	25	55	305	913	1441	741	87	89	3687
Total	30	81	104	314	1129	3175	4573	2288	308	282	12284

Figure 41. Femmes non suivies (MG, gynéco, sage-femme, spécialiste) de la sortie de la maternité à 6 semaines suivant l'accouchement en fonction de la durée du séjour à la maternité parmi les accouchements par césarienne (en %).

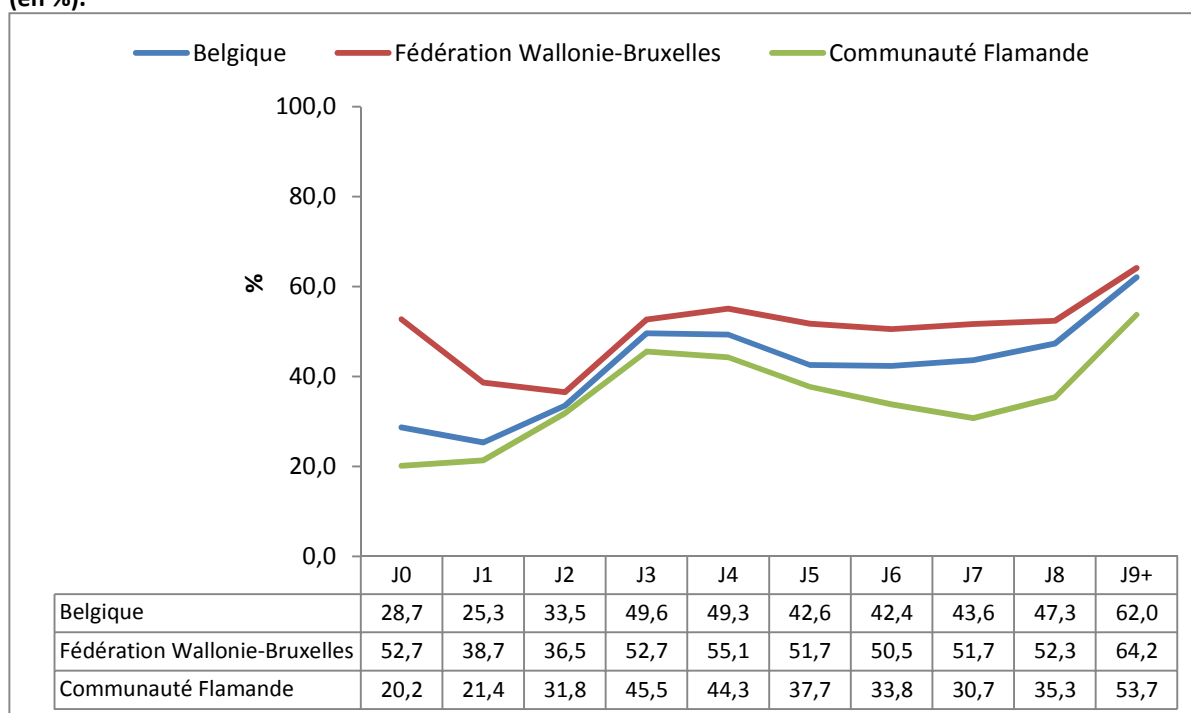


Parmi les femmes accouchées par voie basse, la proportion de femmes non suivies est plus élevée parmi celles qui séjournent au moins 9 jours à la maternité tant au niveau national (62,0%) qu'au niveau de la Communauté flamande (53,7%) et de la Fédération Wallonie-Bruxelles (64,2%) (Figure 42).

Tableau 6. Nombre de femmes non suivies (MG, gynéco, sage-femme, spécialiste) de la sortie de la maternité à 6 semaines suivant l'accouchement en fonction de la durée du séjour à la maternité parmi les accouchements par voie basse.

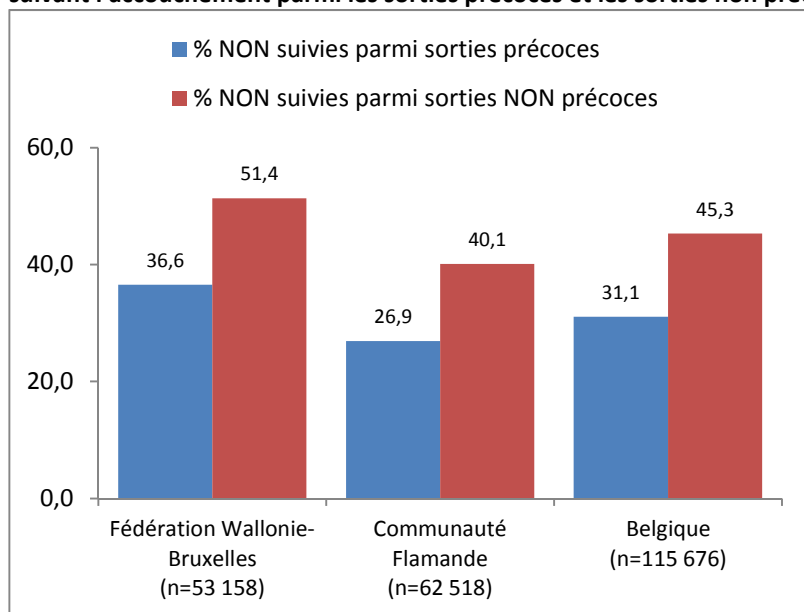
Belgique	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9+	Total
Femmes non suivies	100	548	1512	9312	21263	8010	1195	376	186	495	42997
Total	349	2165	4508	18787	43100	18812	2821	862	393	798	92595
Fédération Wallonie-Bruxelles	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9+	Total
Femmes non suivies	48	191	602	5576	11109	3362	730	274	145	408	22445
Total	91	494	1649	10584	20157	6498	1445	530	277	636	42361
Communauté flamande	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9+	Total
Femmes non suivies	52	357	910	3736	10154	4648	465	102	41	87	20552
Total	258	1671	2859	8203	22943	12314	1376	332	116	162	50234

Figure 42. Femmes non suivies (MG, gynéco, sage-femme, spécialiste) de la sortie de la maternité à 6 semaines suivant l'accouchement en fonction de la durée du séjour à la maternité parmi les accouchements par voie basse (en %).



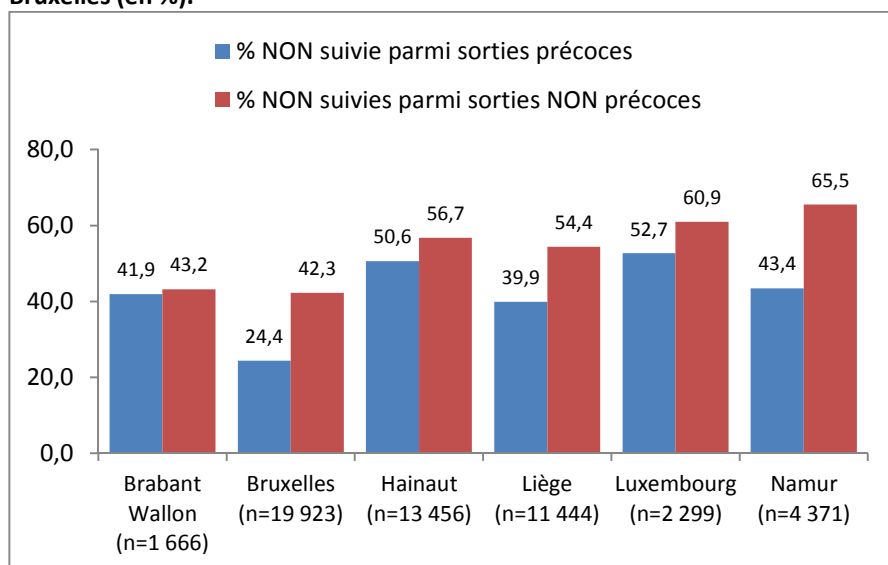
Si on se réfère au seuil de précocité du séjour à la maternité tel que nous l'avons défini (<J3 pour les accouchements par voie basse et <J5 pour les césariennes), on observe que la proportion de femmes n'ayant eu aucun contact avec un médecin généraliste, un gynécologue, une sage-femme ou un spécialiste (entre le jour de sortie de la maternité et 6 semaines après l'accouchement) est plus élevée parmi les femmes qui ne sont pas sorties précocement de la maternité. Ce constat s'observe au niveau national (45,3% de femmes non suivies parmi les sorties non précoces vs 31,1% parmi les sorties précoces) et dans les deux communautés (51,4% vs 36,6% en Fédération Wallonie-Bruxelles et 26,9% vs 40,1% en Communauté flamande (Figure 43).

Figure 43. Femmes non suivies (MG, gynéco, sage-femme, spécialiste) de la sortie de la maternité à 6 semaines suivant l'accouchement parmi les sorties précoces et les sorties non précoces de la maternité (en %).



En Fédération Wallonie-Bruxelles, on observe également dans toutes les provinces et région une proportion plus élevée de femmes non suivies parmi celles qui ne sortent pas précocement de la maternité mais l'écart semble plus marqué dans la province de Namur (65,5% vs 43,4%) et dans la région Bruxelles-Capitale (42,3% vs 24,4%) (Figure 44).

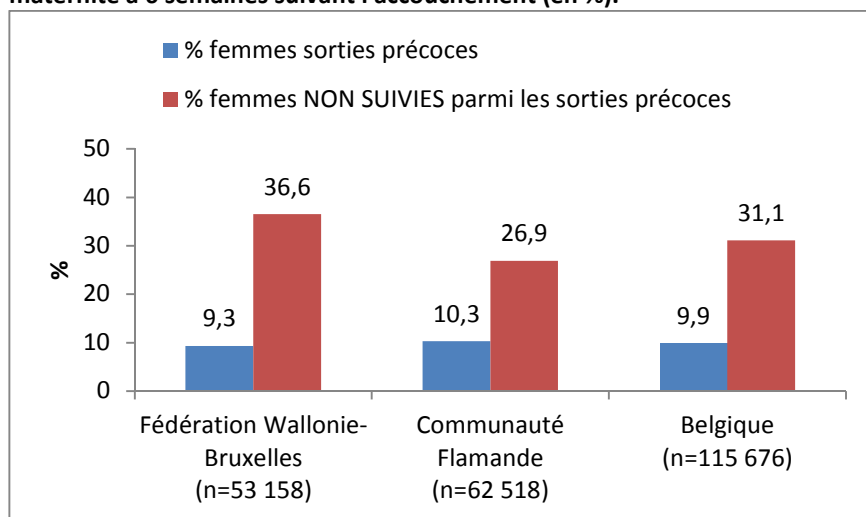
Figure 44. Femmes non suivies (MG, gynéco, sage-femme, spécialiste) de la sortie de la maternité à 6 semaines suivant l'accouchement parmi les sorties précoces et les sorties non précoces par province en Fédération Wallonie-Bruxelles (en %).



9.2 L'absence de suivi postnatal et les sorties précoces

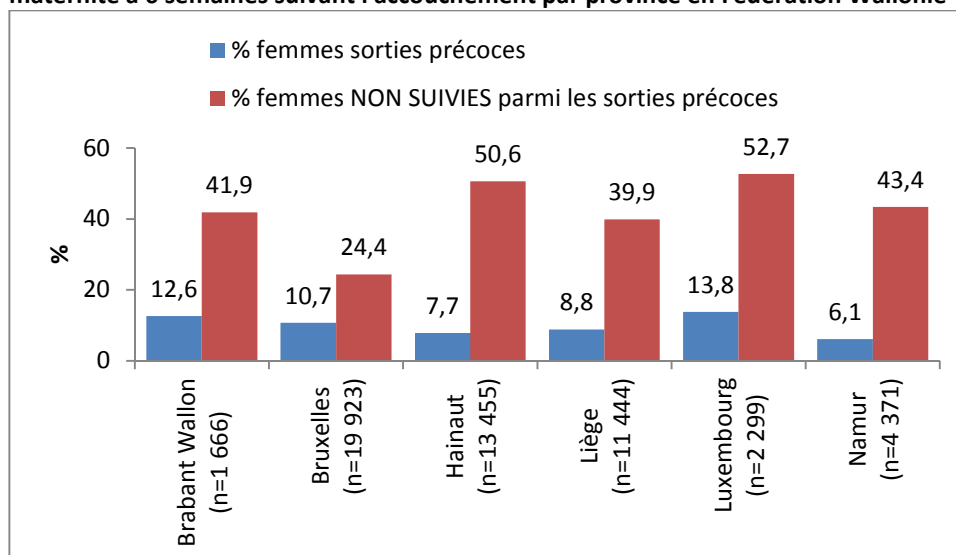
En Belgique, une femme sur dix (9,9%) est sortie précocement de la maternité et parmi ces femmes, une femme sur trois (31,1%) n'a eu aucun contact ambulatoire en suivi postnatal extrahospitalier avec un médecin généraliste, un gynécologue, une sage-femme ou un spécialiste depuis sa sortie de la maternité jusqu'à 6 semaines après l'accouchement. L'absence de suivi parmi les sorties précoces est plus fréquent en Fédération Wallonie-Bruxelles qu'en Communauté flamande (36,6% vs 26,9%) (Figure 45).

Figure 45. Sorties précoces et femmes non suivies (MG, gynéco, sage-femme, spécialiste) de la sortie de la maternité à 6 semaines suivant l'accouchement (en %).



Au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles, l'absence de suivi parmi les femmes sorties précocement est plus fréquente dans les provinces du Luxembourg et du Hainaut (52,7% et 50,6%) et la moins fréquente dans la région de Bruxelles-Capitale (24,4%) (Figure 46).

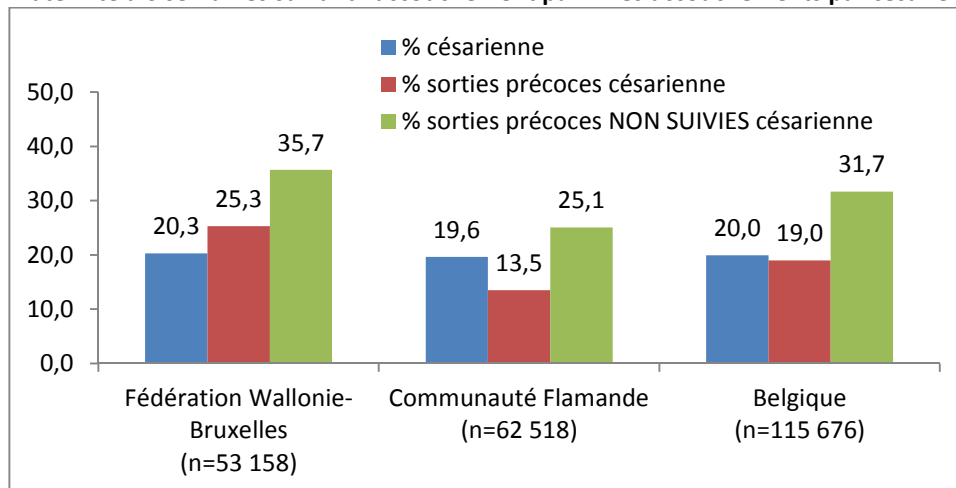
Figure 46. Sorties précoces et femmes non suivies (MG, gynéco, sage-femme, spécialiste) de la sortie de la maternité à 6 semaines suivant l'accouchement par province en Fédération Wallonie-Bruxelles (en %).



Les analyses en fonction du mode d'accouchement montrent qu'en Belgique, une femme sur cinq (20,0%) est accouchée par césarienne. Parmi ces femmes, une femme sur cinq (19,0%) sort précocement de la maternité (avant J5) et parmi celles-ci, une femme sur trois (31,7%) n'a eu aucun contact avec un médecin généraliste, un gynécologue, une sage-femme ou un spécialiste depuis sa sortie de la maternité jusqu'à 6 semaines après l'accouchement.

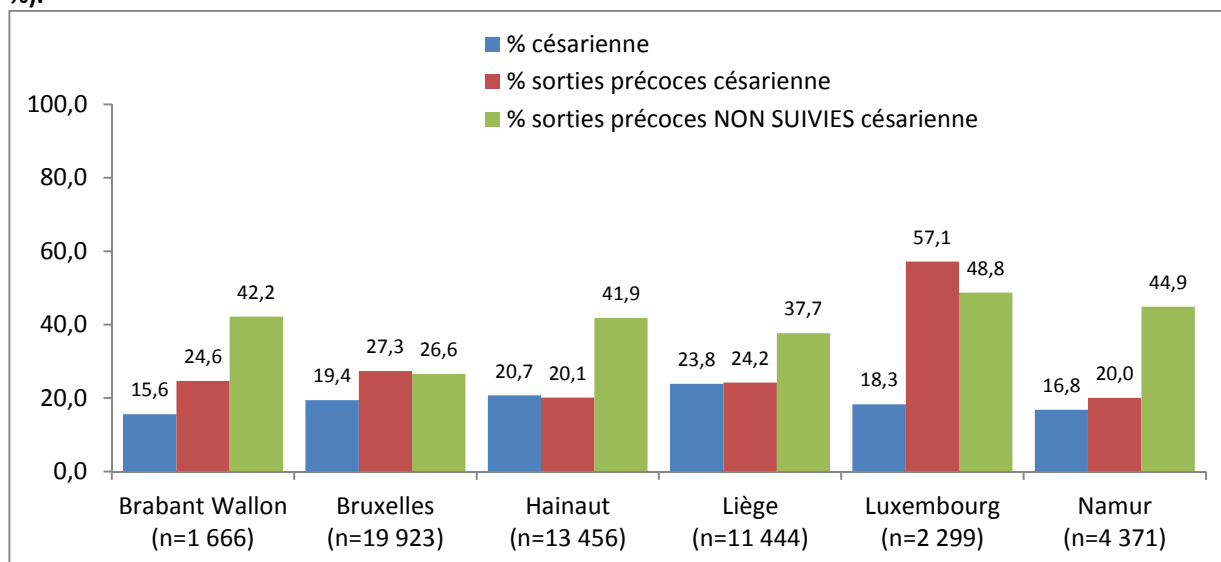
Si la proportion de femmes accouchées par césarienne ne varie pas entre les communautés (20,3% en Fédération Wallonie-Bruxelles vs 19,6% en Communauté flamande), la proportion de ces femmes sorties précocement de la maternité est plus élevée en Fédération Wallonie-Bruxelles qu'en Communauté flamande (25,3% vs 13,5%) et l'absence de suivi parmi ces femmes sorties précocement est plus fréquente en Fédération Wallonie-Bruxelles (35,7% vs 25,1%) (Figure 47).

Figure 47. Sorties précoces et femmes non suivies (MG, gynéco, sage-femme, spécialiste) de la sortie de la maternité à 6 semaines suivant l'accouchement parmi les accouchements par césarienne (en %).



En Fédération Wallonie-Bruxelles, la proportion de femmes accouchées par césarienne et sorties précocement de la maternité est plus élevée dans la province du Luxembourg (57,1%) et la moins élevée dans les provinces de Namur (20,0%) et du Hainaut (20,1%). Parmi ces femmes, la proportion de femmes non suivies en postnatal extrahospitalier est également plus élevée dans la province du Luxembourg (48,8%) mais aussi dans celle de Namur (44,9%) et elle est la moins élevée dans la région de Bruxelles-Capitale (26,6%) (Figure 48).

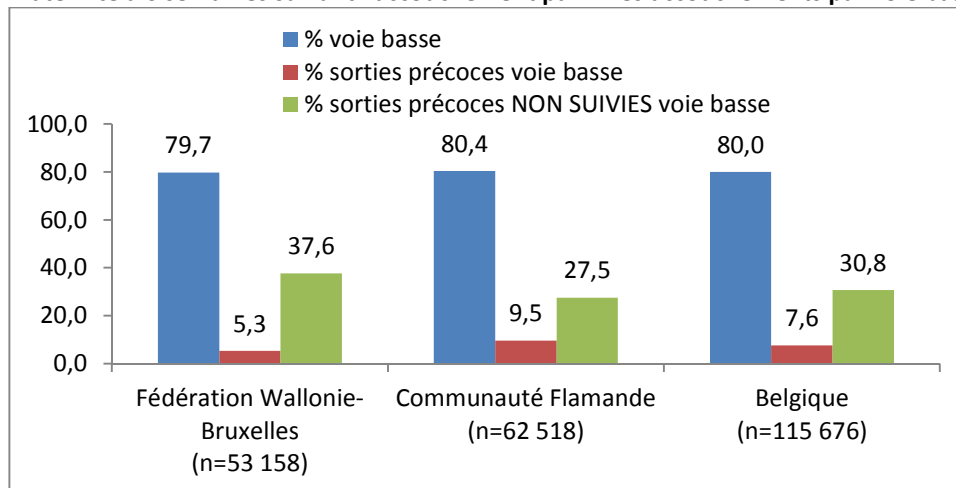
Figure 48. Sorties précoces et femmes non suivies (MG, gynéco, sage-femme, spécialiste) dans les 6 semaines suivant l'accouchement parmi les accouchements par césarienne par province en Fédération Wallonie-Bruxelles (en %).



En Belgique, quatre femmes sur cinq (80,0%) accouchent par voie basse. Parmi ces femmes, huit femmes sur cent (7,6%) sortent précocement de la maternité (avant J3) et parmi celles-ci, une femme sur quatre (25,3%) n'a eu aucun contact avec un médecin généraliste, un gynécologue, une sage-femme ou un spécialiste dans les 6 semaines suivant la sortie l'accouchement.

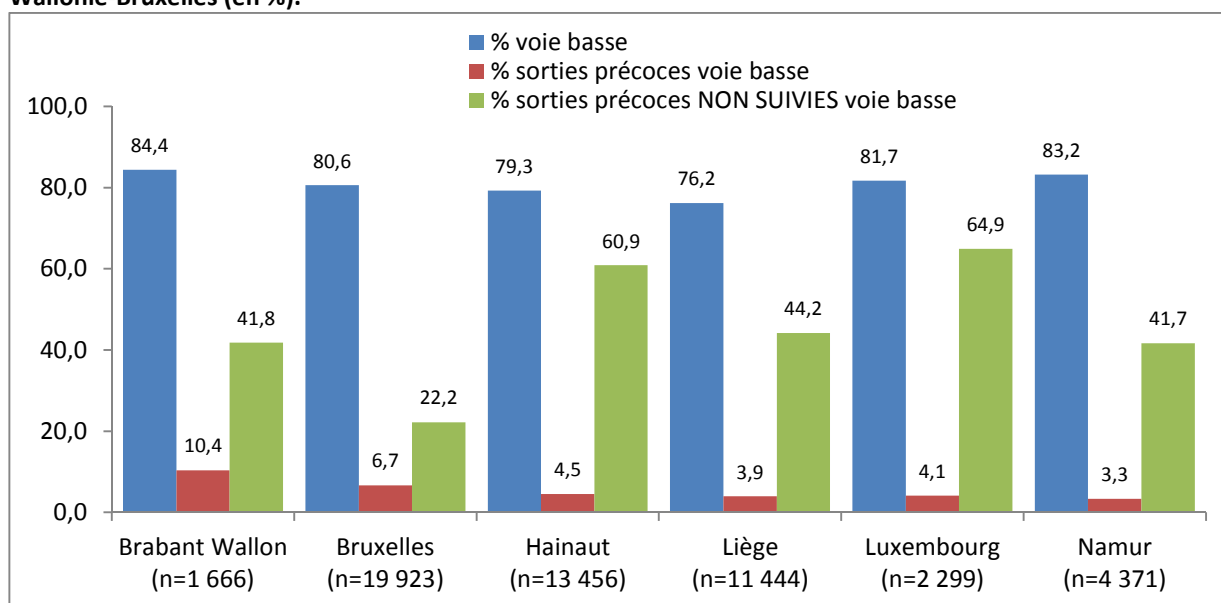
Si la proportion de femmes accouchées par voie basse ne varie pas entre les communautés (79,7% en Fédération Wallonie-Bruxelles vs 80,4% en Communauté flamande), la proportion de ces femmes sorties précocement de la maternité est plus élevée en Communauté flamande qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (9,5% vs 5,3%). Parmi ces femmes sorties précocement, la proportion de femmes qui n'ont pas été suivies en postnatal extrahospitalier est plus élevée en Fédération Wallonie-Bruxelles qu'en Communauté flamande) (37,6% vs 27,5%) (Figure 49).

Figure 49. Sorties précoces et femmes non suivies (MG, gynéco, sage-femme, spécialiste) de la sortie de la maternité à 6 semaines suivant l'accouchement parmi les accouchements par voie basse (en %).



En Fédération Wallonie-Bruxelles, la proportion de femmes accouchées par voie basse et sorties précocement de la maternité est plus élevée dans la province du Brabant wallon (10,4%) et la moins élevée dans la province de Namur (3,3%). Parmi ces femmes sorties précocement, la proportion de femmes non suivies en postnatal extrahospitalier est plus élevée dans la province du Luxembourg (64,9%) et la moins élevée dans la région de Bruxelles-Capitale (22,2%) (Figure 50).

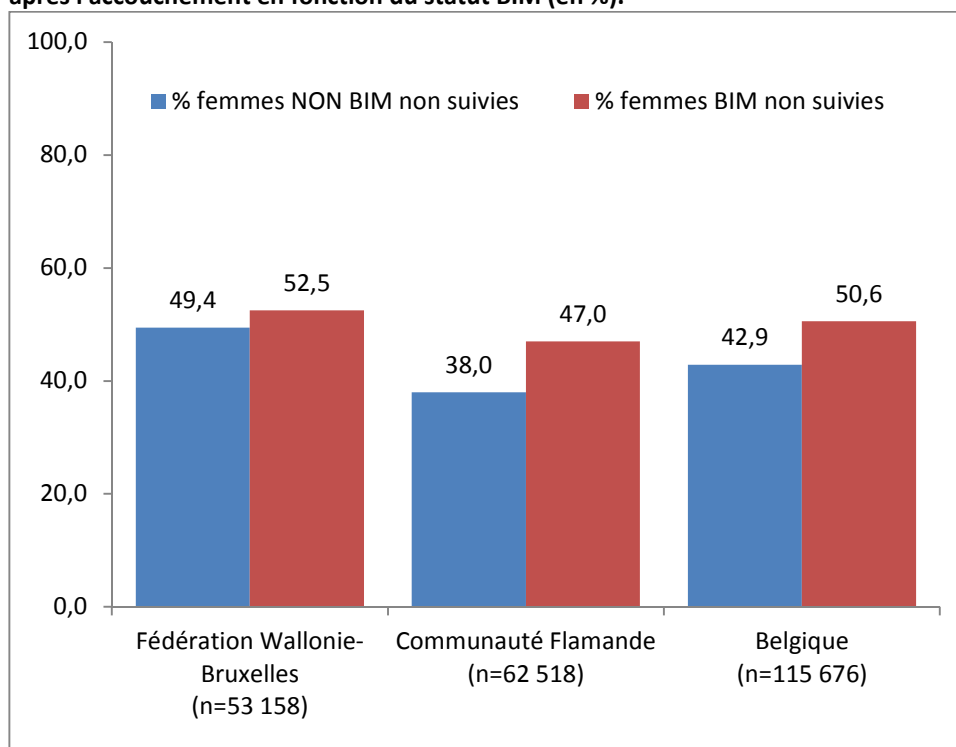
Figure 50. Sorties précoces et femmes non suivies (MG, gynéco, sage-femme, spécialiste) de la sortie de la maternité à 6 semaines suivant l'accouchement parmi les accouchements par voie basse par province en Fédération Wallonie-Bruxelles (en %).



9.3 Non-suivi postnatal et statut BIM

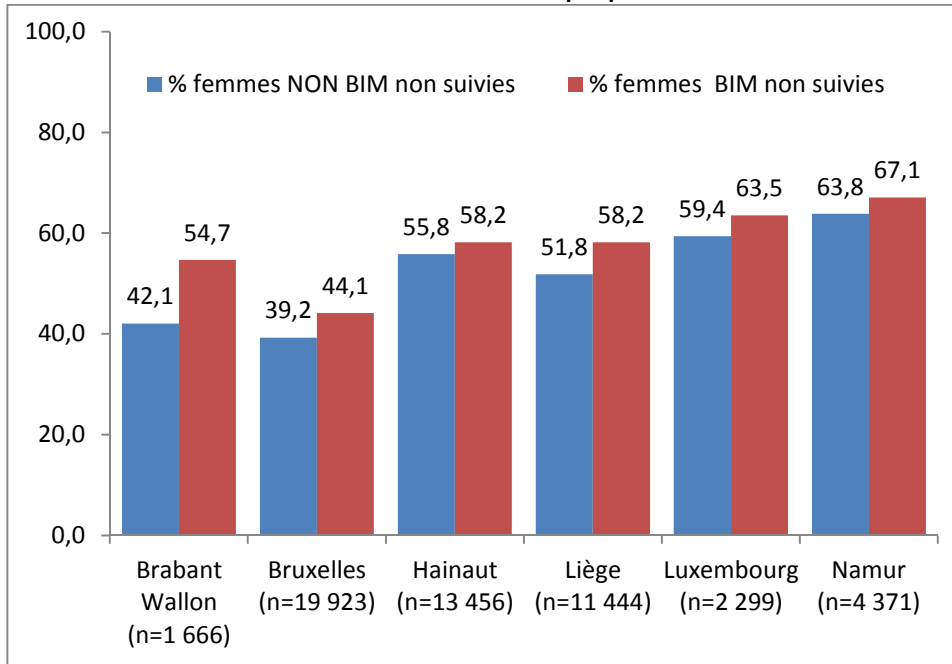
En Belgique, la proportion de femmes n'ayant eu aucun contact avec un médecin généraliste, un gynécologue, une sage-femme ou un spécialiste depuis sa sortie de la maternité jusqu'à 6 semaines après l'accouchement est plus élevée parmi les femmes bénéficiant du statut BIM (50,6%) que parmi celles qui n'en bénéficient pas (42,9%). Cet écart s'observe dans les deux communautés même s'il est plus réduit en Fédération Wallonie-Bruxelles (52,5% vs 49,4%) que dans la Communauté flamande (47,0% vs 38,0%) (Figure 51).

Figure 51. Femmes non suivies (MG, gynéco, sage-femme, spécialiste) de la sortie de la maternité à 6 semaines après l'accouchement en fonction du statut BIM (en %).



En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'écart entre la proportion de femmes non suivies parmi celles qui bénéficient du statut BIM et celles qui n'en bénéficient pas est plus marqué dans la province du Brabant Wallon (54,7% vs 42,1%) et il est plus réduit dans les provinces du Hainaut (58,2% vs 55,8%) et de Namur (67,1% vs 63,8%) (Figure 52).

Figure 52. Femmes non suivies (MG, gynéco, sage-femme, spécialiste) de la sortie de la maternité à 6 semaines suivant l'accouchement en fonction du statut BIM par province en Fédération Wallonie-Bruxelles (en %).

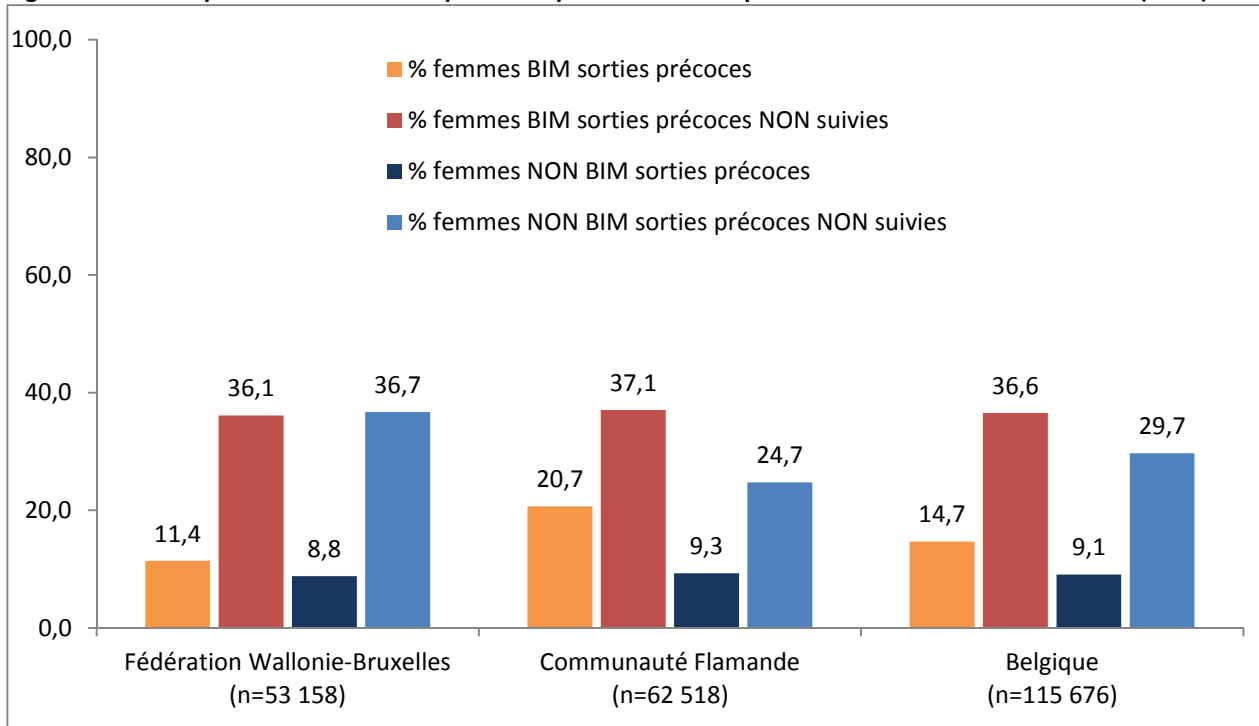


9.4 BIM, sorties précoces et non-suivi postnatal

En Belgique, la proportion de femmes sorties précocement de la maternité est plus élevée parmi les femmes bénéficiant du statut BIM (14,7%) par rapport à celles ne bénéficiant pas de ce statut (9,1%). Par ailleurs, la proportion de femmes non suivies est plus élevée parmi les femmes bénéficiant du statut BIM sorties précocement (36,6%) que parmi les femmes sorties précocement mais qui ne bénéficient pas du statut BIM (29,7%).

Les analyses par communauté montrent que ces constats sont plus marqués en Communauté flamande qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles. En effet, en Communauté flamande, la proportion de femmes sorties précocement de la maternité est deux fois plus élevée parmi celles qui bénéficient du statut BIM (20,7%) par rapport à celles qui n'en bénéficient pas (9,3%). En Fédération Wallonie-Bruxelles, cet écart est moins marqué (11,4% vs 8,8%). De même, en Communauté flamande, la proportion de femmes non suivies est plus élevée parmi les femmes sorties précocement et bénéficiant du statut BIM (37,1%) par rapport à celles qui n'en bénéficient pas (24,7%). En Fédération Wallonie-Bruxelles, cet écart n'existe pas (36,1% vs 36,7%) (Figure 53).

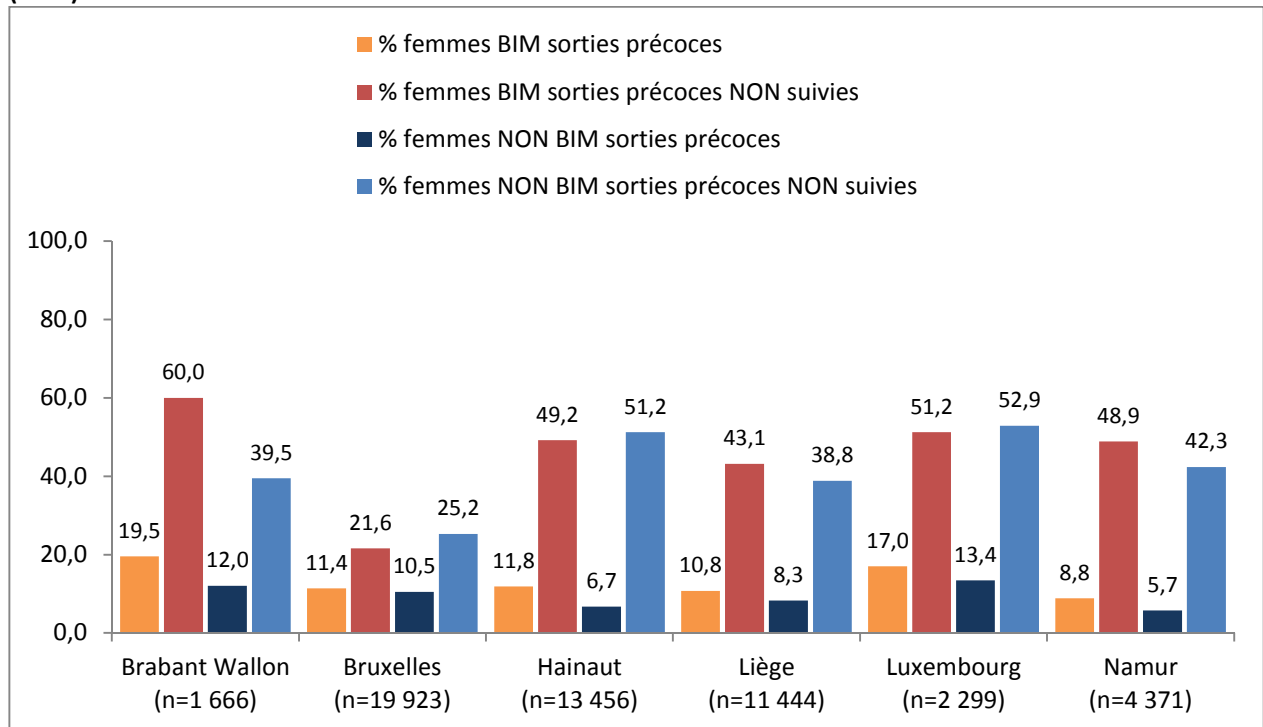
Figure 53. Sorties précoces et non-suivi postnatal parmi les sorties précoces en fonction du statut BIM (en %).



Les analyses par province montrent que la proportion de femmes sorties précocement de la maternité est plus élevée parmi celles qui bénéficient du statut BIM que parmi celles qui n'en bénéficient pas. Toutefois, cet écart est particulièrement important dans la province du Brabant wallon (19,5% vs 12,0%) et dans la province du Hainaut (11,8% vs 6,7%) alors qu'il est quasi inexistant dans la région de Bruxelles-Capitale (11,4% vs 10,5%).

Par ailleurs, dans les provinces du Brabant wallon, de Liège et de Namur, la proportion de femmes non suivies est plus élevée parmi celles sorties précocement et bénéficiant du statut BIM par rapport à celles sorties précocement qui ne bénéficient pas de ce statut (respectivement 60,0% vs 39,5% ; 43,1% vs 38,8% et 48,9% vs 42,3%). Par contre, dans la région de Bruxelles-Capitale, la proportion de femmes non suivies est plus élevée parmi les femmes sorties précocement ne bénéficiant pas du statut BIM par rapport à celles qui bénéficient du statut BIM (25,2% vs 21,6%); et dans les provinces du Hainaut et du Luxembourg, l'écart tend à disparaître (respectivement 51,2% vs 49,2% et 52,9% vs 51,2%)(Figure 54).

Figure 54. Sorties précoces et non-suivi postnatal parmi les sorties précoces en fonction du statut BIM par province (en %).



9.5 Conclusion

L'absence de suivi postnatal est moins fréquente en Communauté flamande (38,8%) qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (50,0%). Au sein de celle-ci, la proportion la plus élevée d'absence de suivi est observée dans la province de Namur (64,2%) et la proportion la moins élevée est observée dans la région de Bruxelles-Capitale (40,3%) et dans la province du Brabant wallon (43,0%).

L'absence de suivi est plus fréquente parmi les accouchements par voie basse (46,4%) par rapport aux accouchements par césarienne (33,9%). Cet écart s'observe dans les deux communautés (40,9% vs 30,0% en Communauté flamande et 53,0% vs 38,3% dans la Fédération Wallonie-Bruxelles) et dans toutes les provinces de la Fédération Wallonie-Bruxelles à l'exception de la province du Brabant wallon où l'absence de suivi est plus fréquente parmi les accouchements par césarienne (46,2% vs 42,5%).

L'absence de suivi est moins fréquente parmi les sorties précoces par rapport aux sorties non précoces, tant en Fédération Wallonie-Bruxelles (36,6% vs 51,4%) qu'en Communauté flamande (26,9% vs 40,1%). Cet écart s'observe dans toutes les provinces de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Il est toutefois plus marqué dans la Région de Bruxelles-Capitale (24,4% vs 42,3%) et dans la province de Namur (43,4% vs 65,5%). Par contre, il tend à disparaître dans la province du Brabant Wallon (41,9% vs 43,2%).

L'absence de suivi parmi les sorties précoces varie peu en fonction du mode d'accouchement tant dans la Communauté flamande (27,5% parmi les accouchements par voie basse vs 25,1% parmi les accouchements par césarienne) qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles (respectivement 37,6% vs 35,7%).

Les analyses par province nuancent cependant les résultats en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Dans les provinces du Hainaut, de Liège et du Luxembourg, l'absence de suivi est plus fréquente parmi les femmes accouchées par voie basse sorties précocement par rapport aux femmes accouchées par césarienne (respectivement 60,9% vs 41,9% ; 44,2% vs 37,7% ; 64,9% vs 48,8%). Dans les provinces du Brabant Wallon, l'écart tend à disparaître (42,2% vs 41,8%). Dans la province de Namur et dans la région de Bruxelles-Capitale, l'écart s'inverse (respectivement ; 44,9% vs 41,7% ; 26,6% vs 22,2%).

Concernant le statut BIM des femmes accouchées, l'absence de suivi est plus fréquente parmi les femmes "BIM" par rapport aux femmes "NON BIM", tant en Communauté flamande (47,0% vs 38,0%) qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles même s'il se réduit (52,5% vs 49,4%). Cet écart s'observe dans toutes les provinces de la Fédération Wallonie-Bruxelles mais il est plus marqué dans la province du Brabant Wallon (54,7% vs 42,1%).

Lorsqu'on tient compte de la durée du séjour, on observe qu'en Communauté flamande, l'absence de suivi reste plus fréquente parmi les sorties précoces chez les femmes "BIM" (37,1%) par rapport aux sorties précoces chez les femmes "NON BIM" (24,7%). En Fédération Wallonie-Bruxelles, cet écart disparaît (36,1% vs 36,7%). Au niveau des provinces, les résultats sont plus nuancés. Dans les provinces du Brabant wallon, de Liège et de Namur, l'absence de suivi est plus fréquente parmi les sorties précoces chez les femmes "BIM" par rapport aux sorties précoces chez les femmes "NON BIM" (respectivement 60,0% vs 39,5% ; 43,1% vs 38,8% et 48,9% vs 42,3%). Dans la région de Bruxelles-Capitale et dans les provinces du Hainaut et du Luxembourg, l'écart s'inverse et l'absence de suivi est plus fréquente parmi les sorties précoces chez les femmes "NON BIM" (respectivement 21,6% vs 25,2% ; 49,2% vs 51,2% et 51,2% vs 52,9%).

10 Résumé

Le Tableau 7 reprend toutes les informations présentées dans le cadre des analyses des données de l'AIM. Ci-après, nous présentons un résumé de la situation dans chaque région ou province de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Tableau 7. Récapitulatif des résultats pour la durée du séjour à la maternité, le mode d'accouchement, les sorties précoces, le statut BIM, le suivi postnatal par une sage-femme et l'absence de suivi.

	Fédération Wallonie- Bruxelles		Communauté flamande					
	Brabant wallon	Bruxelles	Hainaut	Liège	Luxembourg	Namur		
Durée du séjour à la maternité								
1-3 jours	4,5%	8,0%	9,4%	5,5%	3,9%	3,4%	3,8%	3,0%
4-6 jours	83,2%	76,9%	82,5%	83,0%	80,6%	85,6%	91,3%	82,5%
7-9 jours	10,0%	14,4%	5,8%	9,0%	12,8%	9,6%	3,8%	11,7%
≥10 jours	2,3%	0,7%	2,3%	2,5%	2,7%	1,5%	1,1%	2,8%
Mode accouchement								
Césariennes	20,3%	19,6%	15,6%	19,4%	20,7%	23,8%	18,3%	16,8%
Voie basse	79,7%	80,4%	84,4%	80,6%	79,3%	76,2%	81,7%	83,2%
Sorties précoces								
<J3	4,5%	8,0%	9,4%	5,5%	3,9%	3,4%	3,8%	3,0%
VB<J3 & CES <J5	9,3%	10,3%	12,6%	10,7%	7,7%	8,8%	13,8%	6,1%
Sorties précoces VB (<J3)	5,3%	9,5%	10,4%	6,7%	4,5%	3,9%	4,1%	3,3%
Sorties précoces CES (<J5)	25,3%	13,5%	24,6%	27,3%	20,1%	24,2%	57,1%	20,0%
BIM	19,3%	8,8%	7,7%	22,7%	18,9%	20,2%	10,5%	11,7%
Sorties précoces - BIM	11,4%	20,7%	19,5%	11,4%	11,8%	10,8%	17,0%	8,8%
Sorties précoces - NON BIM	8,8%	9,3%	12,0%	10,5%	6,7%	8,3%	13,4%	5,7%
Suivi postnatal sage-femme (SF)	14,7%	34,3%	28,6%	27,3%	5,2%	6,9%	8,8%	4,9%
Suivi postnatal SF CESARIENNES	14,8%	36,0%	16,9%	28,4%	7,7%	6,6%	7,9%	4,4%
Suivi postnatal SF VOIE BASSE	14,7%	33,9%	30,8%	27,0%	4,5%	7,0%	9,0%	5,1%
Sorties précoces	9,3%	10,3%	12,6%	10,7%	7,7%	8,8%	13,8%	6,1%
Suivi postnatal SF sorties précoces	27,5%	53,5%	30,0%	48,0%	7,0%	14,8%	3,5%	17,6%
Suivi postnatal SF sorties NON précoces	13,4%	32,1%	28,4%	24,8%	5,0%	6,2%	9,7%	4,1%
Césariennes	20,3%	19,6%	15,6%	19,4%	20,7%	23,8%	18,3%	16,8%
Sorties précoces	25,3%	13,5%	24,6%	27,3%	20,1%	24,2%	57,1%	20,0%
Suivi postnatal SF sorties précoces	17,5%	40,8%	25,0%	33,1%	7,7%	7,6%	2,9%	7,5%
Voie basse	79,7%	80,4%	84,4%	80,6%	79,3%	76,2%	81,7%	83,2%
Sorties précoces	5,3%	9,5%	10,4%	6,7%	4,5%	3,9%	4,1%	3,3%
Suivi postnatal SF sorties précoces	39,7%	57,8%	32,2%	62,7%	6,3%	28,8%	5,2%	30,0%
Suivi postnatal SF BIM	16,5%	25,4%	15,6%	31,9%	2,8%	5,8%	4,6%	2,5%
Suivi postnatal SF NON BIM	14,3%	35,2%	29,7%	25,9%	5,7%	7,2%	9,3%	5,3%
BIM	19,3%	8,8%	7,7%	22,7%	18,9%	20,2%	10,5%	11,7%
Sorties précoces	11,4%	20,7%	19,5%	11,4%	11,8%	10,8%	17,0%	8,8%
Suivi postnatal SF sorties précoces	31,0%	43,0%	8,0%	58,8%	5,0%	14,1%	4,9%	17,8%
NON BIM	80,7%	91,2%	92,3%	77,3%	81,1%	79,8%	89,5%	88,3%
Sorties précoces	8,8%	9,3%	12,0%	10,5%	6,7%	8,3%	13,4%	5,7%
Suivi postnatal SF sorties précoces	26,4%	55,7%	33,0%	44,5%	7,9%	15,1%	3,3%	17,6%

Tableau 7. Récapitulatif des résultats pour la durée du séjour à la maternité, le mode d'accouchement, les sorties précoces, le statut BIM, le suivi postnatal par une sage-femme et l'absence de suivi (suite).

	Fédération		Brabant						Namur
	Wallonie- Bruxelles	Communauté flamande	wallon	Bruxelles	Hainaut	Liège	Luxembourg		
Non-suivi	50,0%	38,8%	43,0%	40,3%	56,3%	53,1%	59,8%	64,2%	
Non-suivi CESARIENNES	38,3%	30,0%	46,2%	30,6%	43,3%	38,2%	47,1%	52,7%	
Non-suivi VOIE BASSE	53,0%	40,9%	42,5%	42,7%	59,7%	57,8%	62,6%	66,5%	
Sorties précoces	9,3%	10,3%	12,6%	10,7%	7,7%	8,8%	13,8%	6,1%	
Non-suivi sorties précoces	36,6%	26,9%	41,9%	24,4%	50,6%	39,9%	52,7%	43,4%	
Non-suivi sorties NON précoces	51,4%	40,1%	43,2%	42,3%	56,7%	54,4%	60,9%	65,5%	
Césariennes	20,3%	19,6%	15,6%	19,4%	20,7%	23,8%	18,3%	16,8%	
Sorties précoces	25,3%	13,5%	24,6%	27,3%	20,1%	24,2%	57,1%	20,0%	
Non-suivi sorties précoces	35,7%	25,1%	42,2%	26,6%	41,9%	37,7%	48,8%	44,9%	
Voie basse	79,7%	80,4%	84,4%	80,6%	79,3%	76,2%	81,7%	83,2%	
Sorties précoces	5,3%	9,5%	10,4%	6,7%	4,5%	3,9%	4,1%	3,3%	
Non-suivi sorties précoces	37,6%	27,5%	41,8%	22,2%	60,9%	44,2%	64,9%	41,7%	
Non-suivi BIM	52,5%	47,0	54,7	44,1%	58,2%	58,2%	63,5%	67,1%	
Non-suivi NON BIM	49,4%	38,0	42,1	39,2%	55,8%	51,8%	59,4%	63,8%	
BIM	19,3%	8,8%	7,7%	22,7%	18,9%	20,2%	10,5%	11,7%	
Sorties précoces	11,4%	20,7%	19,5%	11,4%	11,8%	10,8%	17,0%	8,8%	
Non-suivi sorties précoces	36,1%	37,1%	60,0%	21,6%	49,2%	43,1%	51,2%	48,9%	
NON BIM	80,7%	91,2%	92,3%	77,3%	81,1%	79,8%	89,5%	88,3%	
Sorties précoces	8,8%	9,3%	12,0%	10,5%	6,7%	8,3%	13,4%	5,7%	
Non-suivi sorties précoces	36,7%	24,7%	39,5%	25,2%	51,2%	38,8%	52,9%	42,3%	

10.1 Fédération Wallonie-Bruxelles

En Fédération Wallonie-Bruxelles, la grande majorité des accouchements (93,2%) donnent lieu à un séjour de 4 à 9 jours à la maternité. Les séjours de un à trois jours sont peu fréquents (4,5%) et les séjours longs (≥ 10 jours) sont encore plus rares (2,3%).

Les sorties précoces sont 5 fois plus fréquentes parmi les accouchements par césarienne (<J5) par rapport aux accouchements par voie basse (<J3) (25,3% vs 5,3%).

La proportion de sorties précoces varie peu entre les femmes accouchées bénéficiant du statut BIM par rapport à celles qui n'en bénéficient pas (11,4% vs 8,8%).

Près d'une femme sur six (14,7%) a eu au moins une visite/consultation en suivi postnatal auprès d'une sage-femme au cours des 6 semaines suivant l'accouchement et cette proportion ne varie pas en fonction du mode d'accouchement.

Par contre, le suivi postnatal auprès d'une sage-femme est plus fréquent parmi les sorties précoces (27,5%) par rapport aux sorties non précoces (13,4%).

En outre, le suivi postnatal est plus fréquent parmi les sorties précoces après un accouchement par voie basse (39,7%) par rapport aux sorties précoces après un accouchement par césarienne (17,5%).

Globalement, le statut social influence peu la fréquence du suivi postnatal auprès d'une sage-femme (16,5% parmi les femmes "BIM" et 14,3% parmi les femmes "NON BIM").

La fréquence du suivi postnatal auprès d'une sage-femme est toutefois plus élevée parmi les femmes BIM sorties précocement (31,0%) par rapport aux femmes NON BIM sorties précocement (26,4%).

Une femme sur deux (50,0%) n'a eu aucun contact extra-hospitalier avec une sage-femme, un médecin généraliste, un gynécologue ou un autre spécialiste dans les 6 semaines suivant l'accouchement. Cette proportion est plus élevée parmi les accouchements par voie basse (53,0%) par rapport aux accouchements par césarienne (38,3%).

L'absence de contacts extra-hospitaliers avec ces professionnels de la santé est plus fréquente chez les femmes qui ne sont pas sorties précocement de la maternité (51,4%) par rapport à celles qui sont sorties précocement (36,6%). Elle est également un peu plus fréquente parmi les sorties précoces après un accouchement par voie basse (37,6%) par rapport aux sorties précoces après un accouchement par césarienne (35,7%).

L'absence de suivi est un peu plus fréquente parmi les femmes bénéficiant du statut BIM (52,5%) par rapport à celles qui n'en bénéficient pas (49,4%). Cet écart disparaît parmi les sorties précoces (36,1% de non-suivi parmi les sorties précoces chez les femmes "BIM" vs 36,7% parmi les sorties précoces chez les femmes "NON BIM").

10.2 Brabant wallon

Bien que la grande majorité des séjours (88,3%) durent entre 4 et 6 jours, la province du Brabant wallon présente la proportion la plus élevée de courts séjours (9,4% de séjours de 1 à 3 jours) et la proportion la plus faible de césariennes (15,6%) dans la Fédération Wallonie-Bruxelles. La proportion de sorties précoces est la plus élevée parmi les accouchements par voie basse (10,4%) en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Les sorties précoces sont plus fréquentes parmi les accouchements par césarienne (<J5) par rapport aux accouchements par voie basse (<J3) (24,6% vs 10,4%).

Elles sont également plus fréquentes parmi les femmes "BIM" (19,5%) par rapport aux femmes "NON BIM" (12,0%).

La fréquence du suivi postnatal par une sage-femme est la plus élevée (28,6%) de la Fédération Wallonie-Bruxelles mais elle varie sensiblement en fonction du mode d'accouchement (30,8% parmi les accouchements par voie basse et 16,9% parmi les accouchements par césarienne).

La précocité de la sortie de la maternité influence peu le suivi postnatal par une sage-femme (30,0% parmi les sorties précoces et 28,4% parmi les sorties non précoces).

Le suivi postnatal par une sage-femme est plus fréquent parmi les sorties précoces après un accouchement par voie basse (32,2%) par rapport aux sorties précoces après un accouchement par césarienne (25,0%).

Ce dernier est plus fréquent parmi les femmes "NON BIM" (29,7%) par rapport aux femmes "BIM" (15,6%). Cet écart s'accroît parmi les sorties précoces (33,0% de suivi postnatal parmi les sorties précoces "NON BIM" et 8,0% de suivi postnatal parmi les sorties précoces "BIM").

La proportion de femmes n'ayant eu aucun contact avec une sage-femme, un médecin généraliste, un gynécologue ou un autre spécialiste dans les 6 semaines suivant l'accouchement est parmi les plus faibles de la Fédération Wallonie-Bruxelles (43,0%). Par contre, contrairement aux autres provinces, l'absence de suivi postnatal est plus fréquente parmi les césariennes (46,2%) par rapport aux accouchements par voie basse (42,5%).

L'absence de suivi varie peu entre les sorties non précoces (43,2%) et les sorties précoces (41,9%). Elle est ne varie pas non plus lorsqu'on tient compte du mode d'accouchement (42,2% parmi les sorties précoces après une césarienne et 41,8% parmi les sorties précoces après un accouchement par voie basse).

La proportion de femmes n'ayant eu aucun contact avec un professionnel de la santé est plus élevée parmi les femmes "BIM" (54,7%) par rapport aux femmes "NON BIM" (42,1%). Cet écart s'accroît parmi les sorties précoces (60,0% d'absence de suivi parmi les sorties précoces chez les femmes "BIM" vs 39,5% parmi les sorties précoces chez les femmes "NON BIM").

10.3 Bruxelles

A Bruxelles, les résultats quant à la durée des séjours en maternité rejoignent ceux observés pour la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Les sorties précoces sont plus fréquentes parmi les accouchements par césarienne (<J5) par rapport aux accouchements par voie basse (<J3) (27,3% vs 6,7%).

L'écart entre les sorties précoces parmi les BIM et les NON BIM se réduit (11,4% vs 10,5%).

Comme dans le Brabant wallon, la fréquence du suivi postnatal par une sage-femme à Bruxelles est plus élevée que dans les autres provinces (27,3%) mais contrairement à la situation dans le Brabant wallon, cette fréquence varie peu en fonction du mode d'accouchement (28,4% parmi les accouchements par césarienne et 27,0% parmi les accouchements par voie basse).

Le suivi postnatal par une sage-femme est deux fois plus fréquent parmi les sorties précoces (48,0%) par rapport aux sorties non précoces (24,8%).

Il est également deux fois plus fréquent parmi les sorties précoces après un accouchement par voie basse (62,7%) par rapport aux sorties précoces après un accouchement par césarienne (33,1%).

La région de Bruxelles-Capitale est la seule région où le suivi postnatal par une sage-femme est plus fréquent parmi les femmes bénéficiant du statut BIM (31,9%) par rapport aux femmes ne bénéficiant pas de ce statut (25,9%).

Cet écart en faveur des femmes "BIM" se maintient parmi les sorties précoces (58,8% de suivi postnatal parmi les sorties précoces chez les femmes "BIM" et 44,5% parmi les sorties précoces chez les femmes "NON BIM").

Quatre femmes sur dix (40,3%) n'ont eu aucun contact extrahospitalier avec une sage-femme, un médecin généraliste, un gynécologue ou un autre spécialiste dans les 6 semaines suivant l'accouchement. Cette proportion est plus élevée parmi les accouchements par voie basse (42,7%) par rapport aux accouchements par césarienne (30,6%).

L'absence de suivi est nettement plus fréquente parmi les sorties non précoces (42,3%) par rapport aux sorties précoces (24,4%). Elle est un peu plus fréquente parmi les sorties précoces après une césarienne (26,6%) que parmi les sorties précoces après un accouchement par voie basse (22,2%).

La proportion de femmes n'ayant eu aucun contact avec un professionnel de la santé est plus élevée parmi les femmes "BIM" (44,1%) par rapport aux femmes "NON BIM" (39,2%). Cet écart s'inverse en faveur des sorties précoces parmi les femmes "BIM" (21,6% d'absence de suivi) par rapport aux sorties précoces chez les femmes "NON BIM" (25,2% d'absence de suivi).

10.4 Hainaut

Dans la province du Hainaut, les résultats quant à la durée du séjour en maternité rejoignent ceux de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Les sorties précoces sont moins fréquentes dans cette province (7,7%) mais elles restent plus fréquentes parmi les accouchements par césarienne (20,1%) par rapport aux accouchements par voie basse (4,5%).

Les sorties précoces sont également plus fréquentes parmi les femmes "BIM" par rapport aux femmes "NON BIM" (11,8% vs 6,7%).

Le suivi postnatal par une sage-femme est peu fréquent dans la province du Hainaut (5,2%) et plus encore parmi les accouchements par voie basse (4,5%) par rapport aux accouchements par césarienne (7,7%).

Comme dans la province du Brabant wallon, il varie peu en fonction des sorties précoces (7,0% parmi les sorties précoces vs 5,0% parmi les sorties non précoces).

Ce faible écart se maintient également lorsqu'on tient compte du mode d'accouchement (7,7% de suivi postnatal par une sage-femme parmi les sorties précoces après un accouchement par césarienne vs 6,3% parmi les sorties précoces après un accouchement par voie basse).

Le suivi postnatal par une sage-femme est plus fréquent parmi les femmes "NON BIM" (5,7%) par rapport aux femmes "BIM" (2,8%) et cet écart en défaveur des femmes "BIM" se maintient parmi les sorties précoces (5,0% de suivi postnatal par une sage-femme parmi les sorties précoces chez les femmes "BIM" vs 7,9% parmi les sorties précoces chez les femmes "NON BIM").

Plus d'une femme sur deux (56,3%) n'a eu aucun contact avec une sage-femme, un médecin généraliste, un gynécologue ou un autre spécialiste dans les 6 semaines suivant l'accouchement. Cette proportion est plus élevée parmi les accouchements par voie basse (59,7%) par rapport aux accouchements par césarienne (43,3%).

L'absence de suivi est plus fréquente parmi les sorties non précoces (56,7%) par rapport aux sorties précoces (50,6%). Par ailleurs, elle est moins fréquente parmi les sorties précoces après une césarienne (41,9%) par rapport aux sorties précoces après un accouchement par voie basse (60,9%).

La proportion de femmes n'ayant eu aucun contact avec un professionnel de la santé varie peu en fonction du statut "BIM" (58,2% parmi les femmes "BIM" vs 55,8% parmi les femmes "NON BIM"). Ce faible écart s'inverse en faveur des sorties précoces parmi les femmes "BIM" (49,2% d'absence de suivi) par rapport aux sorties précoces chez les femmes "NON BIM" (51,2% d'absence de suivi).

10.5 Liège

Dans la province de Liège, les résultats concernant la durée du séjour rejoignent ceux de la Fédération Wallonie-Bruxelles. La proportion de séjours de un à trois jours est néanmoins un peu moins élevée (3,4%). Les sorties précoces restent plus fréquentes parmi les accouchements par césarienne (<J5) par rapport aux accouchements par voie basse (<J3) (24,2% vs 3,9%).

L'écart entre les sorties précoces parmi les BIM et les NON BIM tend à se réduire (10,8% vs 8,3%).

Peu de femmes (6,9%) ont eu recours à une sage-femme au moins une fois pour le suivi postnatal et cela quel que soit le mode d'accouchement (6,6% parmi les césariennes vs 7,0% parmi les accouchements par voie basse).

Comme à Bruxelles, le suivi postnatal par une sage-femme est deux fois plus fréquent parmi les femmes sorties précocement de la maternité (14,8%) par rapport aux autres (6,2%) et plus particulièrement parmi les femmes sorties précocement après un accouchement par voie basse (28,8%) par rapport à celles sorties précocement après un accouchement par césarienne (7,6%).

Comme dans la province du Hainaut, le suivi postnatal par une sage-femme est un peu plus fréquent parmi les femmes "NON BIM" (7,2%) par rapport aux femmes "BIM" (5,8%). Cet écart se réduit encore parmi les sorties précoces (14,1% de suivi postnatal parmi les femmes "BIM" sorties précocement vs 15,1% parmi les femmes "NON BIM" sorties précocement).

Comme dans le Hainaut, une femme sur deux (53,1%) n'a eu aucun contact avec une sage-femme, un médecin généraliste, un gynécologue ou un autre spécialiste dans les 6 semaines suivant l'accouchement. Cette proportion est plus élevée parmi les accouchements par voie basse (57,8%) par rapport aux accouchements par césarienne (38,2%).

L'absence de suivi est plus fréquente parmi les sorties non précoces (54,4%) par rapport aux sorties précoces (39,9%). En outre, elle est moins fréquente parmi les sorties précoces après une césarienne (37,7%) par rapport aux sorties précoces après un accouchement par voie basse (44,2%).

La proportion de femmes n'ayant eu aucun contact avec un professionnel de la santé est plus élevée parmi les femmes "BIM" (58,2%) par rapport aux femmes "NON BIM" (51,8%). L'absence de suivi reste plus fréquent parmi les femmes "BIM" sorties précocement (43,1% d'absence de suivi) par rapport aux femmes « NON BIM » sorties précocement (38,8% d'absence de suivi).

10.6 Luxembourg

Dans la province du Luxembourg, la proportion de longs séjours est la plus faible (1,1%) et la proportion de sorties précoces est la plus élevée (13,8%). L'écart entre les sorties précoces parmi les accouchements par césarienne et ceux par voie basse est le plus important (57,1% vs 4,1%).

La proportion de femmes bénéficiant du statut BIM est faible (10,5%) et la proportion de sorties précoces reste plus importante parmi les BIM que parmi les NON BIM (17,0% vs 13,4%).

Près d'une femme sur dix (8,8%) a eu au moins une visite/consultation auprès d'une sage-femme et cette proportion varie peu en fonction du mode d'accouchement (7,9% parmi les accouchements par césarienne et 9,0% parmi les accouchements par voie basse).

La province du Luxembourg présente la proportion la plus élevée de sorties précoces (13,8%) et la proportion la plus faible de suivi postnatal par une sage-femme parmi les sorties précoces (3,5%). En outre, c'est la seule province où la proportion de suivi postnatal est plus élevée parmi les sorties non précoces (9,7%) par rapport aux sorties précoces (3,5%).

Bien que rare, le suivi postnatal par une sage-femme est plus fréquent parmi les sorties précoces après un accouchement par voie basse (5,2%) par rapport aux sorties précoces après un accouchement par césarienne (2,9%).

Le suivi postnatal par une sage-femme est également plus fréquent parmi les femmes "NON BIM" (9,3%) par rapport aux femmes "BIM" (4,6%). Toutefois, cette tendance s'inverse parmi les sorties précoces (4,9% de suivi postnatal parmi les sorties précoces chez les femmes "BIM" vs 3,3% parmi les sorties précoces chez les femmes "NON BIM").

Six femmes sur dix (59,8%) n'ont eu aucun contact avec une sage-femme, un médecin généraliste, un gynécologue ou un autre spécialiste dans les 6 semaines suivant l'accouchement. Cette proportion est plus élevée parmi les accouchements par voie basse (62,6%) par rapport aux accouchements par césarienne (47,1%).

L'absence de suivi est plus fréquente parmi les sorties non précoces (60,9%) que parmi les sorties précoces (52,7%). En outre, elle est moins fréquente parmi les sorties précoces après une césarienne (48,8%) par rapport aux sorties précoces après un accouchement par voie basse (64,9%).

La proportion de femmes n'ayant eu aucun contact avec un professionnel de la santé est plus élevée parmi les femmes "BIM" (63,5%) par rapport aux femmes "NON BIM" (59,4%). Cet écart s'inverse entre les sorties précoces parmi les femmes "BIM" (51,2% d'absence de suivi) et les sorties précoces parmi les femmes "NON BIM" (52,9% d'absence de suivi).

10.7 Namur

Dans la province de Namur, la proportion de séjours de moins de trois jours est la plus faible (3,0%). Les césariennes sont moins fréquentes (16,8%) et la proportion de sorties précoces est la plus faible (6,1%). Elle reste néanmoins plus élevée parmi les accouchements par voie césarienne (20,0%) par rapport aux accouchements par voie basse (3,3%). La proportion de sorties précoces est plus élevée parmi les femmes "BIM" (8,8%) par rapport aux femmes "NON BIM" (5,7%).

Les sorties précoces restent plus fréquentes parmi les accouchements par césarienne (<J5) par rapport aux accouchements par voie basse (<J3) (20,0% vs 3,3%).

Les sorties précoces restent plus fréquentes parmi les BIM par rapport aux NON BIM (8,8% vs 5,7%).

Comme dans la province du Hainaut, la proportion de femmes ayant eu au moins une visite/consultation auprès d'une sage-femme dans la province de Namur est parmi les plus faibles (4,9%) et cette proportion varie peu en fonction du mode d'accouchement (4,4% parmi les césariennes et 5,1% parmi les accouchements par voie basse).

Cette province présente également la plus faible proportion de sorties précoces (6,1%).

Le suivi postnatal par une sage-femme varie néanmoins de façon importante selon que les femmes soient sorties précocement de la maternité (17,6%) ou non (4,1%).

Il est en outre beaucoup plus fréquent parmi les sorties précoces après un accouchement par voie basse (30,0%) par rapport aux sorties précoces après un accouchement par césarienne (7,5%).

Le suivi postnatal reste plus fréquent parmi les femmes "NON BIM" (5,3%) par rapport aux femmes "BIM" (2,5%). Cet écart disparaît toutefois parmi les sorties précoces (17,8% de suivi postnatal parmi les femmes "BIM" sorties précocement vs 17,6% parmi les femmes "NON BIM" sorties précocement).

La proportion de femmes n'ayant eu aucun contact avec une sage-femme, un médecin généraliste, un gynécologue ou un autre spécialiste dans les 6 semaines suivant l'accouchement est la plus élevée de la Fédération Wallonie-Bruxelles (64,2%). Cette proportion est plus élevée parmi les accouchements par voie basse (66,5%) par rapport aux accouchements par césarienne (52,7%).

L'absence de suivi est plus fréquente parmi les sorties non précoces (65,5%) par rapport aux sorties précoces (43,4%). Comme dans la région de Bruxelles-Capitale, l'absence de suivi est plus fréquente parmi les sorties précoces après une césarienne (44,9%) que parmi les sorties précoces après un accouchement par voie basse (41,7%).

Comme dans les autres provinces et région, la proportion de femmes n'ayant eu aucun contact avec un professionnel de la santé est plus élevée parmi les femmes "BIM" (67,1%) par rapport aux femmes "NON BIM" (63,8%). Cet écart se maintient parmi les sorties précoces chez les femmes "BIM" (48,9% d'absence de suivi) par rapport aux sorties précoces chez les femmes "NON BIM" (42,3% d'absence de suivi).

11 Discussion : limites et hypothèses explicatives

Les résultats des analyses des données de l'AIM ont le mérite de décrire une situation peu documentée jusqu'à présent en matière de durée de séjour et de suivi postnatal. Par ailleurs, cette étude a permis de quantifier le phénomène des sorties précoces et même si elles étaient peu fréquentes en 2010 (une femme sur dix) en utilisant la définition la plus large (<J3 si accouchement par voie basse & <J5 si accouchement par césarienne), cette étude a également mis en évidence des différences importantes entre Communautés et surtout entre provinces ou région au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Les disparités observées (taux de césariennes, taux de sorties précoces, taux de visite de sage-femme, d'absence de suivi postnatal) entre les communautés et entre les différentes provinces de la Fédération Wallonie-Bruxelles reflètent sans doute des pratiques médicales diversifiées mais aussi des contextes différents sur le plan politique et économique (taux d'occupation des lits, politique de service, ...) qui peuvent affecter le fonctionnement de la maternité. A titre d'exemple, l'excès de césariennes en province de Liège est un phénomène connu déjà depuis l'enquête AIM de 2002 (Lucet et al, 2005). L'enquête sociologique qui avait suivi avait montré que les pourvoyeurs de soins savaient où ils se situaient en termes de taux de césariennes et pensaient que leur pratique était la plus optimale.

En ce qui concerne les femmes bénéficiant du statut BIM, il est difficile d'expliquer leur sortie plus précoce sur base des données de l'AIM.

Le rapport BIM/NON BIM parmi les femmes sorties précocement qui n'ont pas eu de suivi postnatal est favorable aux femmes bénéficiant du statut BIM dans deux provinces : le Hainaut et Bruxelles. Ce sont aussi les provinces avec le plus de pauvreté, et sans doute aussi des provinces avec des maternités importantes qui ont une culture de justice sociale.

Enfin, les variations observées pour les femmes sans suivi, et particulièrement celles qui sortent précocement, plaident en faveur de l'élaboration de guidelines et de l'évaluation de leur application.

Les résultats présentés dans cette étude comportent un certain nombre de limites dont la plupart sont inhérentes aux données utilisées. Ainsi, la durée du séjour à la maternité ne peut être estimée en heures puisque l'AIM dispose seulement de dates (date d'accouchement et date de sortie) ce qui apporte une relative imprécision quant à la durée du séjour. En outre, les données de l'AIM ne couvrent que les femmes qui sont en ordre de mutuelle et excluent les personnes plus vulnérables telles que les bénéficiaires de l'aide médicale d'urgence (AMU) mais aussi des personnes économiquement privilégiées telles que les eurocrates.

Par ailleurs, parmi les accouchements, il n'est pas possible de distinguer les interruptions médicales de grossesse ni les bébés mort-nés. Ceux-ci sont donc vraisemblablement comptabilisés parmi les sorties dans les tous premiers jours.

En matière de suivi ou d'absence de suivi postnatal, les données de l'AIM ne couvrent pas le suivi réalisé par les T.M.S. de l'O.N.E. ni les consultations O.N.E.. Par ailleurs, ces données portent sur les soins facturés sous le code INAMI de la mère et elles ne couvrent donc pas les soins facturés au bébé lorsque celui-ci dispose de son propre numéro INAMI (notamment les consultations chez le pédiatre ou le médecin généraliste). Les résultats reflètent donc une image parcellaire de la réalité. En outre, le choix de se limiter à une période de 6 semaines après l'accouchement implique que les résultats seraient peut-être très différents si la période couverte était prolongée d'une semaine. Ceci soulève à nouveau la question de l'existence de recommandations précises quant au calendrier en matière de suivi postnatal.

Il serait intéressant de pouvoir affiner ces analyses en tenant compte d'autres facteurs en lien avec la durée du séjour à la maternité, notamment l'âge de la mère et la multiparité. Par ailleurs, les ré-hospitalisations durant les premières semaines après la sortie de la maternité en fonction de la durée du séjour devraient également être analysées pour compléter ce tableau. En effet, sans ces informations, il est difficile d'évaluer l'impact éventuel des sorties précoces sur la santé du bébé ou de la maman.

La distribution des maternités sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles invite à interpréter les différences observées entre provinces avec prudence. En effet, certaines provinces ne comptent que 3 maternités alors que d'autres en comptent dix ou plus. Rappelons également que la maternité de Braine-l'Alleud (CHIREC,) couplée à la maternité CH Cavell à Bruxelles, est reprise dans la Région de Bruxelles-Capitale et non dans la province du Brabant Wallon où elle se trouve. Enfin, ces résultats portent sur l'année 2010 et il est possible que la situation ait évolué depuis lors.

III.2 : Les perceptions des professionnels de santé et des mamans quant au séjour à la maternité, la durée de ce séjour et le processus de prise en charge du suivi postnatal

R. Vander Linden ⁽¹⁾, N. Moreau ⁽²⁾, S. Alexander ⁽²⁾

(1) Groupe Interdisciplinaire de Périnatalité (GIP)

(2) Ecole de Santé Publique de l'ULB

Juin 2013

Table des matières

1	INTRODUCTION	65
2	MÉTHODOLOGIE	65
2.1	SÉLECTION DES FOCUS GROUPS	65
2.2	GUIDE D'ENTRETIEN	66
2.3	ANALYSES	67
3	RÉSULTATS	68
3.1	LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	68
3.1.1	ÉVOLUTION DE LA DURÉE DU SÉJOUR ET DE LA PRISE EN CHARGE LORS DU SÉJOUR POSTNATAL	68
3.1.2	LE SÉJOUR À LA MATERNITÉ	69
3.1.3	DURÉE DU SÉJOUR ET RETOURS PRÉCOCES	71
3.1.4	ORGANISATION DES RETOURS PRÉCOCES À DOMICILE	74
3.2	LES MAMANS	80
3.2.1	ÉVOLUTION DE LA DURÉE DU SÉJOUR À LA MATERNITÉ	80
3.2.2	LE SÉJOUR À LA MATERNITÉ	81
3.2.3	DURÉE DU SÉJOUR	82
3.2.4	ORGANISATION DES RETOURS À DOMICILE	84
4	DISCUSSION ET RÉFLEXION THÉORIQUE	85
5	ANNEXES	88

1 Introduction

Actuellement, les données de la littérature, les recommandations de l’OMS et les « impressions » du terrain concordent pour considérer que certaines sorties précoces sont inappropriées sur le plan sociétal ou psychologique, voire représentent un risque somatique pour la dyade mère enfant. S’ajoute à cela, une impression sur le terrain que certaines accouchées sont « forcées » à sortir.

Cette étude vise donc à qualifier le processus des sorties précoces en réalisant des focus groups auprès des professionnels de la santé et auprès des mamans. Plus spécifiquement, elle vise à :

- Mettre en évidence les différentes composantes de la problématique.
- Explorer l’écart éventuel entre la représentation qu’ont les mamans d’une durée optimale du séjour postnatal et la représentation des professionnels de la santé (soignants et TMS).
- Générer des hypothèses, et possiblement confirmer l’hétérogénéité des points de vue.

Par ailleurs, ces focus groups permettront également d’enrichir les questionnaires élaborés pour la réalisation de deux enquêtes ad hoc (enquête auprès des maternités et enquête auprès des mères).

2 Méthodologie

2.1 Sélection des focus groups

Au total, 46 professionnels de la santé ont été interviewés au travers de 6 focus groups :

- Un groupe composé de 7 sages-femmes travaillant en « libéral », assurant des consultations prénatales et des suivis de post-partum dans le nord de Bruxelles (population plutôt défavorisée).
- Un groupe de 10 TMS ONE du Brabant wallon assurant des consultations pré- et postnatales (remarque : plusieurs d’entre elles travaillent dans la région d’Ottignies dont la maternité a une tradition de retour précoce avec suivi à domicile réalisé par les sages-femmes de l’hôpital).
- Un groupe de 10 TMS pré et post natal qui travaillent en ville et dans des régions plus rurales (Hainaut, Namurois, Luxembourg).
- Un groupe de 5 professionnels « variés » (sages-femmes hospitalières et libérales, gynécologues) de provenances diverses (de Bruxelles et d’autres régions).
- Un groupe de 5 sages-femmes hospitalières de la région de Bruxelles.
- Un groupe formé de 9 professionnels de disciplines différentes (gynécologues, pédiatres, assistante sociale, sage-femme) travaillant dans la même structure hospitalière dans le Brabant wallon.

Chaque groupe a été animé par un professionnel « psy » qui connaît bien le secteur, accompagné d’un script. La discussion semi-dirigée s’étayait sur un guide d’entretien spécifique pour les professionnels. (cf. annexe 1)

Pour les focus groups avec les mamans, nous avons d'entrée de jeu été confrontés à l'impossibilité de réunir des mamans dans la période de post-partum immédiat (< 3 mois). Si elles se montraient intéressées par la démarche, elles se désistaient à l'approche de la date fixée pour la réunion.

Nous avons tenté de prendre contact avec des mamans plus démunies fréquentant régulièrement une asbl qui entoure et sert de relais aux femmes enceintes et accouchées. L'obstacle de la langue constituait par ailleurs une autre difficulté.

Néanmoins, deux groupes ont pu être formés :

- un petit groupe de 4 mamans hospitalisées au sein d'une maternité bruxelloise (Erasme)
- un autre formé de 3 mères en lien avec l'asbl Alternative ayant accouché il y a plusieurs mois (>20 mois) plus une, qui était sortie de maternité un mois avant la rencontre. Ce dernier groupe réunissait des femmes très concernées par « l'environnement » de la naissance et appartenant à une asbl œuvrant dans le secteur.

Six autres femmes ont été contactées par téléphone. Ces femmes avaient été rencontrées précédemment dans le cadre d'interventions psychologiques autour de la grossesse ou de la naissance. Les six femmes contactées sont « représentatives » de milieux sociaux variés, y compris des mères en situation de grande vulnérabilité.

Le questionnement des mères individuellement ou dans les groupes, s'est fait à partir du guide d'entretien destiné aux parents (cf. annexe 2).

2.2 Guide d'entretien

Deux guides d'entretien ont été élaborés en vue des focus groupes.

Pour les professionnels de la santé, le guide d'entretien visait à explorer leurs perceptions quant :

- à l'évolution de la durée du séjour et de la prise en charge lors du séjour postnatal,
- au séjour à la maternité, la diffusion des informations et messages de prévention
- à la durée du séjour, le profil des mamans pour lesquelles un retour précoce à domicile serait éventuellement bénéfique et celui des mamans pour lesquelles il serait préjudiciable,
- à l'organisation des retours précoces à domicile (les acteurs concernés, les avantages pour les professionnels les difficultés pour établir rencontres, ...).

Pour les mamans, le guide d'entretien visait à explorer leurs perceptions quant :

- à l'évolution de la durée du séjour et de la prise en charge lors du séjour postnatal,
- à leur situation personnelle (durée de leur propre séjour à la maternité, critères ayant déterminé leur sortie, les avantages et inconvénients en lien avec leur séjour et les avantages et inconvénients en lien avec leur retour à la maison)
- aux critères qui, de manière plus générale, devraient être pris en compte pour déterminer la durée du séjour d'une maman, les avantages et inconvénients des sorties précoces, les acteurs qu'elles identifient pour accompagner le retour à domicile.

2.3 Analyses

Pour procéder à l'analyse, nous avons délimité différentes thématiques sur base des guides d'entretien ayant servi à structurer les interviews. Nous avons ensuite, thème par thème, commencé le relevé systématique des points évoqués en choisissant le groupe le plus prolixe sur le sujet. Ensuite en reprenant les contenus de chacun des autres groupes (ou des interviews individuels des mères), nous avons poursuivi le relevé des idées jusqu'à ce que toutes soient reprises, mais sans répéter les propos tels qu'énoncés exactement (car ils étaient très fortement similaires), si le concept qu'ils contenaient était déjà évoqué à travers les propos des précédents.

Dans le volet « professionnels », lors de l'animation des 3 premiers FG, nous avons très vite pu constater que certains thèmes (avantages et inconvénients d'une sortie précoce (SP), raisons qui justifient ou non la SP, conditions pour une SP bien sécurisée) menaient à « saturation » assez rapidement. Nous avons néanmoins maintenu le programme des FG tel que convenu initialement.

Sur les points cités plus haut dans la parenthèse nous n'avons obtenu que des propos redondants. Les aspects nouveaux concernaient essentiellement les particularités et difficultés organisationnelles du suivi à domicile.

La diversité des propos des mères est inférieure à celle révélée dans ceux des professionnels. Cela s'explique par le fait que ces derniers offrent des visions sur la question à partir de places (intra et extra hospitalières) et de préoccupations diversifiées, prenant une fois l'angle d'entrée du bébé, l'autre fois celui de la mère. Les modalités de jonctions entre l'hospitalier et l'extrahospitalier, ainsi que les articulations interdisciplinaires représentent aussi une préoccupation propre aux professionnels. Par contre, pour les mamans rencontrées de manière individuelle, l'absence de l'effet « brainstorming » propre aux focus-groups et des ressentis peut-être trop « évidents » par rapport aux thèmes abordés ont pu nuire à l'émergence de propos plus nuancés.

3 Résultats

3.1 Les professionnels de la santé

3.1.1 Evolution de la durée du séjour et de la prise en charge lors du séjour postnatal

Tous les professionnels rencontrés dans le cadre des focus groupes s'accordent pour reconnaître que la durée du séjour en maternité s'est réduite au fil des années. Cette réduction de la durée du séjour a été rendue possible notamment grâce à des améliorations techniques au niveau des soins (utilisation de fil résorbable pour les sutures, soins du cordon et du périnée moins laborieux), au niveau des moyens de communication (maintien d'un contact avec la patiente et meilleur suivi, la réalisation de certains tests après la sortie devient envisageable) et grâce à l'évolution des pratiques des professionnels qui encadrent la maman durant son séjour (transition entre des pratiques de « puériculture » vers un soutien au « maternage » où l'accent est mis sur l'autonomisation de la maman). Ces évolutions permettent également aux mamans de se sentir plus à l'aise pour demander à sortir plus tôt. Les professionnels de santé évoquent par ailleurs la pression financière à laquelle les hôpitaux sont soumis. À cet égard, des différences importantes peuvent exister entre les hôpitaux et engendrer des variations quant à la durée du séjour (Tableau 1).

Tableau 1. Perceptions des professionnels quant à l'évolution de la durée et la prise en charge du séjour postnatal.

<p><u>Groupe 1</u></p> <p>Il y a treize ans les femmes se plaignaient « c'est trop court le séjour en maternité ». On acceptait de prolonger d'un jour pour les primipares, (il y a 7 ans encore). Les c/s c'était J7.</p> <p>Il y a 30 ans c'était J10 pour les c/s et J7 pour les autres. Il faut dire que sans les moyens de communication actuels c'était très difficile, de plus les sutures se faisaient avec du fil non résorbable, les soins du cordon étaient plus laborieux, le Guthrie devait se faire avant la sortie car on ne récupérait pas le contact...</p> <p>L'autonomisation de mères est bien meilleure aujourd'hui : on était dans des pratiques de puériculture (au J1 on fait ça, au J2 on apprend cela,...) Actuellement, on est dans le soutien au maternage. On laisse faire d'emblée les mamans. On gagne en spontanéité. Il faut dire que c'est moins compliqué : les soins du périnée se sont considérablement allégés, pareil pour les soins du cordon, on donne le bain à 48h...) mais les femmes sortent en ayant souvent vu qu'un bain, qu'on leur laisse faire, alors qu'avant on le donnait à leur place.</p>
<p><u>Groupe 2</u></p> <p>Il y a 10 ans : 10J pour une c/s, 8j pour une primipare, 6j pour les autres.</p> <p>Depuis 7 ans la pression financière se fait sentir. Ou la pression par manque de place (gr6).</p> <p>Il y a des variations importantes d'un hôpital à l'autre ; si les choses ont changé en dix ans dans le sens d'une diminution des temps de séjour, elles sont différentes d'une structure à l'autre, certaines équipes ressentant plus que d'autres la pression financière.</p> <p>Il y a des variations importantes d'un hôpital à l'autre ; si les choses ont changé en dix ans dans le sens d'une diminution des temps de séjour, elles sont différentes d'une structure à l'autre, certaines équipes ressentant plus que d'autres la pression financière.</p> <p>Certaines mères demandent à rentrer plus vite chez elles aujourd'hui. Comme les séjours étaient plus longs avant, cette question n'apparaissait pas (elles restaient pour bénéficier de leur « toilette vulvaire » qui se faisait jusqu'au 7^{ème} j plusieurs fois sur 24h), à présent elles savent qu'il est possible de sortir plus tôt sans perdre les soins prévus (et largement diminués).</p>

3.1.2 Le séjour à la maternité

Lorsqu'ils évoquent le séjour à la maternité, les professionnels de santé décrivent de façon précise les différents besoins et difficultés que rencontrent les mamans et les bébés durant les premiers jours. Pour les mamans, les difficultés semblent se concentrer autour de l'allaitement et de la congestion. Pour les bébés, les professionnels évoquent la stabilisation du réflexe de succion et l'ictère.

Ils soulignent également que les besoins des mamans et des bébés varient en fonction de différents facteurs, notamment de l'inexpérience des mamans primipares. Par ailleurs, dans les hôpitaux qui prennent en charge des populations plus à risque, les durées de séjour seront vraisemblablement plus longues (Tableau 2).

Tableau 2. Description du séjour à la maternité par les professionnels de santé.

Groupe 5

Deux angles d'approche : le bébé et la maman.

Le réflexe de succion d'un bébé est (dans le cas d'une naissance normale) maximal quelques heures après sa sortie puis il peut chuter et seulement redémarrer à 48h de vie.

Les pertes de poids sont entre autres liées à leur plus ou moins bonne succion. C'est en général au j4 que le bébé recommence à grossir si tout se passe bien. La congestion de la maman arrivant au J3.

J3 est aussi le j où l'ictère (classique) est à son sommet.

Du côté des mères : Il faut être à J4 pour se dire ok « ça roule » du point de vue de l'allaitement et donc de la congestion, de ses capacités et de son autonomie.

Pour la femme :

J1= surveillance (risques hémorragiques, TA...) et douleurs, besoin d'être entourée, aide au démarrage de l'allaitement, contrôle de la succion du bébé

J2= beaucoup de questions à propos de l'allaitement

J3= le fameux jour de la congestion (où elles ne sont parfois pas bien du tout, fiévreuses, douloureuses, ...)

Les besoins sont probablement différents selon que l'hôpital draine une population de grossesses à risque ou pas. Du côté des bébés on peut avoir des tableaux de RCIU, de macrosomie, des bébés qui ont bu la tasse, ceux extraits par forceps, ventouse, ou nés par c/s...

Groupe 1

Le J3 est le pire pour les femmes, celui de la congestion, celui où elles doivent absolument être encadrées. Si retour précoce il faut qu'elles aient un professionnel à domicile au J3 (sinon risque de visites aux urgences).

Le bébé au J1 dort beaucoup, Il n'est pas toujours possible de commencer les mises au sein dans des conditions qui se rapprochent de ce qu'il sera un peu plus tard quand il sortira de sa *torpeur*.

Les primipares devraient sortir au J4, jamais au J3 sans encadrement spécifique.

Groupe 4

Si les femmes sortent au J3, jour de la congestion, il faut absolument une sage-femme à domicile, pas une TMS.

Les professionnels de santé soulignent par ailleurs que les informations qui doivent être transmises aux mamans durant leur séjour sont beaucoup trop nombreuses. Ces informations couvrent le champ des soins pour le bébé mais aussi celles relatives aux rendez-vous médicaux qui doivent être planifiés.

Le nombre excessif de ces informations induit la nécessité de les répéter pour éviter un risque d'oubli ou de mauvaise compréhension. Par ailleurs, les professionnels de santé dénoncent un manque de communication entre professionnels. Ce manque de relais entre professionnels engendre une perte de temps pour identifier les informations qui n'ont pas encore été transmises et débouche parfois sur une perte d'informations.

Enfin, la stratégie visant à réduire le séjour postnatal vient en contradiction avec les stratégies visant à renforcer l'autonomie de la maman et à favoriser le développement de la relation mère-enfant (Tableau 3).

Tableau 3. La diffusion des informations et messages de prévention.

Groupe 4

De façon générale les mères ont trop d'informations, sont bombardées d'infos. Elles oublient, sont saturées. Il faut les redire. S'assurer qu'elles aient bien compris ce qui leur a été dit. On ignore quels professionnels elles ont déjà rencontré et ce qui leur a été dit, expliqué. Nous devons donc nous assurer, en leur posant la question, de ce qu'elles savent déjà, de ce qu'elles ont compris/intégré et de ce qui reste à apprendre. Cela prend du temps.

Entre les professionnels il y a parfois des « trous ». On pense que cela a été dit ou que la maman a rencontré tel ou tel professionnel mais il n'en est rien-> risque de perte d'infos.

Groupe 2

Les infos sont de divers ordres : Conseils allaitement, surveillance du bébé

- Infos pratiques : bain, soins généraux et soins du cordon, t° chambre, aération, ...
- Rdv médicaux : pour le Guthrie, dépistage surdité, les contrôles qui s'imposent pour le bébé, la visite post-partum (la contraception).

Ils n'arrivent pas tous au moment où les parents sont réceptifs car il y a trop de messages, il faut les redire.

Groupe 5

Il y a une contradiction entre l'idée d'une sortie précoce et l'IHAB. Dans ce programme on postpose le bain par ex mais alors comment les mères peuvent-elles apprendre si on les fait sortir plus tôt ?

On insiste aussi auprès des m res pour qu'elles profitent de leur séjour en maternité pour apprendre à « connaître et adopter leur bébé » sans avoir la charge de tout ce qui les attend à la maison. Que fait-on de ce message si en même temps on les pousse dehors ?

3.1.3 Durée du séjour et retours précoces

Lorsqu'ils sont interrogés sur les critères qui déterminent la durée d'un séjour, le souhait de la patiente semble être le critère premier. C'est particulièrement le cas pour les mamans expérimentées (multipares), celles qui ressentent un grand inconfort durant leur séjour ou au contraire celles qui s'y sentent profondément plus en sécurité ou encore les mamans qui ont réfléchi à la durée de leur séjour dans le cadre d'un projet de naissance élaboré depuis la grossesse avec une sage-femme. Les professionnels évoquent également des critères en lien avec la santé du bébé (Tableau 4).

Tableau 4. Les critères déterminant la durée du séjour.

Critère premier : le souhait de la patiente, son choix (souvent les multipares sont demandeuses).

Autres critères :

Groupe 2

Recrudescence des ictères. Problème des cardiopathies non décelées in utéro.

Parfois elles « fuient » la maternité qu'elles vivent comme insupportable car bruyante (dorment mal), inconfortable, (bref une hôtellerie de mauvaise qualité), ou un espace où elles se sentent mises sous pression dans « l'accompagnement » à l'allaitement.

D'autres au contraire se raccrochent à la maternité comme à une bouée de sauvetage car elles sont terriblement insécurisées et ont besoin d'être cocoonées.

Groupe 5

Des mères préparent dans un projet de naissance bien préparé, bien pensé avec une sage-femme rencontrée pendant la grossesse, leur sortie précoce, tout est alors mis en place avant la naissance.

De manière implicite, les témoignages des professionnels quant aux retours précoces qui pourraient s'avérer bénéfiques recouvrent certains critères qui déterminent la durée du séjour. Ainsi, les retours précoces peuvent être considérés comme bénéfiques lorsqu'ils répondent à un souhait de la maman. Ils évoquent également d'autres critères liés à la qualité de l'entourage et du soutien que la maman trouvera une fois rentrée chez elle, sa capacité à se sentir à l'aise avec son bébé, à gérer son stress, voire pour certaines mamans, des critères en lien avec un manque de confort dans le service (Tableau 5).

Tableau 5. Profils des mamans pour lesquelles le retour précoce serait bénéfique.

Pour celles qui le souhaitent = premier critère !

Celles qui sont bien entourées en rentrant (aidées pour les repas, le ménage, disposant de titres service).

Celles qui dorment très mal à l'hôpital.

Celles qui sont capables d'être seule à la maison avec leur bébé et qui se sentent à l'aise avec lui (cela se sent très vite lorsqu'on rentre dans une chambre de maternité, disent les sages-femmes).

Groupe 2 et 6

Les femmes très autonomes qui savent bien gérer leur stress ;

Celles pour lesquelles on a la certitude qu'elles ne seront pas « lâchées dans la nature »

Groupe 3

Pour certaines femmes ne parlant pas le français et qui seront mieux chez elles.

Les témoignages des professionnels pour décrire les situations où le retour précoce à domicile serait préjudiciable sont beaucoup plus nombreux et se traduisent principalement en termes de vulnérabilité.

Les situations de vulnérabilité se déclinent de multiples façons au niveau de la maman (vulnérabilité économique, psychologique, situation d'isolement, grossesse multiple, âge, maîtrise du français, niveau d'instruction, attachement au bébé, confiance en soi, allaitement, les mamans multipares qui devront également s'occuper de leurs autres enfants, ...) ainsi qu'au niveau du bébé (prématuré, difficulté à prendre du poids, difficulté à téter, ...).

La distance géographique qui sépare le domicile de la maman de la consultation postnatale peut également constituer un obstacle et nuire à la qualité du suivi.

Notons également que le manque de maîtrise de la langue française est à la fois considéré comme un critère en faveur d'un retour précoce (considérant que la maman sera mieux parmi les siens) que comme un critère justifiant que ce retour précoce ne soit pas envisageable. Il semble en fait que ce soit davantage la qualité de l'entourage de la maman et/ou l'existence de représentations « erronées » en lien avec sa culture qui soient les critères déterminants (Tableau 6).

Tableau 6. Profils des mamans pour lesquelles le retour précoce serait préjudiciable.

Groupe 2

Pour les femmes et familles précarisées.

Pour certaines femmes ne parlant pas le français et qui se retrouvent paumées chez elles ou pour les femmes africaines qui ne font pas confiance en leur lait et qui passeraient vite au biberon si elles n'étaient pas soutenues (groupe 4).

Jeunes mères seules, ou jeunes qui retournent dans une famille très envahissante (groupe 3).

Grossesse multiple (groupe 4).

Femmes ayant eu une césarienne sous AG (il leur faut plus de temps pour assimiler ce qui s'est passé pour elles).

Les femmes seules.

Femmes plus âgées (souvent ayant obtenu leur grossesse par FIV) et qui sont très très insécurisées.

Les femmes susceptibles de présenter des troubles de l'attachement (en fonction de leur histoire passée).

Pour les situations de mort in utéro (sauf si elles demandent de rentrer chez elles).

Pour les situations de prématurité (proximité avec le bébé est nécessaire).

Les multipares qui seront directement à pied d'œuvre à la maison et donc n'auront pas l'occasion de se reposer

Les femmes qui doivent assurer l'accueil des visiteurs à la maison (qui devront préparer le café, les gâteaux, ...) parce que la pression sociale le veut ainsi.

Tableau 6. Profils des mamans pour lesquelles le retour précoce serait préjudiciable (suite).

Groupe 1

Les mamans qui présentent une congestion massive sans que vienne le lait, ou les allaitements totalement foireux.

Les mères avec bébés de petit poids et qui fatiguent très vite lorsqu'ils tètent. Bébés qui ne gardent pas leur température.

Les bébés qui ont des « coups de mou », qui ne parviennent pas à grossir 3 fois d'affilé.

Les moins de 37 semaines.

Si sortie précoce, rien ne permet de dire que passé le suivi à domicile (au-delà de J5 dans une situation dite normale) rien ne se passera (exemple : nouveau-né trouvé gravement déshydraté par un chaud été, sa mère le trouvait particulièrement sage et s'en réjouissait. La sage-femme avait proposé une visite supplémentaire J6 en raison de la fatigue de la maman. L'ONE n'avait pas encore pris le relais).

Pour les personnes peu instruites, il faut beaucoup de temps pour assimiler la masse d'infos reçues à la maternité. 3 jours ne suffisent pas.

Certaines mères se sentent poussées hors de la maternité. Elles vivent cela très mal. C'est souvent quand l'info au sujet de la durée du séjour n'a pas été clairement donnée ou qu'il y a tout à coup un overbooking.

Groupe 3

Dans le Luxembourg les distances sont grandes ; quand une consultation est prévue peu de temps après la sortie (et surtout si elle est précoce) le risque est de ne pas revoir des parents car le transport coûte cher et si l'hospitalisation est prise en charge par la mutuelle, les trajets ne le sont pas. Il y a donc de réelles augmentations des risques pour des bébés peu surveillés.

De plus, dans ces régions, il y a beaucoup de femmes très isolées qui ont suivi leur mari parce qu'il travaille au Grand-Duché et qui du coup se retrouvent très très seules. Le stress est plus perceptible chez elles et elles se rendent plus vite en pharmacie pour acheter du lait maternisé quand ça ne va pas trop bien.

3.1.4 Organisation des retours précoces à domicile

Les témoignages des professionnels quant aux acteurs qu'ils identifient comme nécessaires pour organiser les retours précoces à domicile sont intéressants à plusieurs niveaux. Tout d'abord, aucun de ces professionnels de la santé ne cite la maman qui compte pourtant parmi les acteurs principaux. Le deuxième point d'intérêt se trouve dans la diversité des acteurs identifiés (personnel de santé, TMS de l'O.N.E, aides-familiales, mutuelles et conjoint). Cette multiplicité implique par nature la nécessité de mettre en place une coordination et un relais de qualité entre les différents acteurs (Tableau 7). Il est possible que les questions telles qu'elles ont été posées aient biaisé en partie l'identification des acteurs et qu'elles aient favorisé la mise en évidence de cette multiplicité d'acteurs. Toutefois, elles ne peuvent à elles seules justifier l'absence de l'évocation de la maman surtout lorsqu'on considère que le retour précoce devrait se préparer dès le suivi prénatal.

Tableau 7. Les acteurs requis pour organiser les retours précoces à domicile.

<p><u>Groupe 1</u></p> <p>Les SF en libéral mais il n'y en a pas en suffisance s'il fallait accompagner toutes les femmes !!!</p> <p>Les TMS ONE mais rôle limité dans les cinq jours de suivi post-partum (elles ne peuvent pas assumer la totalité des tâches requises)</p> <p>Aides-familiales ayant quelques notions de puériculture et pouvant s'occuper d'un bébé (ce qui n'est pas le cas de tous les services)</p> <p>Aides-ménagères par titres services (surtout dans familles à plusieurs enfants)</p> <p>Mutuelles et leurs services (très insuffisamment connus !)</p> <p>Compagnons (mais parfois problèmes conjugaux tus jusqu'à la naissance et dévoilés après quand la femme prend peur pour son bébé->besoin de services spécialisés)</p> <p><u>Groupe 2</u></p> <p>Le médecin traitant.</p> <p>Le pédiatre.</p>

Les conditions qui devraient entourer un retour précoce à domicile pour que celui-ci se déroule de manière optimale sont nombreuses et renvoient à nouveau à la multiplicité des acteurs qui devraient être impliqués dans son encadrement. Ces conditions se déclinent à différents niveaux (Tableau 8) :

- La temporalité :
 - le bon déroulement d'un retour précoce à domicile tient à son anticipation au cours de la préparation à la naissance,
 - pour développer un suivi adapté aux besoins spécifiques des mamans.
- La qualité du soutien apporté par les professionnels :
 - psychologique : pour rassurer la femme dans son rôle de maman,
 - administratif : pour aider les parents à gérer les nombreux documents reçus et les démarches à entreprendre.
- La qualité des contacts transmis aux mamans pour mettre en place le suivi et le développement d'une relation de confiance entre la maman et les professionnels en charge de ce suivi.
- La coordination et la qualité de la transmission des informations entre les différents professionnels en charge du suivi et la définition précise des responsabilités de chacun pour assurer un suivi de qualité.

Tableau 8. Les conditions optimales autour du retour précoce à domicile.

Groupe 1

Une bonne préparation à la naissance ; cela permet à la femme d'avoir une bonne représentation de ce qui l'attend après et de se créer déjà son réseau pour le post-partum (continuité avec la SF en suivi à domicile, choix du pédiatre ou de la consultation ONE, ...).

Besoin de professionnels encourageants et valorisants. (Car toutes les mères se posent la question : « suis-je une bonne mère ? »)

Si une femme rentre au J3, jour difficile (cf. plus haut) il faut absolument qu'elle ait un relais ; mais cela ne suffit pas de donner un n° de tel. Beaucoup n'osent pas appeler (Voir éclairage par les théories de l'attachement NDLR). Elles ne connaissent pas nécessairement la sage-femme qui va assurer le suivi, elles ont peur de déranger ou d'appeler « pour des prunes ». Il est préférable que la SF appelle elle-même et fasse le lien. Mais attention il y a des erreurs de n° de tel et parfois de la sorte des personnes sont « perdues ». Les familles doivent impérativement avoir les n° de téléphone des professionnels à contacter. Elles ne font pas elles-mêmes les recherches de coordonnées.

Un autre souci fréquemment rencontré est celui des doubles visites ; lorsqu'un service de suivi à domicile est activé par l'hôpital et que les parents ont sollicité de leur côté une sage-femme également, sans être au courant de l'initiative de l'hôpital, ils se sentent tiraillés et mal à l'aise. Certains en arrivent même à refuser tout service.

Il n'est pas toujours simple de trouver la bonne temporalité : certaines femmes ont besoin de se poser chez elles avant d'avoir la visite de la sage-femme à leur domicile.

Nécessité de bien définir le rôle de chacun, et de savoir qui s'occupe de quoi lors d'un retour précoce, avec visite de contrôle prévue en hospitalier pour le bébé. Sinon risque d'omission ou de reproches mutuels entre professionnels (préjudiciables in fine aux parents et au bébé).

Tableau 8. Les conditions optimales autour du retour précoce à domicile (suite).

Besoin de fiches de liaison qui vont dans les deux sens (info aux SF qui doivent savoir s'il y a eu ventouse ou forceps, rachi, épisiotomie...->le suivi en dépendra, les raisons pour lesquelles le suivi est demandé, et dans l'autre sens les professionnels de l'hôpital doivent savoir ce que le suivi à domicile a apporté à la femme et les problèmes repérés). Devraient y figurer aussi, les professionnels rencontrés, les informations données (contraception par ex, et qui s'en occupe). Les parents reçoivent beaucoup de papiers en sortant de l'hôpital mais ne savent pas quelles infos y figurent. Souvent la SF à domicile aide à faire le tri (papier mutuelle, acte de naissance, consultation ONE, ...) Il est à remarquer que le carnet de l'ONE est fort peu utilisé comme moyen de transmission.

On perd beaucoup de neurones après un accouchement ; c'est donc aux professionnels de s'assurer que toutes les infos arrivent à bonne destination. La SF est souvent utilisée pour cela aussi (sans doute davantage dans les milieux précarisés).

La notion de « nursing intégré » est très favorable en visite à domicile.

Groupe 2 et 6

Un bon suivi à domicile est préférable qu'un suivi banal à l'hôpital. Si de plus il est anticipé lors de la préparation à la naissance avec une SF libérale cela peut être très profitable à la femme.

A la question portant sur la responsabilité ou la discipline la plus concernée par le retour précoce à domicile, les témoignages des professionnels sont nuancés. Au niveau de la discipline la plus concernée, certains citent les sages-femmes en tant qu'acteurs de première ligne auprès des mamans et de leur bébé alors qu'au niveau de la responsabilité, ils identifient plus spécialement le pédiatre. D'autres professionnels évoquent la question d'un possible risque de dilution de la responsabilité en cas de situation problématique (Tableau 9).

Tableau 9. La question de la responsabilité ou de la discipline la plus concernée par les retours précoces à domicile.

Groupe 1

Les SF sont les plus concernées car elles sont en toute première ligne auprès des mamans et de leur bébé une fois rentrés à domicile, et agissent seules sur le terrain. Pour ce qui est de la responsabilité par rapport à la sortie elle-même, c'est le pédiatre qui est le plus concerné.

Groupe 2

Les professionnels de ce groupe évoquent le pédiatre.

Groupe 5

Dans le groupe 5, il est question d'un possible risque de dilution de responsabilités si un bébé a besoin de surveillance. Qui est alors le professionnel qui porte la situation ? La TMS, la sage-femme ? le pédiatre qui n'est plus là ?

Les retours précoces ne présentent aucun avantage pour les professionnels de santé mais ils présentent de nombreux inconvénients. En effet, la réduction de la durée du séjour entraîne une augmentation du nombre de patientes et donc une charge administrative accrue. Les retours précoces augmentent également les difficultés pour assurer la mise en place des relais à l'extérieur. Enfin, le nombre d'informations transmises aux parents durant le séjour est important et les diffuser sur une période plus courte nuit à la qualité de la communication et ne permet pas de s'assurer qu'elles ont été bien comprises. Seules les T.M.S. envisagent que le retour précoce à domicile peut offrir l'avantage d'une évaluation plus rapide de la qualité de l'environnement familial au travers des visites à domicile (Tableau 10).

Tableau 10. Avantages du retour précoce à domicile (RPD) pour les professionnels de santé

Groupe 2

Pour les professionnels de l'hôpital, il n'y a strictement aucun avantage à la formule ! (Gr 4,5,6)

-> moins de temps auprès des patientes (il faut diffuser les messages beaucoup plus vite, on a moins le temps de s'assurer que les choses sont comprises).

Beaucoup plus de charge administrative (+ de patientes = + d'encodages) y compris organiser les relais à l'extérieur.

Les TMS du groupe 5 parlent de maltraitance des sages-femmes hospitalières si elles n'ont plus qu'à gérer des J1 et J2 : que de paperasse, que de répétitions rapides de messages toujours les mêmes !

D'un point de vue humain, aucun avantage ni pour les mamans ni pour les soignants. Risque d'un désinvestissement : on se débarrasse du problème sans veiller à suffisance que de bons relais soient placés. Et puis comment savoir si les relais sont bons ?

Attention aux jeunes SF à domicile, sans encore suffisamment d'expérience (elle s'acquiert au contact des autres professionnels au cours d'un écolage par l'équipe). Les jeunes « un peu trop sûres d'elles (celles qui n'ont pas toujours les compétences à la hauteur de leur cran) pourraient-elles faire face à des situations limites ? Il serait utile d'organiser des supervisions pour les jeunes qui n'ont pas appris le métier à l'hôpital.

Groupe 5

Les TMS estiment que le RPD peut présenter un avantage pour les professionnels qui se rendent compte de l'environnement des familles grâce aux visites à domicile.

Ce qui frappe le plus dans les témoignages des professionnels de santé sur les difficultés qu'ils peuvent rencontrer pour établir les relais et la continuité des soins en postnatal, ce sont les nombreux éléments liés aux relations difficiles qu'ils entretiennent entre eux. Ces difficultés semblent relever pour une grande part des représentations relativement négatives qu'ils ont les uns des autres, d'un sentiment de non-reconnaissance de leurs compétences, de mise en concurrence et d'un manque de communication entre eux. Ces témoignages à eux seuls illustrent toute la difficulté de mettre en place un programme de suivi coordonné.

D'autres éléments apportés par les professionnels de la santé relèvent

- de l'ambiguïté des messages transmis aux parents (« ne sortez pas de la maison avec votre bébé » et en même temps « veuillez vous présenter avec votre bébé à la consultation » ; « vous pouvez sortir de la maternité » en général traduit par « tout va bien » et en même temps « veuillez vous présenter à la consultation tel jour »),
- de la disponibilité des professionnels de santé (notamment les week-ends et jours fériés),
- des problèmes de financement des sages-femmes avec le CPAS,
- du manque de sages-femmes dans les structures qui prennent en charge des femmes plus vulnérables,
- des difficultés d'accès au domicile des mamans (densité de la circulation, parking, ...) ou d'accès aux consultations pour les mamans.

Tableau 11. Les difficultés éventuellement rencontrées par les professionnels dans l'établissement des relais et la continuité des soins avec l'extrahospitalier.

Groupe 1

Les services hospitaliers ne connaissent pas bien les services de SF à domicile-> ils ne savent pas à quelles compétences ils peuvent faire appel ; cette question est encore plus sensible entre pédiatres et SF à domicile (il y a très peu de représentations claires et précises de ce qu'une SF peut faire en matière de surveillance du nourrisson).

Souvent, les pédiatres inquiets face à la fragilité d'un bébé souhaitent rapidement le revoir après la sortie. Un rdv est fixé à l'hôpital quelques jours plus tard mais les parents se sentent coincés car il leur est en même temps conseillé de ne pas sortir le bébé vu sa fragilité. Souvent également ils ne disposent pas de véhicule pour se rendre à la visite. Parfois ils hésitent en raison du prix de la consultation.

Les enfants dont le taux de bilirubine est élevé doivent être contrôlés rapidement après sortie surtout si celle-ci est précoce. Il est difficile de remobiliser les parents pour une consultation hospitalière et peu de parents comprennent ce que cela représente pour leur enfant. S'ils ont le « billet de sortie », c'est que tout va bien.

En extrahospitalier, les liens et relais SF/ONE ne sont pas simples. Les TMS ont très peur que les SF prennent leur boulot. De plus, le temps qu'une TMS peut accorder à une famille est très court.

Les SF attendent parfois le relais de l'ONE dans les situations fragiles mais l'ONE n'est pas toujours avertie du retour de la maman à la maison. L'ONE ne travaillant pas les w-e et jours fériés, il y a des « vides » parfois dangereux.

Tableau 11. Les difficultés éventuellement rencontrées par les professionnels dans l'établissement des relais et la continuité des soins avec l'extrahospitalier (suite).

Il est parfois difficile de faire entendre à l'ONE qu'un accompagnement un peu serré est nécessaire. Très vite la TMS y voit un danger ou un risque majeur et souhaite des protections supplémentaires pour elle-même. On perd alors la notion de protection d'une dyade mère enfant un peu fragile au profit de la notion de «surveillance d'une situation à risque » avec tout l'arsenal prévu à l'ONE (mobilisation de la conseillère en maltraitance par ex).

Lorsqu'une femme présente un problème de cicatrice (infection) il est très difficile de contacter son gynécologue (si pas impossible : le secrétariat ne prend pas au sérieux l'appel de la SF. La perte de temps au téléphone est énorme (on a droit à de longs concertos musicaux alors que le temps est compté) et lorsque le contact ne peut s'établir on ne peut pas toujours compter sur le médecin traitant car la plupart sont peu à l'aise avec ces situations. Il faudrait donc une procédure particulière par hôpital (comment appeler et à quel n° pour être plus efficace) pour les situations problèmes mères et bébés. Autre ressource serait un « dispensaire gynéco » (comme à XL).

Notre crédibilité de SF est trop souvent remise en question lorsque nous faisons appel parce que nous sommes face à un problème. Si nous avons de lourdes responsabilités, nous devons avoir des interlocuteurs confiants dans nos évaluations. Sans quoi la solitude est pénible.

Dans les milieux très précarisés le paiement des SF ne suit pas (les CPAS ne paient pas-> certaines SF redoutent de travailler gratuitement).

Les AMU peuvent être accompagnées en maisons médicales si celles-ci pratiquent le forfait mais il y a peu de SF dans de telles structures.

Les relais par l'ONE se font souvent trop tardivement et les compétences des TMS ne sont pas celles des SF (ex les TMS ne prennent pas en charge les bébés jaunes ni les épisiotomies) -> un certain nombre de femmes laissées pour compte.

Groupe 2

A Bruxelles, l'organisation du suivi à domicile pose de plus en plus problème en raison de la densité de circulation. On perd beaucoup de temps en trajet, le parking est impossible dans certaines communes (XL) et le coût de celui-ci est exorbitant. (Il deviendra bientôt impossible d'assurer ce service aux femmes tant le coût sera élevé).

Tableau 11. Les difficultés éventuellement rencontrées par les professionnels dans l'établissement des relais et la continuité des soins avec l'extrahospitalier (suite).

Groupe 4

Le relais hôpital TMS n'est pas toujours pareillement organisé ; si période de w-e ou congé ça ne suit pas toujours rapidement. Les TMS agissent plutôt en temps 2 pour des questions d'allaitement pour l'essentiel. S'il y a urgence alors cela passe plus par le tel que par la fiche de liaison. Parfois si problème, les TMS sont contactées par les SF qui vont à domicile ; mais il y a beaucoup de temps partiels chez les TMS et donc un risque de nombreux « battements ».

Quand les TMS se rendent à domicile, elles voient des mamans qui continuent à fonctionner comme à l'hôpital (ex : prendre la t° du bébé à chaque change). Nous devons souvent rectifier et nous sentons les femmes perdues parce que nos conseils sont différents de ceux des professionnels de l'hôpital.

Nous nous rendons compte comme TMS que les mères ne nous parlent jamais des visites de la SF à leur domicile. Si nous ne leur posons pas de question, on ne sait rien de ce qui s'est échangé entre les mères et les SF. Parfois aussi notre visite entre en concurrence avec la consultation chez le pédiatre au J7, 8,9 ou 10. Les parents ne savent que faire ou préfèrent, s'ils ne disposent pas de véhicule, le passage de l'ONE.

Il serait utile de pouvoir assister à des formations en commun avec les professionnels de l'hôpital pour nous mélanger et mieux nous connaître mutuellement, disent les TMS.

3.2 Les mamans

3.2.1 Evolution de la durée du séjour à la maternité

Tout comme les professionnels de la santé, les mamans s'accordent pour reconnaître que la durée du séjour à la maternité a été réduite au fil des années (Tableau 12).

Tableau 12. Perceptions des professionnels quant à l'évolution de la durée du séjour à la maternité.

Il y a une réduction des temps de séjour par rapport à avant, mais quatre jours c'est assez. On sait que l'on peut demander une prolongation si nécessaire.

Avant les séjours étaient plus longs mais les besoins des femmes sont très personnels par rapport à cela, des multipares estiment que la maternité leur fait du bien, elles sont loin de la pagaille familiale ; d'autres demandent à retrouver au plus vite leur famille.

Oui, nos mères restaient 7 ou 8 jours.

3.2.2 Le séjour à la maternité

Les témoignages des mamans quant au séjour à la maternité sont très différents de ceux des professionnels de la santé. Ces derniers s'inscrivaient dans une approche essentiellement médicale en relevant les besoins et difficultés rencontrés chaque jour pour le bébé et la maman. Ici, les mamans font davantage référence au besoin d'être sécurisées, encadrées par des professionnels pour la surveillance de la santé de leur bébé et dans l'apprentissage de leur rôle de maman. Néanmoins, l'indisponibilité de certains professionnels de santé durant le week-end est parfois évoquée et questionne le suivi de la santé du bébé durant ses premiers jours de vie.

Par ailleurs, la dualité qui oppose ce besoin de sécurité à l'envie de rentrer à la maison est également mise en évidence. Enfin certaines mamans témoignent d'inconvénients durant le séjour, principalement le manque d'intimité et un sentiment de va-et-vient dans la chambre (Tableau 13).

Tableau 13. Le séjour à la maternité et la durée de celui-ci.

La maternité= la sécurité, on n'est pas seul, il y a des personnes auxquelles se référer en cas de doute. Le bébé est surveillé par des professionnels.

Quatre jours c'est juste assez pour apprendre à soigner son bébé.

On sait qu'on a besoin d'être entouré par des professionnels, ça rassure, et on souhaite en même temps être chez soi.

On a les conseils à portée de main en maternité. Ça rassure.

On est chouchoutée. Les sages-femmes sont généreuses, attentives et impliquées.

L'intendance est prise en charge, on peut donc découvrir son petit sans devoir s'occuper du réel.

On n'est pas dans son cocon, ses habitudes. Il y a beaucoup d'allées et venues en chambre ; pas toujours des gens indispensables (kiné par exemple ou l'O.N.E.).

On manque d'intimité (surtout en chambre double). Envie de se reposer chez soi où on est plus à l'aise, plus au calme.

Les pères ne peuvent rester la nuit, pourtant on en a besoin.

On peut se poser la question de la « surveillance ». On reste en maternité pour avoir en principe un regard plus ou moins continu des professionnels sur l'enfant les premiers jours, mais le w-e il n'y a pas de visite de pédiatre ; alors où est l'indispensable ?

Lorsque les mamans se positionnent par rapport aux informations reçues durant leur séjour à la maternité, plusieurs éléments ressortent de leurs témoignages (Tableau 14) :

- Une quantité trop importante d'informations ;
- Une divergence dans les informations en fonction du professionnel de santé ;
- Une difficulté d'intégrer des informations qui ne prendront sens qu'au moment où les mamans seront confrontées aux difficultés dans la pratique.

Tableau 14. La diffusion des informations et messages de prévention.

On reçoit trop d'informations à la maternité, souvent les questions viennent un peu plus tard avec la « pratique ».

C'est moins dans les brochures que dans un contact direct qu'on apprend et retient l'information.

Pour n'importe quoi, quand on reçoit une réponse à une question que l'on n'a pas posée, ça ne passe pas, l'info est inutile.

On a beau avoir tout lu sur l'allaitement, c'est en pratiquant qu'on se rend compte de quelles infos on a besoin.

On reçoit des avis différents selon les soignants, pas facile de s'y retrouver.

3.2.3 Durée du séjour

A la question portant sur les critères qui devraient déterminer la durée du séjour, les témoignages des mamans rejoignent ceux des professionnels de santé. En effet, leurs témoignages soulignent le caractère individuel de chaque situation qui fait de la maman la personne la plus à même de déterminer la durée de son séjour. Les mamans mettent également en avant des critères relatifs à la santé du bébé et de la maman, à la relation mère-enfant et pour certaines, des facteurs d'inconfort tels que le sentiment d'être jugée par les professionnels ou de ne pas se sentir à l'aise à la maternité (Tableau 15).

Tableau 15. Les critères déterminant la durée du séjour.

Rem : les femmes répondent en posant la question :

Le poids du bébé ? La santé du bébé ? L'état de la mère ? Son état psychologique ? Si le personnel voit que la mère s'adapte bien à son bébé...

Il faut poser la question aux femmes, c'est elles qui savent ou non si elles sont prêtes à sortir. C'est pas pareil pour tout le monde !

Parfois on se sent jugée par les professionnels alors le mieux c'est qu'on sorte tout de suite. On sent bien qu'on nous examine pour voir si on est des bonnes mères.

On peut étouffer à l'hôpital, alors il vaut mieux partir au plus vite.

J'ai la sensation d'avoir décidé moi-même de ma sortie.

Les témoignages des mamans quant aux désavantages liés au retour à la maison font surtout état d'un sentiment de solitude et d'insécurité par rapport au séjour à la maternité. Parmi les avantages du retour à la maison, les mamans se réfèrent essentiellement à des facteurs liés au confort (qualité de la literie, de la nourriture), au plaisir de retrouver son entourage proche et son autonomie (Tableau 16).

Tableau 16. Le retour à la maison : avantages et inconvénients

Quand on est « novice », il faut un peu de temps pour se sentir en sécurité.

Le retour à la maison correspond au baby blues, ça fait alors très peur de virer en dépression.

Quand on n'est pas sûre de soi pour l'allaitement, on se sent très très seule.

On est perdue, seule chez soi et on a besoin d'être si entourée !

La reprise du travail du compagnon fait qu'on se retrouve hyper seule.

Il n'y a pas d'avantages pour la femme de rentrer plus vite à la maison.

Il faut faire attention parce qu'on fait parfois la forte, on se sent capable de tout assumer et on veut le prouver, mais on craque, et alors à la maison il n'y a plus personne pour vous ramasser.

Chez soi il fait plus calme, on dort mieux, on est dans « ses meubles », le lit est meilleur et quand on en a un, on a son homme à ses côtés.

On peut mieux gérer les entrées sorties, visites etc...

On peut retrouver son indépendance.

Une femme souligne que les pères sont perdus sans leur femme. Ils ne dorment pas bien.

On n'est pas emmerdée par des gens qui vous font des remarques et on bouffe autre chose que ces repas « dégueu »

3.2.4 Organisation des retours à domicile

Enfin, lorsque les mamans évoquent les facteurs facilitant le retour à domicile, différents éléments ressortent de leurs témoignages (Tableau 17) :

- Le bon état de santé du bébé et de la maman (un accent particulier est mis sur les épisiotomies qui restent invalidantes pour les mamans) ;
- L'environnement familial lorsqu'il est soutenant
- La nécessité d'inscrire la planification du retour à domicile dès la grossesse offre un double avantage :
 - Identifier et choisir préalablement les acteurs professionnels qui pourront accompagner les mamans une fois rentrées chez elles ;
 - Créer une relation de confiance avec les professionnels qui interviennent dès la grossesse et continuent l'accompagnement après l'accouchement.
- La disponibilité plus grande de ressources professionnelles (personnel ou centrale téléphonique) vers lesquelles les mamans pourraient se tourner en cas de difficulté.

Tableau 17. Facteurs facilitant le retour à domicile.

Besoin de ne pas être prise au dépourvu.

Avoir une famille aidante (NDLR : beaucoup de commentaires sur les familles : elles sont parfois bien aidantes mais trop envahissantes, elles apportent des conseils contradictoires et cela peut vite apporter des tensions, les compagnons ne sont pas toujours en phase avec la famille des mères, il y a de fortes attentes mais souvent beaucoup de déceptions, ...).

Avoir eu un accouchement facile et un bébé en forme.

Avoir son bébé ; c'est affreux de sortir de maternité avec un bébé qui reste hospitalisé !

Etre en bonne forme physique et psychologique (NDLR : Nombreux commentaires sur les épisiotomies, qui restent très invalidantes pour les femmes une fois rentrées à la maison).

Avoir sa « trousse de sécurité ». C'est dommage que les professionnels ne posent pas la question aux parents de façon systématique : « avez-vous votre pédiatre, votre sage-femme à domicile, une aide familiale, savez-vous vers qui vous vous tournerez si ça ne va pas ? ». On a aussi besoin de gens qui ne sont pas coincés par des horaires.

Une centrale téléphonique « aide à l'allaitement » disponible 24h/24.

Avoir une maman bis.

Avoir une sage-femme, mais la sage-femme à domicile n'est pas nécessairement là quand on en a besoin.

On est plus en sécurité quand on a auprès de soi un professionnel que l'on connaît déjà. En somme cela doit se préparer avant, pendant la grossesse

Avoir une sage-femme qui s'est déjà occupée de vous à la maternité et qui poursuit le suivi à la maison.

Tableau 17. Facteurs facilitant le retour à domicile (suite).

Quand j'ai appris que je pouvais avoir une sage- femme à domicile, ça a provoqué chez moi un sentiment d'apaisement. Il faudrait une sage-femme 2 ou 3 heures auprès de soi pour être sûre qu'on s'occupe bien du bébé.

J'étais rassurée par le passage de l'infirmière de l'ONE dont on m'avait parlé à la maternité mais elle n'est jamais venue.

Avoir anticipé les choses, c'est-à-dire pendant la grossesse avoir eu un lien privilégié avec les personnes qu'on retrouvera après. De plus, rencontrer une sage- femme avant la naissance pousse à se poser des questions auxquelles on ne penserait pas.

Quand on met autour de soi des gens qu'on a choisis, les apports de ces gens sont « à priori positifs ». Ça crée alors un réseau cohérent. Le choix permet de sélectionner le réseau.

NDLR : Au cours des entretiens, il a été très difficile de ramener le projecteur sur la « sortie précoce ». Il semblerait que pour les femmes c'est moins le délai de sortie qui les préoccupe, que la qualité des appuis qu'elles trouveront une fois rentrées chez elles.

Enfin, à la fin des interviews, deux affirmations étaient proposées tant aux professionnels de santé qu'aux mamans, la question étant de savoir laquelle leur convenait le mieux :

1. Puisque l'Etat nous contraint à réduire la durée du séjour pour faire des économies, il est important de mettre en place des structures efficaces pour encadrer le retour à domicile.
2. Puisque les femmes vont avoir la chance de rentrer plus rapidement chez elles, il est important de mettre en place des structures efficaces pour encadrer le retour à domicile.

Tant les professionnels interrogés que les mamans ont choisi la première proposition (puisque l'Etat nous contraint...). Certains professionnels ont par ailleurs terminé la phrase en ajoutant : « alors tentons d'organiser au mieux le dispositif pour que les femmes n'en souffrent pas »

4 Discussion et réflexion théorique

Il ressort des témoignages que tant les professionnels que les mamans identifient ces dernières comme les mieux à même de déterminer pour elles-mêmes le temps d'hospitalisation nécessaire après une naissance, temps qui puisse leur permettre de sortir avec un sentiment de sécurité.

Si les femmes sont prévenues, donc non prises au dépourvu, elles peuvent assumer un retour après trois jours pour un accouchement eutocique et cinq pour une césarienne. C'est le manque d'anticipation qui rend les choses difficiles ou insécurisantes. Le retour devrait se préparer dès la grossesse en organisant avec chaque femme « sa trousse de sécurité » personnalisée, faite de contacts anténatals avec le pédiatre, la sage-femme, la TMS ONE, parfois l'aide-familiale ... qui seront les référents et les ressources une fois le bébé arrivé.

Les mères très inquiètes, mal physiquement, ou ayant un bébé qui présente des gros problèmes d'alimentation (pas de prise de poids durant trois tétées d'affilé) ou d'hypotonie (ne nécessitant néanmoins pas de prise en charge en service néonatal) devraient pouvoir demander une prolongation de séjour si elles ne se sentent pas à l'aise pour rentrer chez elles.

Professionnels et mères s'accordent à dire :

- Que la maternité est un lieu qui apparaît soit comme rassurant, « cocoonant » et aidant ; soit à l'inverse comme contraignant, inconfortable, et où l'intimité fait défaut. Il est dès lors préférable dans ce deuxième cas de figure, d'organiser de bonnes conditions d'accompagnement d'un retour précoce.
- Qu'un accouchement qui s'est bien passé et un bébé qui boit bien, invitent à une sortie rapide car la confiance est là.
- Que les douleurs et stress post césariennes et les épisiotomies invalidantes représentent, pour les mères, un obstacle à un retour précoce à domicile. Comme les prises de poids insuffisantes, les jaunisses, et les hypotonies des bébés constituent des arguments contre le retour précoce à domicile, car elles procurent de réelles peurs pour les parents.
- Que connaître anticipativement les professionnels de l'extrahospitalier est aidant tant pour ces derniers que pour les parents. Encore faut-il bien savoir et organiser les modalités de contacts et d'articulations des différents professionnels (hospitaliers et extrahospitaliers) entre eux.
- Que les réponses à des questions non posées, sont des informations perdues. (Les mères en reçoivent beaucoup trop et les professionnels perdent beaucoup de temps en en dispensant inutilement.) Que c'est en « pratiquant » que les parents ressentent le besoin d'informations ou de conseils particuliers. Que « bien faire passer des messages préventifs » implique de les amener au moment où les parents en ont besoin, donc dans un temps déployé.

Enfin, qu'être bien entouré est une nécessité si un retour précoce est envisagé. Mais cette notion fait appel à des représentations variables dans les discours des uns et des autres. L'entourage est autant constitué du seul « mari » ou compagnon, que des familles (parfois juste une mère ou bien toute une « tribu »), des amis ou des professionnels.

Enfin, parents et professionnels s'accordent également à dire :

« Puisque l'état nous contraint à réduire la durée de séjour pour faire des économies, il est important de mettre en place des structures efficaces pour encadrer le retour à domicile. »

Par ailleurs, il est précieux ici de rajouter une réflexion plus théorique sur la notion d'entourage et surtout de capacité des mères à s'appuyer sur cet entourage.

Selon les recherches faites sur base des théories de l'attachement, on repère dans la population générale 60°/° de gens présentant un attachement dit « sécure » contre 30°/° présentant un attachement de type « insécure ». (Voir « l'attachement, un lien vital », Nicole Guedeney temps d'arrêt, ed. Fabert , pg 24,25)

Les premiers ont appris, et disposent de la capacité à demander de l'aide, à faire appel, à solliciter des compétences extérieures si des difficultés relatives à l'enfant, à soi-même ou à la relation entre les deux surgissent.

Les personnes présentant un attachement « insécure » ont, en cas d'embarras, soit une propension à se « débrouiller » par elles-mêmes, parfois au risque d'arriver à une situation d'impasse ou de danger avéré, (« attachement insécure évitant »); soit présentent caricaturalement leur insécurité en s'accrochant compulsivement aux professionnels, répétant inlassablement leurs demandes de réassurance et de conseils, épuisant leur entourage par leur adhésivité et leur manque de confiance dans les personnes (professionnelles ou non professionnelles) qu'elles sollicitent.

Ce sont les parents présentant un attachement de type insécure qui risquent le plus de développer des troubles de l'attachement et qui dès lors mériteraient d'être sujet d'une attention bien ajustée de la part des professionnels. Si cette population est précisément celle qui inquiète ces derniers, il ne s'agit pas d'organiser une « surveillance » mais plutôt un accompagnement autour d'eux et avec eux dès la grossesse. La compliance à l'aide étant à cette période nettement plus grande et plus souple qu'une fois l'enfant né. Dès la naissance, les mères, surtout si elles se ressentent en difficulté et peu compétentes, tentent à cacher ce qu'elles vivent puisqu'elles se jugent « mauvaises mères ». L'accès à la diade mère/bébé est alors beaucoup plus incertain et difficile.

Voilà la raison pour laquelle professionnels comme parents s'accordent intuitivement à dire que le réseau postnatal, celui que peuvent solliciter les parents en cas de besoins, doit se tisser dès avant la naissance. Vrai gage d'une prévention efficiente.

5 Annexes

Annexe 1

Guide d'entretien

Focus groupes soignants : obstétriciens - sages-femmes - pédiatres – TMS

A. Question d'ouverture

- « Avez-vous observé au cours de votre carrière une évolution de la durée et de la prise en charge du séjour postnatal ? »

B. Séjour à la maternité

- Quels sont les besoins et spécificités d'un j1, j2, j3, j4... ?
- Idéalement, combien de temps nécessaire pour diffuser les messages de prévention (Allaitement maternel, rééducation périnéale, vaccination, dépistage surdité....) ?

C. Durée du séjour

- Critères pour déterminer la durée du séjour et ordre de priorité des critères ?
- Durée optimale du séjour? pour une primipare, une multipare ? pour une césarienne, pour une voie basse ? si allaitement ou pas ?

D. Sortie avant que l'enfant ait 72 heures

- Pour quel(s) profil(s) de patientes le retour avant que l'enfant ait 72 heures pourrait être bénéfique ?
- Pour quel(s) profil(s) de patientes un séjour de 3 jours pourrait être préjudiciable?

E. Organisation

- A quels acteurs pensez- vous spontanément lorsque vous envisagez le retour d'une mère et son bébé avant qu'il n'ait 72 heures ? De santé ? d'aide logistique ?
- Quels sont les attentes des soignants par rapport aux services proposés après le retour à domicile ?
- Quelles pourraient être les difficultés dans l'établissement des relais et de la continuité des soins, avec l'extrahospitalier ?
- En termes de « responsabilités » quelle est d'après vous la discipline la plus concernée par le retour à la maison avant que l'enfant ait 72 heures ?
- Du point de vue des soignants quels sont les avantages et les inconvénients d'un retour avant que l'enfant ait 72 heures ?

Voici deux affirmations, laquelle vous convient le plus ?

1. Puisque l'Etat nous contraint à réduire la durée du séjour pour faire des économies, il est important de mettre en place des structures efficaces pour encadrer le retour à domicile ?
2. Puisque les femmes vont avoir la chance de rentrer plus rapidement chez elles, il est important de mettre en place des structures efficaces pour encadrer le retour à domicile

Guide d'entretien

Focus groupes parents

A. Question d'ouverture

- « Par rapport à ce que vous ont raconté vos parents et votre entourage, pensez-vous qu'il y ait eu une évolution de la durée et de la prise en charge du séjour postnatal ? »

B. Situation de la maman

- Que pensez-vous de la durée de votre séjour à la maternité ? (idéal, trop court, trop long) Justifiez
- Selon vous, quels sont les critères qui ont déterminé votre sortie de la maternité ? Qu'en pensez-vous ?
- Quels sont les aspects de la vie à la maternité qui vous ont dérangé ?
- Quels sont les aspects de la vie à la maternité qui vous ont plu ?
- A votre retour à domicile, quels sont les aspects de la vie à la maison qui vous ont dérangé ?
- A votre retour à domicile, quels sont les aspects de la vie à la maison qui vous ont plu ?

C. Avis plus général

- Quels sont les critères qui devraient déterminer la sortie de la mère et de l'enfant de la maternité ?
- Quels sont les critères pour qu'une sortie avant que l'enfant ait 72 heures se passe dans les meilleures conditions ?
- Et à l'inverse quels sont les critères pour prolonger le séjour à la maternité ?
- Quels sont les avantages d'une sortie avant que l'enfant ait 72 heures ?
- Quels pourraient être les inconvénients d'une sortie avant que l'enfant ait 72 heures ?
- Beaucoup de messages sont transmis autour d'une naissance. Est-ce pareil si ceux-ci le sont à la maternité ou à domicile ?
- A quels professionnels pensez-vous comme ressources et aide une fois rentrés à la maison ? Soins et logistique
- Est-ce davantage nécessaire pour les mamans ou pour les bébés ?
- Est-ce nécessaire de les connaître avant le retour à la maison ?

Voici deux affirmations, laquelle vous convient le plus ?

- Puisque l'Etat nous contraint à réduire la durée du séjour pour faire des économies, il est important de mettre en place des structures efficaces pour encadrer le retour à domicile ?
- Puisque les femmes vont avoir la chance de rentrer plus rapidement chez elles, il est important de mettre en place des structures efficaces pour encadrer le retour à domicile

III.3 : La situation en matière de sorties précoces et d'organisation du suivi postnatal telle que décrite par les maternités en 2012-2013

N. Moreau⁽¹⁾, M. Ruttiens⁽¹⁾, S. Alexander⁽¹⁾

(1) Ecole de Santé Publique de l'ULB

Juin 2013

Table des matières

<u>1</u>	<u>INTRODUCTION</u>	<u>92</u>
<u>2</u>	<u>METHODOLOGIE</u>	<u>92</u>
2.1	VARIABLES	93
2.2	ANALYSES	93
<u>3</u>	<u>RÉSULTATS</u>	<u>94</u>
3.1	DESCRIPTION DES MATERNITÉS	94
3.2	LES SORTIES PRÉCOCES	96
3.3	PROCÉDURE STRUCTURÉE	97
3.4	ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE PAR LES SAGES-FEMMES	99
3.5	PLANIFICATION DU RETOUR PRÉCOCE À DOMICILE	100
3.5.1	DURANT LA PÉRIODE PRÉNATALE	102
3.5.2	RETOUR PRÉCOCE À L'INITIATIVE DE LA PATIENTE DURANT LE POST-PARTUM	104
3.5.3	RETOUR PRÉCOCE À L'INITIATIVE DE LA MATERNITÉ DURANT LE POST-PARTUM	109
3.6	SAGE-FEMME À DOMICILE	112
3.6.1	CRITÈRES DE CHOIX	112
3.6.2	AUTRES MOTIFS DE RECOURS	114
3.7	DIFFICULTÉS POUR ORGANISER LES RETOURS PRÉCOCES À DOMICILE	115
3.8	RETOURS NÉGATIFS DES PÉDIATRES ET DES GYNÉCOLOGUES	116
3.9	LES FEMMES VULNÉRABLES	118
3.9.1	L'ACCÈS AUX VISITES DES SAGES-FEMMES À DOMICILE	118
3.9.2	L'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE	118
3.10	PISTES EN VUE D'AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE DES SORTIES PRÉCOCES POUR LES PATIENTES N'AYANT PAS ACCÈS AUX VISITES DES SAGES-FEMMES À DOMICILE	121
	<u>CONCLUSION</u>	<u>123</u>
<u>4</u>	<u>ANNEXE 1</u>	<u>124</u>

1 Introduction

L'objectif de cette enquête était d'inviter les responsables des maternités à décrire la position actuelle de leur structure en matière de sorties précoces tant au niveau de leur fréquence que de leur organisation et leur articulation avec la mise en place du suivi postnatal.

2 Méthodologie

Un questionnaire a été élaboré afin de décrire dans quelle mesure les maternités favorisaient les sorties précoces et dans quelle mesure elles disposaient éventuellement d'une procédure structurée pour l'accompagnement à domicile de ces sorties précoces par une sage-femme (annexe 1). Nous avons également voulu documenter le statut des sages-femmes auxquelles les maternités avaient recours pour assurer le suivi à domicile, les modalités mises en place au niveau de la maternité pour organiser les sorties précoces et pour assurer la transmission des informations entre la maternité et les sages-femmes en charge du suivi à domicile. Nous nous sommes également intéressés aux critères pris en compte pour choisir la sage-femme responsable du suivi à domicile, aux difficultés organisationnelles auxquelles les maternités pouvaient se trouver confrontées, aux réticences qui pouvaient être émises par les pédiatres et les gynécologues à l'égard des sorties précoces. Nous avons également interrogé les maternités sur l'accessibilité du suivi à domicile pour les mamans en situation plus vulnérable (AMU et CPAS), sur l'existence au sein de la maternité d'une initiative ou d'une organisation de travail plus spécifique autour des mamans vivant en situation de grande précarité et sur leurs éventuelles suggestions pour améliorer le suivi à domicile des mamans qui sortent précocement de la maternité et qui n'ont pas accès aux visites de sage-femme à domicile.

Dans un premier temps, le questionnaire a été envoyé à tous les conseillers-gynécologues de l'Office de la Naissance et de l'Enfance. Ces derniers étaient invités à envoyer le questionnaire à toutes les maternités présentes dans leur sub-région.

Dans un deuxième temps, l'équipe de recherche de l'Ecole de Santé Publique a procédé à plusieurs relances (par courrier électronique et par téléphone) auprès des maternités qui n'avaient pas répondu à l'enquête.

Au moment de la réalisation de l'étude, la Fédération Wallonie-Bruxelles comptait 48 maternités. Toutefois, deux maternités ont été exclues car étant situées en Communauté germanophone, elles ne sont pas couvertes par l'O.N.E.. En outre, la maternité du Centre Hospitalier Epicura à Hornu et la maternité de Baudour ont fusionné au moment de la réalisation de l'enquête. La maternité du Centre Hospitalier Epicura à Hornu qui a accueilli tout le personnel de la maternité de Baudour n'a pas trouvé le temps de participer à notre étude. Enfin, le questionnaire de la maternité du C.H.C. Ste Elisabeth à Heusy, envoyé par la poste, ne nous est jamais parvenu. Au total, 44 maternités ont participé à notre étude.

2.1 Variables

A l'exception des deux questions destinées à décrire les maternités (nombre de lits et nombre d'accouchements qui sont des variables quantitatives) et de quelques questions ouvertes, la majorité des questions sont des variables en catégories.

En partant de l'hypothèse que les sorties précoces pouvaient être favorisées par les maternités confrontées à un manque de place, nous avons créé un indicateur (en divisant le nombre d'accouchements par nombre de lits dans la maternité) pour évaluer la « pression démographique » par lit et par an. Sur base de la distribution de cette variable numérique, nous avons créé une variable en trois catégories sur base des tertiles. Nous avons ensuite créé une variable en deux catégories (en regroupant les 2^{ème} et 3^{ème} tertiles dans une seule catégorie).

La variable mesurant dans quelle mesure les maternités encourageaient les sorties précoces comportait 5 catégories de réponse (de « très fortement » à « pas du tout »). Une nouvelle variable a été créée en trois catégories (« très fortement »/« fortement » ; « moyennement » ; « peu » et « pas du tout »).

Pour les sorties précoces, celles-ci correspondent aux sorties avant J3 lors d'un accouchement par voie basse et d'une sortie avant J5 lors d'un accouchement par césarienne.

2.2 Analyses

Les questionnaires ont été encodés en Excel et les analyses ont été réalisées avec STATA IC version 12.

Les statistiques descriptives usuelles ont été utilisées pour la description des données. Toutes les comparaisons de proportions ont été réalisées avec le test du Chi² de Pearson ou le test de Fisher exact lorsque les conditions d'application n'étaient pas rencontrées.

Pour les questions ouvertes, les réponses recueillies sont présentées de manière stricto sensu dans les tableaux.

3 Résultats

3.1 Description des maternités

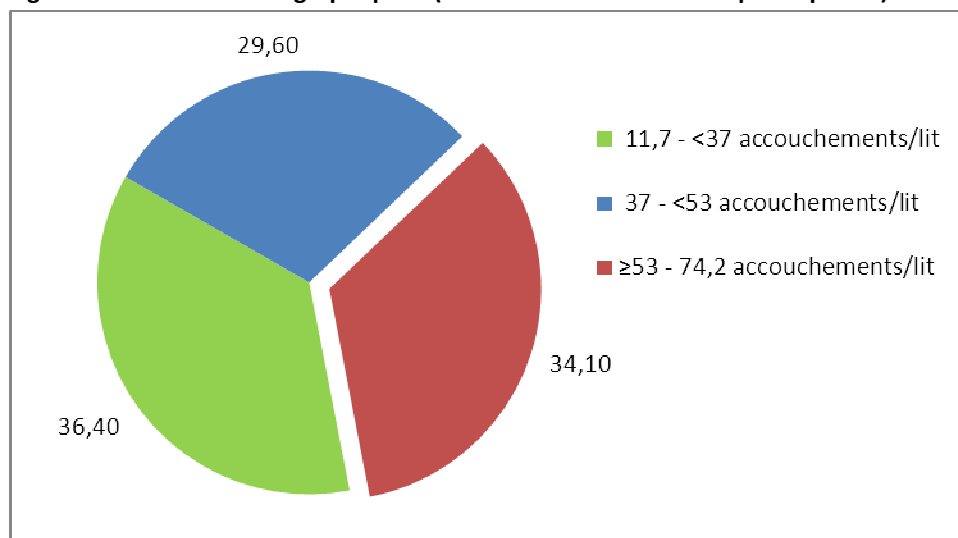
A la clôture de la collecte des données, nous disposons de 44 questionnaires complétés sur les 46 maternités contactées. Le taux de réponse pour cette recherche est de 95,6%.

Tableau 1. Description des maternités

	n	médiane (min-max)
Nombre d'accouchements 2011	44	1171,5 (222,0-3324,0)
Nombre de lits maternité 2011	44	24,0 (12,0-76,0)
Pression démographique 2011 (nb accouchements/lit par an)	44	43,1 (11,7-74,2)

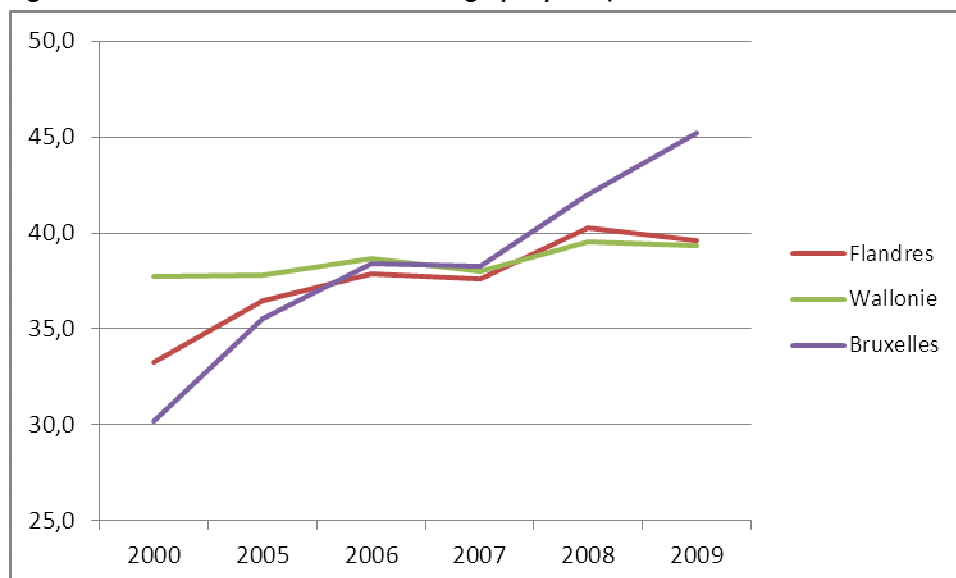
Le nombre médian d'accouchements en Fédération Wallonie-Bruxelles est de 1.171,5 accouchements (min. : 222 – max. : 3.324) pour l'année 2011. Par ailleurs, le nombre médian de lits disponibles dans les maternités est de 24,0 lits (min. : 12,0 – max. : 76,0). En 2011, un lit de maternité était utilisé pour un nombre médian de 43,1 accouchements. Cette « pression démographique » varie entre les maternités de 11,7 accouchements par lit à 74,2 accouchements par lit par an (Tableau 1).

Figure 1. « Pression démographique » (Nombre d'accouchements par lit par an) dans les maternités (n=44).



Dans un tiers des maternités (34,1%), on dénombre au moins 53 accouchements par lit par an (Figure 1).

Figure 2. Evolution de la « Pression démographique » (sur base des naissances de droit) en Belgique.



La Figure 2 illustre l'évolution de la « pression démographique » sur la période de 2000 à 2009 par région. Note méthodologique : Pour pouvoir présenter une courbe d'évolution depuis l'année 2000, l'indicateur a été construit dans ce graphique en tenant compte du nombre de naissances de droit (sur base du domicile) et du nombre de lits M alors que dans la figure 1, il s'agit du rapport entre le nombre de naissances de fait (par maternité) et le nombre de lits M. Ces données ne tiennent donc pas compte des flux entre la région du domicile des mamans et la région de la maternité où elles ont accouché.

Néanmoins, on observe que la « pression démographique » augmente dans les trois régions mais dans des proportions très différentes. A Bruxelles, elle passe de 30,2 accouchements par lit en 2000 à 45,2 accouchements par lit en 2009, en Flandres de 33,3 à 39,6 et en Wallonie de 37,7 à 39,3.

3.2 Les sorties précoces

Tableau 2. Sorties précoces encouragées par les maternités (n=44).

Retours précoces encouragés	% (n)
Très fortement	4,6 (2)
Fortement	9,1 (4)
Moyennement	22,7 (10)
Peu	47,7 (21)
Pas du tout	15,9 (7)

Six maternités sur dix (63,6%) rapportent qu'elles encouragent peu, voire pas du tout, les sorties précoces et une minorité de maternités (13,7%) l'encouragent fortement ou très fortement (Tableau 2).

Tableau 3. Sorties précoces encouragées en fonction de la « pression démographique » par lit

Densité	Encouragement (très) fortement % (n)	Encouragement moyennement % (n)	Encouragement peu ou pas % (n)	Total
<37 accouchements/lit	0,0 (0)	31,3 (5)	68,8 (11)	100,0 (16)
≥37 accouchements/lit	21,4 (6)	17,9 (5)	60,7 (17)	100,0 (28)

Bien que le test statistique soit non significatif ($p=0,115$), on observe que parmi les maternités présentant une plus faible « pression démographique » par lit, aucune ne déclare encourager (très) fortement les sorties précoces alors que parmi les maternités présentant une « pression démographique » par lit plus importante, une maternité sur cinq (21,4%) déclare les encourager (très) fortement (Tableau 3).

3.3 Procédure structurée

L'enquête visait également à documenter l'existence d'une procédure structurée au niveau des maternités pour le suivi à domicile par une sage-femme en cas de sortie précoce.

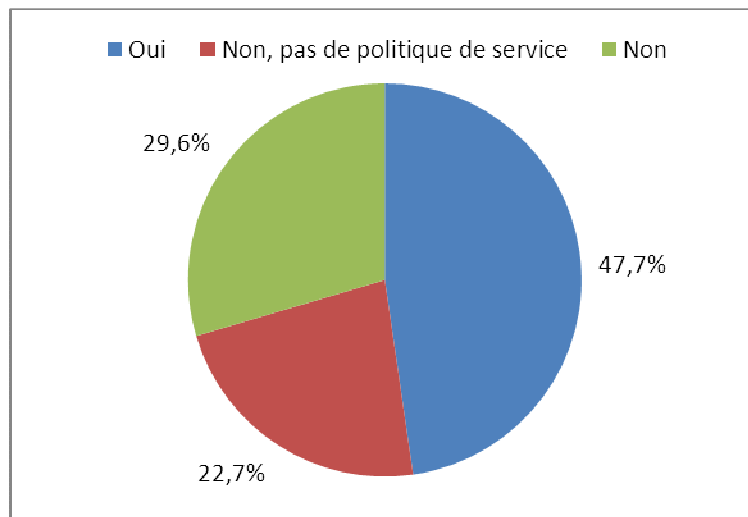


Figure 3. Existence d'une procédure structurée pour le suivi à domicile par une sage-femme dans les maternités (n=44).

Près d'une maternité sur deux (47,7%) déclare posséder une procédure structurée pour l'accompagnement des retours précoces à domicile par une sage-femme et une maternité sur cinq (22,7) déclare ne pas en avoir faute de politique de service (Figure 3). Parmi les maternités qui possèdent une procédure structurée, une maternité sur deux (10/20) dispose d'une convention liant l'hôpital et les sages-femmes en charge de l'accompagnement à domicile (Résultat non présenté).

Tableau 4. Procédure structurée pour le suivi à domicile par une sage-femme en fonction de la « pression démographique » par lit.

Densité	n	% procédure structurée
<37 accouchements/lit	16	18,8 (3)
≥37 accouchements/lit	28	64,3 (8)

L'existence d'une procédure structurée au sein de la maternité pour l'accompagnement des retours précoces à domicile par une sage-femme est significativement ($p < 0,05$) associée à la « pression démographique » par lit. La proportion de maternités disposant d'une telle procédure est près de 4 fois plus élevée parmi les maternités où un lit est utilisé pour au moins 37 accouchements (64,3%) par rapport aux maternités où un lit est utilisé pour moins de 37 accouchements (18,8%) (Tableau 4).

Tableau 5. Procédure structurée pour le suivi à domicile par une sage-femme et encouragement des sorties précoces.

Encouragement des sorties précoces	N	% procédure structurée
Très fortement / fortement	6	100,0 (6)
Moyennement	10	40,0 (4)
Peu ou pas du tout	28	39,3 (11)

Une procédure structurée existe dans toutes les maternités qui encouragent (très) fortement les sorties précoces (6/6). Par contre, cette procédure n'existe que dans quatre maternités sur dix parmi celles qui encouragent moyennement (4/10), peu ou pas du tout les sorties précoces (11/28) ($p=0,064$) (Tableau 5).

Tableau 6. Types de procédures structurées (n=21) (réponses « stricto sensu »).

Lettre avec résumé de l'accouchement et du post-partum + allaitement
2 SF intra-muros salariées, Mise à disposition d'une liste de SF libérales effectuant des consultations post-partum à domicile
Visite SF une fois par jour à domicile, visite pédiatre avancée à la maternité avant sortie
Feuille de liaison
Feuille de transmission, Contact téléphonique personnalisé avec la sage-femme à domicile et rdv organisé avant sortie de la maternité (suivi souvent par sage-femme de l'hôpital qui a soigné la patiente pendant son séjour hospitalier)
Protocole standard de l'association UPSFB
1 ETP prévu par 1 SF salarié dans une institution dans un rayon bien défini
Sage-femme travaillant dans le service passant au J4 (si périmètre du domicile pas loin sinon référée à des sages-femmes indépendantes)
Déplacement du personnel de la maternité au domicile des patientes les 2 à 3 jours qui suivent sa sortie d'hospitalisation (seulement si les patientes souhaitent sortir plus vite et sur avis du gynécologue)
Equipe de SF à domicile
Critères d'admissibilité au retour précoce à domicile, critères d'exclusion + suivi à domicile par une sage-femme obligatoire (1ère visite le lendemain de la sortie sauf si dimanche et 2ème visite à J5 pour Guthrie) + consultation pédiatrique obligatoire à l'hôpital entre J5 et J8
Procédure écrite
Passage à domicile systématique le lendemain du retour si sortie à J3 et second passage plus ou moins rapproché.
Sages-femmes du CHBAH qui se rendent au domicile des patientes du lundi au vendredi (extension prévue le week-end)
Soins postnatals à domicile
Critères d'admissibilité au retour précoce à domicile, critères d'exclusion + programmation d'une visite d'une sage-femme le lendemain du retour à domicile et programmation d'un examen clinique du nouveau-né chez un médecin entre J7 et J10
Procédures, texte
Passage de la sage-femme tous les jours, de 8h à 16h30 après prise d'arrangement avec les parents (est-ce nécessaire ? Le désirent-ils ?) mais obligatoire lorsque sortie à J3! Véhicule de service au nom de la maternité, zone géographique définie
Contact téléphonique + dossier pour SF à domicile
Protocole concernant les conditions d'acceptation d'un retour précoce à domicile + checklist

La plupart des procédures structurées prévoient la planification des visites à domicile par une sage-femme et parfois la planification d'une visite chez le pédiatre ou un médecin. Certaines maternités font état d'un document de liaison. Dans plusieurs maternités, ces procédures prévoient les critères d'admissibilité ou d'exclusion au retour précoce à domicile (Tableau 6).

Tableau 7. Existence d'un document-type de liaison entre l'hôpital et la sage-femme.

Encouragement des sorties précoces	n	Document de liaison, % (n)
Très fortement /fortement	6	83,3 (5)
Moyennement	10	70,0 (7)
Peu ou pas du tout	23	47,8 (11)

Une maternité sur deux (23/42) déclare posséder un document-type de transmission entre l'hôpital et la sage-femme.

La proportion de maternités qui déclarent posséder ce document de liaison varie en fonction du degré auquel les maternités encouragent les sorties précoces. Bien que le test soit statistiquement non significatif ($p=0,230$), au plus les maternités encouragent les sorties précoces, au plus la proportion de maternités qui disposent d'un document-type de liaison est élevée (Tableau 7).

3.4 Accompagnement à domicile par les sages-femmes

Les sages-femmes auxquelles les maternités font appel pour l'accompagnement à domicile des retours précoces peuvent avoir différents statuts professionnels.

Tableau 8. Statut des sages-femmes auxquelles les maternités font appel pour l'accompagnement à domicile des retours précoces (n=38) (réponses multiples).

	% (n)
Sages-femmes sollicitées pour accompagner les retours précoces à domicile	
Sages-femmes salariées	23,7 (9)
Sages-femmes indépendantes	31,6 (12)
Sages-femmes mixtes (salariées et indépendantes complémentaires)	5,34 (2)
Sages-femmes salariées et sages-femmes indépendantes	2,6 (1)
Sages-femmes indépendantes et sages-femmes mixtes	23,7 (9)
Sages-femmes salariées et sages-femmes indépendantes et sages-femmes mixtes	13,1 (5)

Pour assurer le suivi postnatal à domicile des sorties précoces, 23 maternités sur 38 font appel exclusivement à une seule catégorie de sages-femmes, le plus souvent des sages-femmes indépendantes (12/38) ou des sages-femmes salariées (9/38). Parmi les quinze maternités qui collaborent avec des sages-femmes de statuts différents, une maternité fait appel à des sages-femmes salariées et à des sages-femmes indépendantes, neuf maternités à des sages-femmes indépendantes et à des sages-femmes ayant un statut mixte (sages-femmes salariées part time et indépendantes part time) et 5 maternités font appel à des sages-femmes des trois catégories (Tableau 8). Sur l'ensemble des réponses, les sages-femmes indépendantes sont plus fréquemment citées (71,1%), suivies par les sages-femmes disposant d'un statut mixte (salariées et indépendantes complémentaires) (42,1%) et les sages-femmes salariées (39,5%) (Résultats non présentés).

3.5 Planification du retour précoce à domicile

Les retours précoces peuvent survenir dans des contextes très différents. Ils peuvent être préparés dès la grossesse ou être décidés après l'accouchement à l'initiative de la maman ou de la maternité.

Tableau 9. Conditions de survenue entourant le retour précoce à domicile.

	Préparation en prénatal, % (n)	Initiative de la patiente en post-partum % (n)	Initiative de la maternité en post-partum % (n)
Toujours	2,7 (1)	35,9 (14)	16,7 (6)
Parfois	62,2(23)	64,1 (25)	58,3 (21)
Jamais	35,1 (13)	0,0 (0)	25,0 (9)
Total	100,0 (37)	100,0 (39)	100, (36)

Seule une maternité déclare que le retour précoce à domicile est toujours préparé durant le suivi prénatal, six maternités sur dix (62,2%) le font parfois et une maternité sur trois (35,1%) ne le fait jamais (Tableau 9). La maternité qui déclare que le retour précoce à domicile est toujours préparé durant le suivi prénatal déclare également que le retour précoce résulte parfois de l'initiative de la maman ou de la maternité après l'accouchement.

Dans un tiers des maternités (35,9%), c'est toujours la patiente qui prend l'initiative du retour précoce après l'accouchement. Aucune maternité ne rapporte que cela n'arrive jamais. Parmi les maternités où le retour précoce relève toujours de l'initiative de la maman après l'accouchement, une maternité sur deux (6/14) déclare que le retour précoce ne relève jamais de l'initiative de la maternité. Cependant, une maternité sur deux (6/14) déclare également que parfois, après l'accouchement, le retour précoce relève de l'initiative de la maternité.

Dans une maternité sur quatre (25,0%), le retour précoce ne relève jamais de l'initiative de la maternité. Près de six maternités sur dix (58,3%) déclarent prendre parfois l'initiative et une maternité sur six (16,7%) le fait toujours. Parmi ces dernières, quatre maternités sur six déclarent également qu'après l'accouchement, le retour précoce relève parfois de l'initiative de la patiente (Tableau 9).

Tableau 10. Sorties précoces à l'initiative de la maternité durant le post-partum en fonction du degré auquel les maternités encouragent les sorties précoces.

Sorties précoces encouragées par la maternité	Sortie précoce en post-partum (TOUJOURS à l'initiative de la maternité) % (n)			Total
	Toujours	Parfois	Jamais	
(Très) fortement	50,0 (3)	33,3 (2)	16,7 (1)	100,0 (6)
Moyennement	10,0 (1)	80,0 (8)	10,0 (1)	100,0 (10)
Peu ou pas	10,0 (2)	55,0 (11)	35,0 (7)	100,0 (20)

La proportion de maternités où le retour précoce résulte de l'initiative de la maternité durant la période du post-partum varie en fonction du degré auquel les maternités encouragent les sorties précoces même si le test statistique est non significatif ($p=0,115$). Cette proportion est en effet plus élevée parmi les maternités qui encouragent (très) fortement les sorties précoces (3/6) par rapport à celles qui l'encouragent moyennement (1/10) et celles qui l'encouragent peu ou pas du tout (1/10) (Tableau 10).

3.5.1 Durant la période prénatale

Lorsque le retour précoce à domicile est préparé durant la période prénatale, les maternités ont été invitées à indiquer qui préparait ce retour précoce à domicile.

Tableau 11. Personne(s) préparant le retour précoce à domicile lorsqu'il est planifié durant la période prénatale (n=24) (réponses « stricto sensu »).

Si suivi chez sage-femme indépendante ou sage-femme de la consultation de l'hôpital
Les soignants de la CPN, les soignants encadrant la visite de la Maternité, les soignants effectuant les consultations de préparation à la naissance
Les sages-femmes de cpn ou le gynéco
Sage-femme, gynécologue
SF TMS de l'O.N.E..
La sage-femme
Médecin et sage-femme
Consultation sage-femme prénatale (ou gynécologue)
Sage-femme avec le gynécologue
TMS O.N.E., médecin responsable
L'équipe soignante et médicale
SF + Gynécologue
SF ou gynécologue
Le gynécologue à la CPN ou la SF à la consultation de préadmission
La patiente et la sage-femme
Il n'y a qu'une information du relais avec la sage-femme au domicile le lendemain du retour
Le gynécologue
Le gynécologue en accord préalable avec le pédiatre
La sage-femme du service maternité et la sage-femme qui fait le suivi à domicile
La patiente
La sage-femme et les parents
Sage-femme "arc en ciel" ?? Consultation individuelle
La patiente en accord avec son gynéco
La SF libérale en charge de la patiente

A la question « Qui prépare le retour ? » lorsque celui-ci est préparé avec la patiente durant la période prénatale, la sage-femme et/ou le gynécologue sont les professionnels les plus fréquemment cités par les maternités. Une seule maternité cite explicitement le pédiatre en collaboration avec le gynécologue. Le faible nombre de maternités (5) qui évoquent la patiente est peut-être lié au fait que la collaboration avec celle-ci était évoquée dans la formulation de la question (Tableau 11).

Tableau 12. Démarches effectuées lorsque le retour précoce est préparé au cours de la période prénatale (n=20) (réponses « stricto sensu »).

Distribution d'une brochure explicative, explications orales, présentation powerpoint
Aucune, on en prend bonne note.
Prise de contact avec la sage-femme
Prise de contact avec SF indépendante, Prise en charge complète par SF d'Aquarelle
Information communiquée
Information !
Avec accord du gynécologue lors de la consultation
(Seulement à la demande expresse de la patiente) contact avec la SF indépendante
Notification des rendez-vous, agenda et horaire de passage explication des soins nécessaires
Consultation SF Plan prévu dans le dossier
Le service de RPDA est présenté aux patientes. Si la patiente désire un retour précoce avant 3 jours, un dossier est établi par le gynécologue et le pédiatre après l'accouchement. Il faut que tous les critères soient remplis pour que le retour précoce puisse avoir lieu. Les critères sont très stricts et c'est souvent du côté des pédiatres que les limitations sont plus importantes et peuvent varier en cours de séjour si le bébé développe une complication (cf. procédure organisationnelle)
Accord oral
Aucune.
Prévenir la sage-femme et la maternité
Contact avec le pédiatre traitant
Accord de la patiente pour passer au domicile, aller dans la chambre pour expliquer objectifs, fascicule explicatif donné
Elle a un contact avec une sage-femme qui l'a généralement suivie durant sa grossesse. Elle nous en informe. Si besoin, on prend contact avec la sage-femme. Il faut l'accord du pédiatre et du gynéco. On informe toujours la TMS.O.N.E. du service pour qu'elle se mette en contact avec la TMS O.N.E. du secteur où habite la patiente.
Inscription en rouge dans le dossier : demande RETOUR PRECOCE
Contacts avec la sage-femme extérieure (domicile)
La patiente prend contact elle-même avec une sage-femme

Bien que très variées la plupart des démarches décrites par les maternités visent à informer la patiente sur les conditions de mise en place du retour précoce à domicile et à organiser la prise de contact avec une sage-femme. Quelques maternités évoquent les conditions d'accord pour le retour précoce (Tableau 12).

3.5.2 Retour précoce à l'initiative de la patiente durant le post-partum

Lorsque le retour précoce à domicile émane d'un souhait émis par la patiente durant son séjour en post-partum, les maternités ont été invitées à indiquer qui préparait ce retour précoce à domicile. Quatre maternités n'ayant pas répondu à la question sur la fréquence à laquelle les retours précoces pouvaient émaner d'un souhait émis par la patiente au cours du post-partum ont répondu à la question sur le personnel préparant le retour à domicile dans ce contexte précis.

Tableau 13. Personne(s) préparant le retour précoce à domicile lorsqu'il émane d'un souhait émis par la patiente au cours de son séjour en post-partum (n=43) (réponses « stricto sensu »).

La sage-femme de la maternité
La SF, le gynécologue, le pédiatre, avec éventuellement le psychologue
Les sages-femmes de la maternité
Sage-femme, gynéco (assistant) pédiatre
La SF de la maternité
La sage-femme de la maternité en accord avec l'éventuelle sage-femme (mot illisible?) et gynéco privé (gynécologue) et sage-femme
Les sages-femmes en hospitalisation
Sage-femme avec le gynécologue
Idem (TMS O.N.E., médecin responsable)
Les sages-femmes (SF) sur avis médical
SF
L'équipe soignante de la maternité
Le service de maternité
SF + pédiatre
La patiente
Le gynécologue et la sage-femme de service
Les sages-femmes du Service
Sages-femmes en chef des 2 salles de maternités
Le gynécologue - le pédiatre et les SF du RPDA.
La sage-femme
La SF du service, l'infirmière (TMS) de l'O.N.E., le pédiatre
Pédiatre
La sage-femme qui a pris en charge l'accouchée et le bébé le jour de la sortie.
Les sages-femmes de la maternité
Gynécologue et pédiatre
Pas de préparation. Patiente retourne et O.N.E. est avisé
La SF responsable de la maternité en collaboration avec le gynécologue/pédiatre/SF domicile
L'équipe médicale (gynécologue et pédiatre), la sage-femme et la patiente
La patiente, avec notre aide (sage-femme) si elle le souhaite
La sage-femme du service maternité et la sage-femme qui fait le suivi à domicile
La maternité en collaboration avec la patiente. On regarde dans notre liste de sages-femmes à domicile et on donne les coordonnées à la patiente pour qu'elle se mette en contact avec elle.

Tableau 14. Personne(s) préparant le retour précoce à domicile lorsqu'il émane d'un souhait émis par la patiente au cours de son séjour en post-partum (n=43) (réponses « stricto sensu ») (suite).

L'équipe soignante
L'équipe des sages-femmes avec l'accord et le concours médical des pédiatres
Les sages-femmes, gynécos et pédiatre
La sage-femme qui la prend en charge dans sa pause du matin
Pédiatre (RDV précoce en privé), sage-femme (relais internet ou sage-femme privée ou O.N.E., gynéco si nécessaire (RDV précoce en privé)
La sage-femme du terrain
La patiente avec les sages-femmes de la maternité et les médecins (gynéco et pédiatre)
La sage-femme de la maternité
Le gynécologue, pédiatre et sages-femmes
La patiente elle-même prend contact avec sa SF
Le personnel de la maternité

Hormis les maternités qui font référence de manière globale au « personnel soignant » pour préparer le retour précoce à domicile,

- une large majorité de maternités (33/43) font référence aux sages-femmes.
- Une maternité sur trois (14/43) cite le gynécologue.
- Contrairement aux retours précoces planifiés durant la période prénatale, le pédiatre est plus fréquemment cité (14/43).
- La moitié des maternités (24/43) font état d'une préparation réalisée par des équipes pluridisciplinaires. Environ une maternité sur trois (16/43) identifie une seule catégorie du personnel pour préparer le retour précoce à domicile (15 maternités la sage-femme et 1 maternité le pédiatre).

Nous observons également que la patiente n'est citée que par sept maternités dont trois maternités qui citent exclusivement la patiente (Tableau 13).

Tableau 15. Démarches effectuées lorsque le retour précoce émane d'un souhait émis par la patiente au cours de son séjour en post-partum (n=40) (réponses « stricto sensu »).

Une lettre + prendre contact avec la sage-femme indépendante via téléphone
La SF coordonne les rendez-vous avec aide-administrative
On prend RV avec la sage-femme extérieure
Examen de sortie, lettre de sortie, feuille de liaison
Feuille de liaison + contact téléphonique
Liaison écrite et téléphonique avec la SF ou association qui prend en charge
Prévoir sage-femme à la maison ou une visite plus tôt à la maternité pour contrôler poids bébé et maman
Soit sage-femme liée à la maternité, soit si habitant trop loin les sages-femmes, avant la sortie, contactent une sage-femme pouvant prendre en charge
Rendez-vous sage-femme à domicile ou à la maternité, visite précoce chez le pédiatre pour le bébé.
Idem (contact avec la SF indépendante)
Accord entre les patientes et les SF
Coordonnées des SF indépendantes, consultation post-partum par SF à l'hôpital
Idem que partie 6 (Notification des rendez-vous, agenda et horaire de passage explication des soins nécessaires)

Tableau 16. Démarches effectuées lorsque le retour précoce émane d'un souhait émis par la patiente au cours de son séjour en post-partum (n=40) (réponses « stricto sensu ») (suite).

Prise de rdv avec la maman, document de suivi à domicile, feuille de consentement, accord gynéco - pédiatre pour sortie
Prise de rdv chez le pédiatre, prise de rdv à la maternité pour le Guthrie et une pesée
Appel auprès de la sage-femme indépendante
1. La clôture des examens, 2. Un contact avec O.N.E., 3. Eventuellement un suivi par une sage-femme ou un contrôle ambulatoire dans le Service
La sage-femme en chef se charge : de contacter par téléphone une sage-femme pour le retour précoce, de prendre un rendez-vous pédiatrique si la patiente n'a pas de pédiatre (remarque en l'absence de disponibilité de RDV pédiatrique, la patiente revient en maternité et voit en consultation "sauvage" le pédiatre qui fait le tour de salle, de réalisation du test auditif avant la sortie, du passage du TMS de liaison avant la sortie, pour le Guthrie, la sage-femme qui passe à domicile signale à la maternité par téléphone ou en personne que le Guthrie a été réalisé tel ou tel jour. Un paraphe est alors inscrit dans le cahier de Guthrie.
Le dossier est rempli par le gynécologue et le pédiatre et si tout est OK, le retour est programmé avant 3 jours
Téléphoner à la sage-femme + rapport du résumé de l'accouchement
La remise d'une liste de SF indépendantes pour un suivi à domicile; Le retour en pédiatrie J4 pour Guthrie
Aucune
Prise d'un rendez-vous pour le passage de la sage-femme à domicile, relevé des coordonnées exactes, ...
Tel. à une sage-femme indépendante
Services de soins à domicile prévenu
La SF se rend au domicile de la patiente si possible elle fait le retour au gynécologue et/ou pédiatre, parfois le médecin traitant.
La patiente est vue par le gynécologue; Le nouveau-né est ausculté par le pédiatre ; La sage-femme prépare le dossier pour le post-partum à domicile
Contact avec l'infirmière de l'O.N.E.; Proposition de rendez-vous aux consultations allaitement; Proposition de rendez-vous avec une sage-femme indépendante; Les patientes viennent faire le Guthrie à la maternité si elles le souhaitent
Accord de la patiente pour passer au domicile, aller dans la chambre pour expliquer objectifs, fascicule explicatif donné
Si OK et avec accord du pédiatre et du gynéco, la patiente peut Q.S. On informe toujours la TMS O.N.E. du service pour qu'elle se mette en contact avec la TMS O.N.E. du secteur où habite la patiente.
Sortie faite par les gynécos, les pédiatres et un jour est fixé pour prélever test Guthrie (retour de la maman à la maternité)
Mise au point d'un RDV de contrôle poids et test de Guthrie, préparation anticipée des papiers de sortie et de l'examen pédiatrique de sortie, prise d'un RDV aux 10-15 jours de l'enfant chez un pédiatre
Le relais est effectué par les sages-femmes; le gynéco et le pédiatre demandent aux parents de prendre rendez-vous
La sage-femme qui a la patiente sous sa responsabilité l'inscrit dans le carnet de l'envol (resté à la maternité) aux dates de passage convenues avec la patiente, clôture le dossier et inscrit également dans le carnet les raisons du passage de la sage-femme de l'envol
Prise de contact avec la SF de domicile + dossier
Prise de RDV auprès d'une sage-femme (soit de Saint-Luc, soit indépendante); RDV médical pris ou demande faite à la patiente de se présenter à la maternité quelques jours après suivi O.N.E. conseillé
Contacte la sage-femme indépendante
Nous organisons le retour en consultation post-partum et parfois un suivi plus important par l'O.N.E. au domicile car nous travaillons en collaboration
La patiente fixe le RDV pour la visite à domicile. Une feuille de liaison est donnée au départ de la maternité afin de transmettre les infos concernant le séjour de la patiente et de son bébé
RV gynéco, RV pédiatre, pesée du bébé

Parmi les démarches entreprises pour préparer le retour précoce à domicile, la majorité des maternités (26/40) font état de contacts avec la sage-femme qui assurera le suivi à domicile et de prises de rendez-vous soit à domicile, soit à la maternité.

Quelques maternités rapportent également la préparation de documents tels que la feuille de sortie (3) ou un document de liaison (8). Une minorité de maternités (5) mentionnent de façon explicite des contacts avec des professionnels de l'O.N.E.. Une maternité déclare qu'aucune démarche n'est entreprise (Tableau 15).

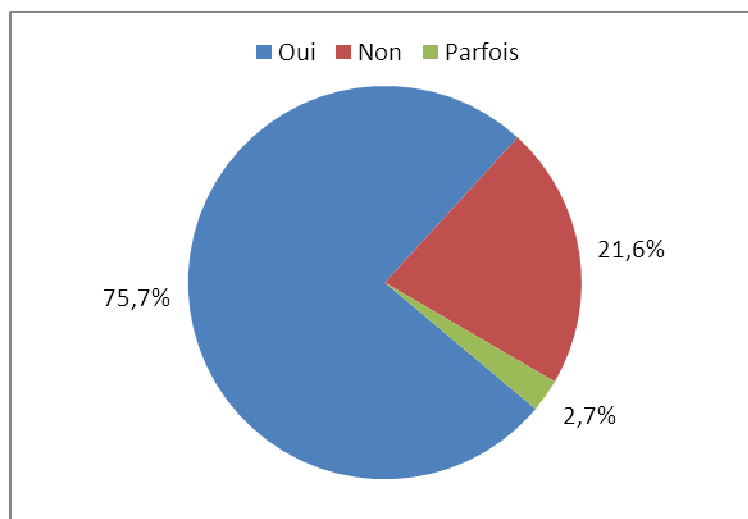


Figure 4. Organisation d'un rendez-vous pédiatrique lorsque la sortie précoce émane de l'initiative de la maman en post-partum (n=37).

Parmi les maternités où le retour précoce émane parfois ou toujours d'un souhait de la maman durant son séjour en post-partum, trois maternités sur quatre (75,6%) organisent un rendez-vous pédiatrique et une maternité sur cinq (21,6%) ne l'organise pas. Seule une maternité déclare le faire parfois (Figure 4).

Tableau 17. Calendrier du rendez-vous pédiatrique lorsque la sortie précoce émane d'un souhait de la maman (n=24) (réponses « stricto sensu »).

A la maternité avant sortie ou par la sage-femme à domicile
Si le Guthrie n'est pas entre 3 et 5 jours post-partum, sinon après 2 semaines
Une semaine après; rdv chez pédiatre privé ou dans une plage réservée de l'hôpital
parfois après quelques jours, peut-être aussi après 1 mois
1 semaine après ou plus proche en fonction du poids du bébé
5 semaines après la sortie
7 à 10 j après sortie. RV pris au départ de la maternité
à la sortie
au J3 et J5
Deux semaines plus tard
Un rendez-vous pédiatrique est organisé avec un pédiatre de l'hôpital. Si la patiente de l'hôpital n'a pas de pédiatre et en l'absence de disponibilité de RDV pédiatrique, la patiente revient en maternité et voit en consultation "sauvage" le pédiatre qui fait le tour de salle. Le moment est fonction des disponibilités mais assez rapide Max 3j après la sortie.

Tableau 18. Calendrier du rendez-vous pédiatrique lorsque la sortie précoce émane d'un souhait de la maman (n=24) (réponses « stricto sensu ») (suite).

Entre le J+5 et le J+8
dans les dix jours après la naissance
à 1 semaine de vie maximum
dans la semaine qui suit la sortie
Avant la sortie et à quinze jours
à la sortie de la patiente, si suivi hospitalisé, la patiente reçoit un rendez-vous
RDV pris dans les 10 premiers jours de vie pour la maman chez un pédiatre de son choix
RDV pour TOUTES les mamans, sortie précoce ou non entre le 10 ^e et le 15 ^e jour de sortie
d'office dans les 10 jours de la sortie de l'enfant. Et si la sortie est précoce (J2 ou J3), c'est dans les 7 jours qui suivent la sortie de l'enfant
par le pédiatre le jour du départ
entre J5 et J7
Lors du retour en CPP, le pédiatre réexamine le bébé mais pas à chaque fois, tout dépend de la situation
au cas par cas

Parmi les maternités qui déclarent organiser un rendez-vous pédiatrique en cas de retour précoce à l'initiative de la patiente, 5 maternités n'ont pas donné d'informations complémentaires sur le calendrier de ce rendez-vous.

En outre, les réponses apportées à la question sur le moment du rendez-vous pédiatrique laissent penser que plusieurs maternités font parfois référence au rendez-vous pédiatrique organisé au moment de la sortie de la maternité dans le cas des sorties précoces. Une maternité a répondu que cette prise de rendez-vous était organisée au cas par cas. Dix-huit maternités donnent par contre des informations relativement précises sur le calendrier de ce rendez-vous pédiatrique. Parmi celles-ci, seules 3 maternités évoquent de manière globale un délai d'au moins deux semaines, toutes les autres maternités évoquent un rendez-vous dans un délai plus court (Tableau 17).

3.5.3 Retour précoce à l'initiative de la maternité durant le post-partum

Les maternités qui proposent le retour précoce à domicile ont été invitées à expliquer les raisons qui pouvaient motiver cette initiative.

Tableau 19. Raisons pour lesquelles le retour précoce à domicile peut être proposé par la maternité (n=27) (réponses « stricto sensu »).

Quand tout va bien, aussi chez des multipares
Turn over important; Situation propice : patiente compliant, grande multiparité, réseau familial disponible, etc.
En cas de manque de place
Manque de place
Pcq tt va bien et que l'on est persuadé que l'on est mieux chez soi
Souhait de la mère, favoriser des séjours courts
Demande patiente, (multipare qui le souhaite)
Post-partum facile, parfois manque de place
Raison de retour précoce pour retour familial
Souhait de la patiente
Autonomie de la patiente, pas de nécessité de soins locaux, NN stabilisé
Parce que le CHM a des durées de séjour trop long vis-à-vis de la moyenne nationale et se voit pénalisé en terme de financement, parce que le nombre de lits devient insuffisant par rapport au nombre d'accouchements
Souvent rapprochement avec les aînés
Manque de place à la maternité
Par manque de place
Manque de place en lits de maternité
Demande de la patiente; bien-être à domicile, pousser l'autonomie; financier pour l'hôpital
Le manque de lits disponibles en maternité
Lorsque le service est complet (ceci est rarement proposé car mal vécu par les accouchées).
Parce que la maman est autonome et que le bébé a repris du poids
On ne propose pas souvent le retour précoce pour accouchement par le bas car moins de 3 jours c'est limite mais césarienne cela arrive un peu plus
Si c'est une multipare qui désire revoir ses autres enfants au plus tôt, ou bien si la maman se sent bien, se débrouille très bien toute seule et est à l'aise avec l'allaitement, si l'accouchement s'est déroulé de façon eutocique, si la maman a beaucoup d'aide à la maison, ...
Souvent il s'agit d'un problème de place à la maternité. Nous ne proposons jamais à une patiente de sortir avant J3 pour une voie basse. Par contre, si nous manquons de lit, nous le proposons parfois à des césariennes au J4
Demande de la patiente
Quand ce n'est pas un premier enfant ou quand il manque de place dans l'unité
Besoin de place à la maternité
Rarement par manque de place pas juste un jour plus tôt

Une maternité sur deux (12/27) évoque un manque de place au sein du service et deux maternités évoquent explicitement des raisons financières pour l'hôpital. Une maternité sur quatre (7/27) peut prendre l'initiative d'une sortie précoce lorsque la mère et l'enfant se portent bien, que le réseau familial est de qualité, que les mamans sont expérimentées (multiparités). Enfin, une maternité sur trois (8/27) évoque également le souhait de la maman de quitter la maternité (Tableau 19).

Tableau 20. Personne(s) préparant le retour précoce à domicile lorsqu'il émane d'un souhait émis par la patiente au cours de son séjour en post-partum (n=43) (réponses « stricto sensu »).

Le gynécologue de la patiente ou de gynéco de garde.
La SF avec accord du gynécologue, du pédiatre et éventuellement du psychologue
Sage-femme ou médecin
La SF, le gynéco, le pédiatre
La sage-femme ou pédiatre ou gynéco
Le médecin
Gynécologue, sage-femme, patiente en fait la demande
"Ne se fait jamais de façon systématique". gynéco, SF hospitalière si besoin particulier de la mère
Les médecins
SF/Patiente
Gynécologue-équipe patiente
Péd, Gynéco
Le gynécologue ou la sage-femme
Les sages-femmes
Les responsables obstétriciens et pédiatres en fonction de l'état de la mère et de l'enfant
La sage-femme et/ou le gynécologue
La SF, le gynécologue
Le gynécologue
L'équipe médicale (gynécologue et pédiatre) et la sage-femme
La sage-femme responsable (chef de l'unité) ou la sage-femme de la pause du matin
Le médecin ou la sage-femme
Le gynécologue
Le gynécologue, la maman ou le pédiatre mais le plus souvent le gynécologue
Le gynécologue
Le gynéco mais c'est exceptionnel

Lorsque le retour précoce émane d'une initiative de la maternité, les résultats concernant la (les) personne(s) identifiée(s) pour préparer le retour précoce à domicile sont globalement les mêmes que lorsque le retour précoce émane d'un désir de la patiente. Quelques nuances apparaissent cependant :

- La référence aux sages-femmes est un peu moins fréquente (14/27).
- A contrario, plus d'une maternité sur deux (17/27) cite le gynécologue et le pédiatre est cité par une maternité sur quatre (6/27).
- Les maternités qui font état d'une préparation réalisée par des équipes pluridisciplinaires ne sont plus majoritaires (11/27).

A noter à nouveau l'absence de l'évocation de la maman (Tableau 20).

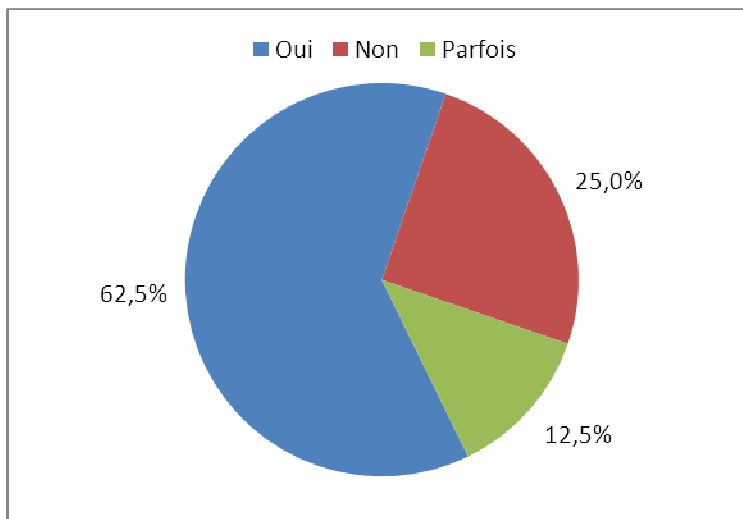


Figure 5. Organisation d'un rendez-vous pédiatrique lorsque la sortie précoce résulte (toujours ou parfois) de l'initiative de la maternité (n=24).

A noter que quatre maternités qui ont répondu que la sortie précoce ne relevait jamais d'une initiative de la maternité ont répondu qu'elles organisaient un rendez-vous pédiatrique dans ce contexte précis. Elles n'ont pas été prises en compte dans notre analyse. Parmi les maternités qui prennent toujours ou parfois l'initiative de la sortie précoce durant le séjour de la maman en post-partum, six maternités sur dix (15/24) organisent un rendez-vous pédiatrique, une minorité (3/24) le fait parfois et une maternité sur quatre (6/24) ne le fait pas (Figure 4).

Tableau 21. Calendrier du rendez-vous pédiatrique lorsque la sortie précoce émane d'une initiative de la maternité (réponses « stricto sensu »).

Si le Guthrie n'est pas entre 3 et 5 jours post-partum, sinon après 2 semaines
Une semaine après; rdv chez pédiatre privé ou dans une plage réservée de l'hôpital
Parfois à la demande du pédiatre
Environ 5 semaines après la sortie par les infirmiers de l'O.N.E.
A la sortie de la maternité, 7 à 10 j après la sortie
Deux semaines plus tard
Un rendez-vous pédiatrique est organisé avec un pédiatre de l'hôpital. Si la patiente de l'hôpital n'a pas de pédiatre et en l'absence de disponibilité de RDV pédiatrique, la patiente revient en maternité et voit en consultation "sauvage" le pédiatre qui fait le tour de salle. Le moment est fonction des disponibilités mais assez rapide Max 3j après la sortie.
Ce rendez-vous est conseillé aux parents dans la quinzaine mais pas donné sauf s'ils le souhaitent.
Avant la sortie et à quinze jours
Oui 10-15j mais passage de la sf
En fonction de l'état du bébé
D'office dans les 10 jours de la sortie de l'enfant. Et si la sortie est précoce (J2 ou J3), c'est dans les 7 jours qui suivent la sortie de l'enfant
Pas dans tous les cas
Pas nécessairement, ça dépend des cas
Entre le J+5 et le J+8
Entre 10è et 15è jour de vie
1 semaine après
Si possible à la maternité avant le départ

Concernant la planification du rendez-vous pédiatrique, nous constatons les mêmes limites que celles observées lorsque le retour précoce émane de l'initiative de la maman. Deux maternités évoquent que le rendez-vous est organisé en fonction des cas. Au niveau du calendrier du rendez-vous pédiatrique, les maternités font référence aux mêmes délais que ceux évoqués lorsque la sortie précoce résulte d'un souhait de la maman (à savoir dans un délai inférieur à 15 jours sauf dans trois maternités) (Tableau 21).

3.6 Sage-femme à domicile

Dans ce chapitre, nous abordons les critères pris en compte par les maternités pour identifier la sage-femme qui sera en charge d'encadrer le retour à domicile. Nous avons également exploré les raisons pour lesquelles, en dehors des retours précoces, les maternités avaient recours aux sages-femmes pour des visites à domicile.

3.6.1 Critères de choix

Quatre critères de sélection de la sage-femme en charge de l'encadrement du retour à domicile ont été proposés aux maternités ainsi qu'un critère « autre » que les maternités pouvaient préciser.

Tableau 22. Critères pris en compte pour le choix de la sage-femme qui accompagnera le retour à domicile

	Critères de choix de la sage-femme			
	Le domicile de la maman (n=34)	Votre affinité avec la SF (n=30)	Le souhait de la maman (n=32)	La disponibilité de la SF (n=28)
Toujours	41,2 (14)	6,7 (2)	25,0 (8)	21,4 (6)
Souvent	38,2 (13)	20,0 (6)	37,5 (12)	46,4 (13)
Parfois	11,8 (4)	20,0 (6)	21,9 (7)	10,7 (3)
Jamais	8,8 (3)	53,3 (16)	15,6 (5)	21,4 (6)

Parmi les critères proposés, le domicile de la maman est le critère le plus souvent pris en compte par les maternités au moment d'identifier la sage-femme qui accompagnera le retour à domicile (8 maternités sur 10 le font toujours ou souvent). Le deuxième critère le plus fréquemment pris en compte est la disponibilité de la sage-femme (près de 7 maternités sur 10 le prennent toujours ou souvent en compte), suivi de très près par le critère du souhait de la maman (près de 6 maternités sur 10). L'affinité entre la maternité et la sage-femme est le critère le moins fréquemment utilisé (une maternité sur deux n'en tient jamais compte) (Tableau 22). Par ailleurs, il est rare que le choix se fasse sur un seul critère puisque près de quatre maternités sur cinq (29/38) prennent en compte au moins deux critères (résultats non présentés).

Tableau 23. Autres critères pris en compte pour le choix de la sage-femme qui accompagnera le retour à domicile (n=12) (réponses « stricto sensu »).

La langue maternelle
La langue, l'âge gestationnel du bébé (Arbre de vie plus à l'aise avec les petits prémés)
La sage-femme qui l'a soigné à l'hôpital / si pas sécurité > aquarelle
Fiabilité, feedback
Sages-femmes salariées prévues dans le pool de SF hôpital pour faire du domicile
Site "sage-femme.be"
Contact précédent entre SF et maternité
Une SF du service
Facilité de contact car présence de la SF dans le service
Nos SF ont un horaire établi pour le domicile.
Sur base volontaire (un groupe de SF ayant une certaine expérience ou une "affinité" pour le domicile est désigné pour réaliser le soin à domicile et elles sont désignées dans l'horaire selon leur temps de travail, leurs congés, ...c'est en sorte une "petite équipe" dans la grande équipe des services maternité-bloc obstétrical-néonatalogie
Formations spécifiques de la sage-femme

Parmi les autres critères utilisés par les maternités pour identifier la sage-femme responsable de l'accompagnement du retour à domicile, certains sont liés directement à la maman (langue maternelle, la sage-femme qui a soigné la maman durant son séjour), d'autres relèvent d'une organisation au sein du service (disposer d'une équipe de sages-femmes volontaires pour le suivi à domicile et avoir des horaires établis pour l'accompagnement à domicile). Enfin, certaines maternités avancent également que, l'âge gestationnel du bébé (certains professionnels se sentant plus à l'aise avec les prématurés) et la formation spécifique de la sage-femme sont également pris en compte (Tableau 23).

3.6.2 Autres motifs de recours

Le recours aux sages-femmes pour des visites à domicile ne s'inscrit pas uniquement dans le cadre des sorties précoces. Les maternités étaient invitées à documenter les différentes raisons pour lesquelles ces visites à domicile étaient organisées, en dehors des sorties précoces.

Tableau 24. Recours aux visites des sages-femmes à domicile pour d'autres raisons que le retour précoce (n=31) (réponses « stricto sensu »).

Allaitements difficiles, poids du bb, test de Guthrie, follow up général, ...
Patiente jeune nécessitant une surveillance, pathologies mineures, surveillance glycémique, tensionnelle, ...
Suivi tardif après séjour compliqué, allaitement difficile, suivi prénatal en cas de pathologie de grossesse
Problèmes d'allaitement, problèmes psychologiques
En prépartum (surveillance menace d'acc prématuré hta etc..). En post-partum chaque x que soit la mère soit le NN présente encore des pb physiques ou psychiques
Suivi plaie/allaitement/poids bébé/ictère/autonomie/psychologique
Pour toute patiente qui le désire en post partum, surveillance courbe poids, suivi allaitement maternel, suivi psychosocial ! en collaboration O.N.E. & services sociaux
Encadrement demandé par les psychologues, certains suivis femmes menaçant d'accouchement précoce
Suivi allaitement maternel, pansement césarienne
Problèmes d'allaitement, perte de poids chez le BB, soins aux césariennes
Surveillance grossesse, soins particuliers lors du retour
Surveillance prénatale,
Allaitement, suivi postnatal
1. Surveillance pendant la grossesse, 2. Complications en post-partum
Soutien d'allaitement difficiles, difficultés émotionnelles dans un but de sécurisation, suivi des petits poids ou faible reprise de poids (repeser le bébé), suivi et soins de plaies d'épisio ou de césarienne
Pas jusqu'à présent, mais nous avons 2 SF qui ont pris un statut d'indépendante partiel et chez lesquelles nous enverrons des patientes pour : surveillance MAP (monito), surveillance grossesse à risque, conseils pour l'allaitement
Suivi de grossesse à risque
Suivi du poids du bébé, suivi d'un bébé qui a séjourné en N*, suivi et aide à l'allaitement maternel
Surv monito MAP
Problème d'allaitement, ictère NN, prise de poids limite et soins plaies si nécessaire
Suivi du poids, ictère, suivi allaitement, soins maman, ...
Une complication au niveau de l'épisiotomie
Pour des soins spécifiques chez la mère (ex. allaitement, soins ...)
Prises en charge spécifiques (massages, ...)
Pour des surveillances prénatales (monitoring de contrôle, consultations PN, ...)
Suivi allaitement, demande de la maman, parfois épisio, demande du pédiatre
Suivi poids du bébé, ictère, allaitement, suivi plaie
Pansement mais rarement car les patientes reviennent à notre consultation
Suivi de grossesse
Préparation prénatale
Préparation à la naissance, allaitement, monitoring

Sept maternités sur dix (32/44) déclarent avoir recours aux sages-femmes pour des visites à domicile en dehors du contexte des retours précoces. Parmi les raisons évoquées, de nombreuses maternités (14/31) font référence aux visites à domicile pour le suivi prénatal (suivi de grossesse, monitoring, préparation à la naissance). Concernant le suivi postnatal, les maternités évoquent le soutien à l'allaitement maternel, le suivi du poids du bébé, les soins pour les plaies liées à une épisiotomie ou une césarienne, un soutien psychologique pour la mère ou le suivi d'un ictère. De façon plus anecdotique, certaines maternités font référence au suivi général de l'enfant et de la maman, au suivi du bébé qui a séjourné dans le service de néonatalogie ou à un suivi initié à la demande du pédiatre ou d'un psychologue. D'autres maternités citent des soins spécifiques tels que le test de Guthrie ou des massages (Tableau 24).

3.7 Difficultés pour organiser les retours précoces à domicile

Près d'une maternité sur deux (18/41) déclare rencontrer des difficultés pour organiser l'accompagnement des retours précoces à domicile.

Tableau 25. Difficultés rencontrées dans l'organisation des sorties précoces (n=18) (réponses « stricto sensu »).

Disponibilités des soignants pour coordonner dans un temps minimum les mesures à prendre pour aboutir au retour précoce, Charge administrative
Précarité sociale des patientes (pas de logement de chauffage etc...), Réticence de certaines mères désirant cocooner plus longtemps
Barrière linguistique, sans papiers/sans mutuelle/SDF/situations précaires
Si trop peu de SF car maladie, écartements pour grossesse chez SF
Les pédiatres attachés à la maternité sont résolument <u>contre</u>
Des patientes préfèrent rester à l'hôpital car c'est confortable et agréable pour les visites ! ...
Lorsqu'il y a un manque d'effectifs
Les pédiatres sont réticents voir opposés à une sortie précoce
Peu de sages-femmes indépendantes, pas de possibilité d'une organisation interne vu le manque de personnel malgré le souhait des sages-femmes du service
Tout est à organiser puisqu'il n'y a pas de politique de service, le suivi pédiatrique mériterait d'être renforcé. Parfois, les difficultés viennent du manque de disponibilité de SF ou qu'elles ne vont pas dans les villages plus éloignés. L'organisation est compliquée pour les patientes hors Liège.
Les sages-femmes ne sont pas toujours disponibles et lorsque la patiente habite en dehors de BXL, il n'est pas toujours évident de trouver une sage-femme
Projet en attente au niveau institutionnel. Difficultés d'organisation et manque de volonté de mettre en place une organisation de prise en charge des mères et de leurs enfants par les gynécologues et pédiatres.
Freins du point de vue des pédiatres principalement pour différentes raisons (ictère, courbes de poids, patho cardiaques, expérience des parents, environnement défavorisé, ...)
Réticences médicales (pédiatres) parfois
Pas de structure mise en place car jusqu'ici pas de politique institutionnelle et médicale favorisant les retours précoces
+ pour le bébé (RDV pédiatre, O.N.E., ...)
Peu de demandes de patientes, raison pour laquelle la structure au départ de la maternité ne fonctionne pratiquement pas
Pas toujours évident de trouver une SF libre

Les difficultés évoquées par les maternités relèvent de différents niveaux (Tableau 25) :

- Personnel soignant de la maternité
 - Le manque d'effectifs ou de disponibilité parmi les sages-femmes
 - Le manque de disponibilité des soignants pour coordonner la préparation du retour précoce dans des délais très courts
 - La charge administrative
 - La réticence de certains pédiatres envers les sorties précoces, voire leur opposition.

- Patientes
 - La vulnérabilité des mamans (précarité, barrière linguistique, sans papiers, sans mutuelle, SDF, ...)
 - Désir des mamans de rester à la maternité par confort
 - L'éloignement du domicile de la patiente (les patientes "hors zone").

- Structure
 - Lorsqu'il existe une structure au départ de la maternité pour accompagner les sorties précoces, il semble que les difficultés soient parfois liées à un manque de pratique du fait de la rareté des sorties précoces.
 - A contrario, dans d'autres maternités, les difficultés semblent liées à l'absence de structure au sein de la maternité faute de politique institutionnelle et médicale favorisant les retours précoces.

3.8 Retours négatifs des pédiatres et des gynécologues

Au-delà des difficultés éventuellement rencontrées pour organiser les retours précoces, l'existence d'un retour négatif de la part des professionnels tels que les pédiatres et les gynécologues à propos de certains retours précoces a été explorée.

Tableau 26. Retours négatifs émis par les pédiatres et les gynécologues à propos des sorties précoces (n=39).

	% (n)
Retour négatif de pédiatres	
Oui	25,6 (10)
Retour négatif de gynécologues	
Oui	7,7 (3)

Une maternité sur quatre (10/39) rapporte qu'elle reçoit des retours négatifs des pédiatres à propos des sorties précoces. Ces retours négatifs semblent survenir de façon plus rare de la part des gynécologues puisque seules trois maternités sur les trente-neuf en témoignent (Tableau 26).

Tableau 27. Motifs des retours négatifs émis par les pédiatres et les gynécologues à propos des sorties précoces (n=13) (réponses « stricto sensu »).

Pédiatres
Si la sage-femme renvoie le bébé pour hyperbilirubinémie, mauvais allaitement
Enfant mal suivi avec problème qui aurait pu être pris en charge à la maternité
C'est trop récent pour avoir un retour d'expérience à l'heure actuelle
Parfois ictère nécessitant une admission
Je pense que les pédiatres du CSF ont peur d'envisager un retour précoce à domicile (jaunisse, poids). Je ne pense pas qu'ils aient déjà fait sortir précocement.
Problèmes d'allaitement
La surveillance du nouveau-né
Bili non faite à domicile, envoyé aux urgences
Peu de cas, donc peu d'expérience mais on ressent une certaine appréhension.
Parfois, lorsqu'une bili justifie une réhospitalisation, sinon, avec l'expérience non.
Ré-hospitalisation pour ictère
Aucune structure d'accompagnement mise en place actuellement pour un suivi correct des bébés et des mamans
Gynécologues
La difficulté d'établir si le retour précoce est lié à une autonomie suffisante ou plutôt à une "fuite de l'hôpital" avec des patientes qui ne sont donc pas toujours prêtes à rentrer.

Les critiques des pédiatres et des gynécologues portent essentiellement sur des réhospitalisations ou des consultations aux urgences qui auraient pu être évitées si la mère et l'enfant n'étaient pas sortis précocement de la maternité (ictère, la bilirubinémie non faite, difficultés d'allaitement, fils non retirés) (Tableau 27).

3.9 Les femmes vulnérables

Cette étude a également exploré la situation des femmes socio-économiquement et/ou psychosocialement plus vulnérables.

3.9.1 L'accès aux visites des sages-femmes à domicile

Nous avons exploré dans quelle mesure les patientes dont les soins de santé sont couverts par l'aide médicale d'urgence (AMU) ou par le CPAS avaient accès aux visites des sages-femmes à domicile.

Tableau 28. Accessibilité des visites des sages-femmes à domicile pour les patientes AMU et CPAS (n=30).

	% (n)
Oui, pour les CPAS	13,3 (4)
Oui, pour les AMU	3,3 (1)
Oui, pour les deux	63,3 (19)
Non	20,0 (6)

Soulignons tout d'abord que près d'une maternité sur trois (14/44) n'a pas répondu à cette question. Parmi les trente maternités qui ont répondu, six maternités sur dix déclarent que ces patientes ont accès aux visites des sages-femmes à domicile et une maternité sur cinq déclare qu'elles n'y ont pas accès. Dans quatre maternités, seules les femmes bénéficiant d'une couverture du CPAS ont accès à ces visites à domicile et dans une maternité, seules les femmes bénéficiant de l'aide médicale d'urgence y ont accès (Tableau 28).

3.9.2 L'accompagnement à domicile

Les maternités étaient également invitées à témoigner de la mise en place d'une initiative ou d'une organisation de travail spécifique à l'attention des patientes vivant dans une situation de grande précarité (socio-économique et/ou psychosociale).

Parmi les 39 maternités qui ont répondu à cette question, près de 7 maternités sur 10 (69,2%) déclarent avoir mis en place de telles initiatives ou organisation de travail.

Tableau 29. Initiative ou organisation de travail spécifique mise en place pour les patientes en grande précarité (n=27).

On essaie de trouver des solutions au cas par cas avec les institutions existantes (ONE, maisons maternelles, unités mères-bébé, La lice, institutions psychiatriques) avec notre équipe assistante sociale/pédo-psy/psychologues
Consultation ONE au sein de la clinique, psychologue affilié au service, staff hebdomadaires
Aquarelle 2 sages-femmes (et on espère augmenter l'équipe) Chacune 1/2 temps hospitalier Et l'autre 1/2 temps : CPN et accompagnement à domicile de patiente sans aucune sécurité sociale et en état de grande précarité
Collaboration et appel précoce des TMS ONE et du service social de l'hôpital
Comité de suivi ONE (TMS) assistante sociale/ SF hospitalière
Passage de l'ONE, passage de l'assistante sociale de l'hôpital, encadrement des SF de l'hôpital durant le séjour, séjour prolongé si nécessaire
Mais collaboration avec l'ONE via le service d'accompagnement prénatal et BB accueil
Au départ de l'ONE, ces patientes sont orientées vers IDEF (Institut pour le Développement de l'Enfance et de la Famille, dépendant de la Commune de Sambreville) ou un organisme semblable, avec la coordination exercée par le groupement RHESOD (Réseau hospitalier et extra-hospitalier pour le Suivi Organisé du Développement de l'enfant).
Les patientes suivies en période prénatale à la consultation ONE ont une fiche de liaison permettant d'informer tous les acteurs impliqués dans le suivi de cette patiente en anté et per- et postnatale. Un trio TMS de liaison/assistante sociale/psychologue accompagne la patiente depuis la période anténatale si cela est possible. Le retour précoce dans ces situations est quasi inexistant !! Le séjour de la patiente sera plutôt prolongé dans la mesure du possible afin d'avoir une vision sécurisée de la situation. Dans des cas extrêmes, l'enfant peut être placé en néonatalogie le temps du travail social.
Aide de l'assistante sociale
Prise en charge de ces patientes en collaboration pluridisciplinaire dès le début de grossesse SF-gynéco-pédiatre-assistante sociale-TMS (ONE)-pédopsychiatre. Réunions médico-psycho-sociale 1 fois par mois. Relais "BB accueil" si nécessaire. Consultations SF prénatales
Suivi ONE via infirmière ; Appel de l'A.S. si besoin
Nous travaillons pour 90 % des suivis prénataux avec l'ONE. Nous avons des réunions hebdomadaires pour coordonner nos services. Sont présents à ces réunions les TMS, deux sages-femmes, la psychologue. Toutes les futures-mères et mères hospitalisées ou non sont évoquées. Les situations prénatales extérieures (non hospitalisées) sont également discutées si nécessaire.
Lien avec l'ONE très soigneux
Nous travaillons en étroite collaboration avec les TMS de l'ONE. Nous avons une cellule aide parents-enfants (CAPE) qui prend en charge le couple durant la grossesse et après accouchement. (Coordinateur : E. Demarteau - psychologue et médecin : Docteur Maka Martine).
Mais nous collaborons avec l'O.N.E. (prénatale) et les consultations de nourrissons.
- Les consultations allaitement maternel par une consultante en lactation; - Une polyclinique (consultation par sage-femme) dont le remboursement est total; - Des préparations prénatales adaptées pour les futures mamans des centres de réfugiés; - Une collaboration étroite avec les services «bébé accueil» et la TMS de la plateforme ONE Luxembourg
Collaboration avec O.N.E. et service sociale quand précarité, réunion multidisciplinaire réalisée
- Travail avec l'O.N.E., - Contact avec le service social de l'hôpital, - Consultation externe dans le service de maternité (les patientes reviennent), - Dans les situations très problématiques : travail avec le SAJ et une organisation comme SOS famille.
Dans ces cas, nous collaborons avec les infirmières O.N.E

Tableau 30. Initiative ou organisation de travail spécifique mise en place pour les patientes en grande précarité (n=27) (suite).

Des concertations entre Maternité - ONE pré- et postnatale et service social de l'hôpital pour décisions de suivi.
Nous travaillons avec le service social de l'hôpital
Ce n'est pas "systématique" mais nous sommes toujours attentives aux situations "difficiles". Donc, nous organisons le retour avec l'assistante sociale de notre service ainsi qu'avec l'infirmière de l'ONE qui prend les 1ers contacts ==> visites ONE plus suivies. Si problèmes psycho-sociaux, RDV seront pris avec une de nos psychologues. Des aides via les écoles de puéricultures sont parfois mises en place via le service APND (Aide postnatale à domicile). Des jeunes étudiants encadrés de leur monitrice sont en stage de puériculture à domicile pour aide ponctuelle (2 à 3 matinées/semaine) pour aider des parents en "détresse" (parents non-voyants, jumeaux, problèmes psychiatriques, ...)
Relais ONE (collaboration avec service social de l'institution)
Quand c'est détecté pendant la grossesse, un travail en multi-disciplinaire (SF, gynéco, psy, assistante sociale, etc) est entamé afin d'anticiper les difficultés du retour à domicile. Un contact avec l'ONE est pris. Ce même travail multi-disciplinaire est mis en route à la maternité quand cela n'a pu être anticipé pendant la grossesse
Nous travaillons en collaboration avec l'ONE et les assistantes sociales de l'hôpital

Le premier constat concernant ces initiatives ou organisations de travail relève de la fréquence à laquelle l'O.N.E. est cité. En effet, 8 maternités sur 10 (22/26) rapportent la mise en place d'un relais avec un professionnel de l'O.N.E. pour la prise en charge de ces femmes plus vulnérables. Des maternités témoignent également de la mise en place d'une prise en charge multidisciplinaire par les professionnels du service et une collaboration avec le service social de l'hôpital. Quelques maternités témoignent d'initiatives plus structurelles (cellule aide parents-enfants, des consultations allaitement maternel par une consultante en lactation, une polyclinique (consultation par sage-femme) dont le remboursement est total, des préparations prénatales adaptées pour les futures mamans des centres de réfugiés, consultation externe dans le service de maternité).

Enfin, les maternités collaborent également avec structures locales externes à l'hôpital (Aquarelle, BB accueil, IDEF (Institut pour le Développement de l'Enfance et de la Famille, dépendant de la Commune de Sambreville) groupement RHESOD (Réseau hospitalier et extrahospitalier pour le Suivi Organisé du Développement de l'enfant), SAJ, SOS famille, les écoles de puériculture via le service APND (Aide postnatale à domicile)) (Tableau 29).

3.10 Pistes en vue d'améliorer l'accompagnement à domicile des sorties précoces pour les patientes n'ayant pas accès aux visites des sages-femmes à domicile

Nous avons également invité les responsables des maternités à identifier les mesures qui pourraient améliorer l'accompagnement à domicile des sorties précoces pour les patientes n'ayant pas accès à ces visites à domicile.

Tableau 31. Suggestions pour améliorer l'accompagnement à domicile des sorties précoces pour les femmes qui n'ont pas accès aux visites des sages-femmes à domicile (n=30) (réponses « stricto sensu »).

Nous avons un projet que nous aimerions bien effectuer à la mat, des consults postnatales. Mais nous essayons déjà d'aider ce groupe de femmes en revenant parfois à la mat.
Etendre les aides sociales, anticiper
Je ne vois rien d'autre qu'obtenir que tout le monde y ait accès. Ou consultations postnatales précoces en attendant.
Consultation sage-femme à la clinique, rendez-vous donné avant la sortie, engager des sages-femmes à l'O.N.E.
Que fedasil et les CPAS remboursent les soins à domicile, Situation particulièrement préoccupante pour les ressortissant européen pas en ordre de mutuelle (roms ..)
Créer une association comme Aquarelle pour tous les hôpitaux bruxellois
Suivi plus précoce O.N.E.
C'est un projet de service à l'horizon 2015, avec nous l'espérons l'arrivée de pédiatres nombreux et ouverts.
Instaurer un n° de téléphone afin que celles-ci puissent appeler en cas de problème.
Accompagnement logistique
L'organisation d'un service à domicile de sages-femmes au même titre que la visite des TMS à domicile post-partum
Le relais RAPIDE par le TMS de secteur assorti d'un rendez-vous obstétrico-pédiatrique en hôpital dans les 3 à 4 jours qui suivent la sortie. Ou imaginer un système des soins "pro-deo" INAMI-infirmiers ou SF afin d'autoriser des soins à prix minimum.
Le suivi par les TMS de l'O.N.E. plus précoce et surtout la prise en charge de ces patientes par l'O.N.E. en prénatal.
Augmentation du nombre de sages-femmes, de la disponibilité les WE fériés et de la communication; créer un service lié à l'hôpital
Que ces personnes reviennent se faire suivre en milieu hospitalier.
Consult post-partum et allaitement en hospitalier.
Toutes les accouchées du site ont droit à la visite de la sage-femme. Ceci ne nous concerne pas en fait.
Formation en prénatale concernant la prise en charge d'un nouveau-né au niveau des soins, de l'alimentation, de la charge émotionnelle-fatigue.
Surtout pas de retour précoce !!!
Nous ne pouvons envisager une sortie précoce sans un suivi d'une SF à domicile.
Les patientes habitant à plus de 15 kilomètres du CHU doivent se déplacer pour avoir accès à de multiples activités organisées par notre maternité : consultations d'allaitement maternel à long terme, le portage bébé, le massage bébé...
Les consultations « polycliniques » à l'hôpital car le remboursement est total.
Se rendre dans les centres O.N.E. ou revenir à l'hôpital

Tableau 32. Suggestions pour améliorer l'accompagnement à domicile des sorties précoces pour les femmes qui n'ont pas accès aux visites des sages-femmes à domicile (n=30) (réponses « stricto sensu ») (suite).

Travail avec l'O.N.E.. Patientes reviennent dans le service (consultation externe).
Sages-femmes indépendantes dans l'arrondissement, sages-femmes hospitalières en soins à domicile (impossible pour l'instant)
On fait toujours notre possible. Autrement nous avons une liste de SF indépendantes qui travaillent dans une zone où la patiente habite et c'est nous qui prenons contact avec elles. La raisons pour laquelle les patientes n'ont pas accès aux visites à domicile est pratiquement toujours le "hors zone"
Relais maternité-domicile (sage-femme de l'unité dans structure (statut employée)
Meilleure collaboration avec l'O.N.E.
Ce n'est pas un bon plan, ces femmes sont en difficulté et une prise en charge plus longue donne une meilleure éducation sanitaire
En projet pour les années futures dans notre maternité
Toutes les accouchées du site ont droit à la visite de la sage-femme. Ceci ne nous concerne pas en fait.

Hormis les responsables qui considèrent que les sorties précoces ne doivent dans aucun cas être envisagées, les pistes identifiées par les maternités pour améliorer l'accompagnement à domicile des sorties précoces pour les femmes n'ayant pas accès aux visites des sages-femmes à domicile portent sur différents niveaux (Tableau 31) :

- Opérationnel
 - Fixer les rendez-vous pour le suivi postnatal avant la sortie de la maternité
 - Instaurer un n° de téléphone pour les mamans en cas de problème.

- Organisations des soins de santé
 - Développer des projets de service, des consultations postnatales à la maternité et plus spécifiquement pour les sorties précoces
 - Développer des consultations "polycliniques" à l'hôpital car elles sont totalement remboursées
 - Mettre en place une structure de relais maternité-domicile en collaboration avec les sages-femmes de la maternité (statut employée)
 - Mettre en place une formation durant le suivi prénatal pour apprendre à s'occuper d'un nouveau-né, lui donner les soins, le nourrir et gérer les émotions et la fatigue
 - Renforcer la collaboration avec l'O.N.E. pour le suivi des sorties précoces, instaurer une prise en charge du suivi par l'O.N.E. en prénatal, développer un service à domicile de sages-femmes au même titre que la visite des TMS à domicile, assurer un relais rapide par le TMS de secteur
 - Augmenter les effectifs de sages-femmes, veiller à une meilleure disponibilité durant les week-ends et jours fériés, étendre la couverture géographique pour offrir les mêmes services aux femmes "hors zone".

- Politiques sociales
 - Etendre les aides sociales, prévoir le remboursement des soins par Fedasil et les CPAS pour les ressortissants européens qui ne sont pas en ordre de mutuelle
 - Universaliser l'accès à l'accompagnement à domicile
 - Favoriser le développement d'associations qui encadrent les femmes plus vulnérables (comme Aquarelle)
 - Mettre en place un système des soins "pro-deo" INAMI-infirmiers ou sage-femme pour garantir des soins à prix minimum.

Conclusion

Le taux de réponse de cette étude est optimal puisque la quasi-totalité des maternités a répondu au questionnaire. Ceci nous permet de considérer que les résultats décrivent la situation de la Fédération Wallonie-Bruxelles dans son entièreté.

Les résultats concernant les sorties précoces montrent que les maternités y sont réticentes et qu'une minorité d'entre elles les encourage fortement. Par ailleurs, les résultats ont mis en évidence que la position des maternités à l'égard des sorties précoces varie en fonction de la « pression démographique » (nombre d'accouchements par lit) qu'elles subissent. Les maternités où cette « pression démographique » est plus importante encouragent plus fortement les sorties précoces.

Il ressort également de l'étude que près d'une maternité sur deux dispose d'une procédure structurée pour l'accompagnement à domicile par une sage-femme en cas de sortie précoce. Ces procédures varient sensiblement entre les maternités mais la plupart intègrent la planification des visites à domicile par une sage-femme. Par ailleurs, une maternité sur cinq ne dispose pas d'une procédure structurée faute de politique de service mais les résultats suggèrent la mise en place de mesures informelles et locales illustrant une volonté d'encadrer au mieux les mamans qui sortent précocement de la maternité. Les résultats montrent également que la majorité des maternités planifient un rendez-vous pédiatrique, que la sortie précoce résulte d'une initiative de la maman ou de la maternité.

Par contre, la situation des patientes plus vulnérables reste préoccupante puisque dans quatre maternités sur dix, les patientes bénéficiant de la couverture AMU et/ou celles prises en charge par le CPAS n'ont pas accès aux visites des sages-femmes à domicile. Cependant, il est rassurant d'observer que sept maternités sur dix ont mis en place une initiative ou une organisation de travail plus spécifique pour la prise en charge des patientes en situation de grande vulnérabilité. La description de ces initiatives ou organisation de travail montrent que l'O.N.E. est le relais privilégié des maternités dans le cadre de la prise en charge de ces patientes.

Par ailleurs, une étude, commanditée par la Fondation Roi Baudoin, a dressé l'état des lieux de l'offre et des besoins en matière de services pré- et périnataux en Fédération Wallonie-Bruxelles et en Communauté germanophone en se focalisant sur les familles en situation de vulnérabilité (Humblot et al, 2013).

4 Annexe 1

Recherche ADELE

(Accompagner le retour au Domicile de l'Enfant et sa mère : organiser les Liens et Evaluer)

« Initiative en matière d'accompagnement à domicile par sage-femme dans le cadre du retour précoce ».

1. Identification de votre maternité

- a. Nom :
- b. Adresse :
- c. Nombre d'accouchements en 2011 :
- d. Nombre de lits de maternité :

2. Votre maternité encourage-t-elle le retour précoce (sortie avant J3 si voie basse et avant J5 si césarienne) ?

- Très fortement
- Fortement
- Moyennement
- Peu
- Pas du tout

3. Votre maternité possède-t-elle une procédure structurée en matière de retour précoce accompagné par sage-femme (SF) à domicile ?

- Oui
- Non, car il n'y a pas de politique de service
- Non

Si oui, sous quelle forme ?

Sous quel nom ?

Existe-t-il une convention entre l'hôpital et les SF ?

Oui

Non

4. Pour l'accompagnement à domicile des retours précoces, vous faites appel à (plusieurs réponses possibles)

- Des SF salariées de l'hôpital
- Des SF indépendantes
- Des SF indépendantes partiellement et travaillant dans votre maternité par ailleurs
- Autres :.....

5. Le retour précoce, dans votre maternité, est

	Toujours	Parfois	Jamais
Préparé en période prénatale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À l'initiative de la patiente après accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A l'initiative de la maternité après accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Dans le cas où le retour précoce est préparé avec la patiente en période prénatale :

- a. Qui prépare ce retour ?
- b. Quelles démarches sont effectuées ?

7. Dans le cas où le souhait de retour précoce émane de la patiente après son accouchement :

- a. Qui prépare ce retour ?
- b. Quelles démarches sont effectuées ?
- c. Un RDV pédiatrique est-il organisé et à quel moment ?

Oui Non

8. Dans le cas où le retour précoce est proposé dans le décours du post-partum par la maternité :

a. Qui décide de proposer le retour précoce ?

b. Pour quelles raisons proposez-vous le retour précoce ?

c. Quelles démarches sont effectuées ?

d. Un RDV pédiatrique est-il organisé et à quel moment ?

Oui Non

9. Possédez-vous un document-type de transmission entre l'hôpital et la SF ou inversement ?

Oui Non

Si oui, pouvez-vous le joindre ?

Si non, quels documents de transmission utilisez-vous ?

10. Faites-vous appel à des SF à domicile pour d'autres raisons que le retour précoce (J0- J1- J2) ? Oui Non

Si oui, quelles sont ces raisons ?

11. Comment choisissez-vous la sage-femme à laquelle votre maternité fait appel pour l'accompagnement du retour à domicile ?

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
En fonction de l'adresse de la patiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En fonction de votre affinité avec la SF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En fonction du souhait de la patiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En fonction de la disponibilité de la SF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En fonction d'autres critères, lesquels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Rencontrez-vous des difficultés à organiser le retour précoce à domicile ?

Oui Non

Si oui, lesquelles ?

13. Avez-vous des retours négatifs des pédiatres concernant les retours précoces à domicile ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

14. Avez-vous des retours négatifs des gynécologues concernant les retours précoces à domicile ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

15. Afin d'établir une liste la plus exhaustive possible des SF accompagnant le retour précoce à domicile (et pourquoi pas une cartographie), pouvez-vous nous remettre la liste et numéros de téléphone des SF avec lesquelles vous travaillez ?

16. Est-ce que les patientes AMU et CPAS ont accès aux visites de sage-femme à domicile ?

- Oui, uniquement les CPAS
- Oui, uniquement les AMU
- Oui, les deux
- Non, aucune

17. Que suggèreriez-vous pour améliorer l'accompagnement du retour à domicile des sorties précoces pour les femmes qui n'ont pas accès aux visites de sage-femme à domicile ?

18. Avez-vous mis en place une initiative ou une organisation de travail particulière pour les patientes vivant en situation de grande précarité (socio-économique et/ou psychosociale) ?

- Oui Non

Si oui, pouvez-vous nous la décrire ?

MERCI POUR VOTRE PRECIEUSE COLLABORATION

III.4 : La situation quant au séjour à la maternité et à l'organisation du suivi postnatal telle que décrite par les mamans accouchées en 2013

M. Ruttiens⁽¹⁾, N. Moreau⁽¹⁾, S. Alexander⁽¹⁾

(1) Ecole de Santé Publique de l'ULB

Juin 2013

Table des matières

1	INTRODUCTION	131
2	MÉTHODOLOGIE	131
2.1	LE QUESTIONNAIRE	131
2.2	L'ENQUÊTE TÉLÉPHONIQUE	132
2.3	L'ÉCHANTILLON	133
2.3.1	CRITÈRES DE SÉLECTION DES MÈRES	133
2.3.2	SÉLECTION AU DÉPART DU REGISTRE DE QUATRE MATERNITÉS DE LA FWB	133
2.3.3	REPRÉSENTATIVITÉ DE L'ÉCHANTILLON	137
2.4	LES VARIABLES	140
2.5	L'ENCODAGE ET L'ANALYSE	140
3	RÉSULTATS	141
3.1	PRÉCOCITÉ DU RETOUR À DOMICILE	141
3.2	PÉRIODE DE L'APPEL	142
3.3	DESCRIPTION GÉNÉRALE DE LA POPULATION	143
3.3.1	INFORMATIONS SUR LES MÈRES ET LEUR ÉVENTUEL(LE) CONJOINT(E)	143
3.3.2	INFORMATIONS SUR LE BÉBÉ À LA NAISSANCE	151
3.3.3	INFORMATIONS SUR LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT	153
3.4	LA SORTIE DE LA MATERNITÉ	161
3.4.1	CONDITIONS ET RAISONS DE LA SORTIE	161
3.4.2	PLANIFICATION ET PERCEPTION DES MÈRES PAR RAPPORT À LA DURÉE DE LEUR SÉJOUR	167
3.4.3	AVIS <i>A POSTERIORI</i> SUR LA DURÉE DU SÉJOUR	170
3.5	LE SÉJOUR À LA MATERNITÉ	178
3.5.1	AVIS SUR LES INFORMATIONS REÇUES ET SUR L'ÉQUIPE DE SOINS	178
3.5.2	COORDINATION ENTRE LA MATERNITÉ ET DES SERVICES DE SUIVI POSTNATAL	184
3.5.3	SENTIMENT DE PRÉPARATION À L'ENTRÉE ET À LA SORTIE DE LA MATERNITÉ	187
3.6	LE RETOUR À LA MAISON	193
3.6.1	AIDE DE L'ENTOURAGE ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES	193
3.6.2	HOSPITALISATIONS DE LA MÈRE ET DU BÉBÉ	198
3.6.3	VISITES À DOMICILE D'UNE SAGE-FEMME ET/OU D'UN TMS	198
3.6.4	CONSULTATIONS POSTNATALES	206
3.6.5	ALIMENTATION DU BÉBÉ ACTUELLEMENT ET DURANT LE SÉJOUR À LA MATERNITÉ	210
4	CONCLUSION	212
4.1	PRINCIPALES CONSTATATIONS	212
4.2	FORCES ET FAIBLESSES DE L'ENQUÊTE	213
5	ANNEXES	214
5.1	QUESTIONNAIRE « FEMMES ACCOUCHÉES »	214
5.2	REGISTRE DES ACCOUCHEMENTS À REMPLIR PAR LES MATERNITÉS	225
5.3	LETTRE D'INFORMATION POUR LES MÈRES À LA SORTIE DE LA MATERNITÉ	226
5.4	LETTRE ENVOYÉE PAR LES MATERNITÉS AUX MÈRES	227

1 Introduction

L'objectif premier de cette enquête était de répondre aux questions concernant les besoins et les perceptions des femmes nouvellement accouchées particulièrement les mères sorties précocement concernant :

- la planification de la sortie de la maternité,
- les conditions de la sortie : à la demande de la mère ou « forcée » et les raisons de la sortie,
- le profil des mères dans ces deux catégories (sorties souhaitées versus forcées).

Les sorties de maternité sont considérées comme précoces si elles ont lieu avant 72 heures après l'accouchement par voie basse (<J3) ou avant 120 heures après l'accouchement par césarienne (<J5).

2 Méthodologie

Il a été décidé de réaliser un suivi téléphonique entre 4 et 8 semaines après l'accouchement pour connaître l'expérience *a posteriori* des femmes accouchées dans quatre maternités de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB).

2.1 Le questionnaire

Le questionnaire a été réalisé à partir des différents facteurs identifiés sur base de la littérature (voir introduction) et de questionnaires utilisés dans d'autres études (Waldenström et al, 2006 ; Kenny et al, 1993).

Le questionnaire se composait de trois parties (annexe 1) :

- Une partie introductive où l'enquêteur présente la recherche et ses modalités, demande l'accord de participation de la mère, éventuellement les raisons de son refus et autrement comment elle se porte ainsi que son bébé, permettant par la même occasion de vérifier si la mère et l'enfant sont sortis ensemble de la maternité (cf. *infra*, « 2.3.1. Critères de sélection des mères ») ;
- Une deuxième partie consistant en l'entretien décomposé en cinq groupes de questions :
 - 1) Avant l'accouchement et le séjour à la maternité : le suivi prénatal de la grossesse, le sentiment de préparation à l'accouchement avant l'entrée à la maternité, l'avis *a priori* sur la durée de leur séjour en maternité ;
 - 2) Durant le séjour à la maternité :
 - les dates et heures de l'arrivée à l'hôpital et de l'accouchement, la parité, l'âge gestationnel du bébé à l'accouchement, la présence d'un proche à l'accouchement et durant le séjour à la maternité, le mode d'accouchement, les problèmes durant la grossesse et l'accouchement (hypertension, diabète, épisiotomie et/ou déchirure), le poids du bébé à la naissance, le mode d'alimentation du bébé à la maternité,
 - la date et heure de sortie de la maternité, les conditions de sortie de la maternité, les raisons du souhait de partir ou au contraire de rester ;
 - l'avis concernant les informations reçues et l'équipe de soins durant le séjour à la maternité, le sentiment de préparation pour rentrer à la maison à la sortie de la maternité, la coordination de l'hôpital avec des professionnels de santé pour le suivi postnatal, la communication d'un numéro de téléphone en cas d'urgence ;

- 3) Après le séjour à la maternité : l'aide reçue par la mère à son retour à la maison, les difficultés rencontrées (pour s'occuper du bébé et pour le baby blues), les hospitalisations, les visites à domicile d'une sage-femme ou d'un travail médico-social (TMS), l'avis par rapport à ces visites ou les raisons de leurs refus, les consultations postnatales, l'avis *a posteriori* sur la durée de leur séjour en maternité, le mode d'alimentation du bébé actuellement,
 - 4) Profil de la mère et de son conjoint s'il y a lieu : son âge, son état d'union, son pays de naissance et éventuellement sa date d'arrivée en Belgique, son niveau d'étude, sa langue maternelle, mêmes questions pour son conjoint hormis l'âge.
 - 5) Remerciements de la mère pour sa participation et commentaire supplémentaire si elle le souhaite.
- Une troisième partie où l'enquêteur pouvait écrire ses commentaires sur le déroulement de l'entretien ainsi que les explicitations de la mère concernant des questions fermées du questionnaire.

Des questions concernant le profil socio-économique de la mère et du conjoint (la nationalité, le statut d'emploi, les ressources financières, le logement et le remboursement des soins) ont été retirées de façon à diminuer la durée de l'entretien. Nous ne disposons d'aucune information à ce sujet sauf si la mère a précisé spontanément une situation particulière (AMU en centre d'accueil, difficultés financières, ...).

2.2 L'enquête téléphonique

Un prétest des questionnaires a été réalisé au Centre hospitalier Etterbeek-Ixelles - IRIS Sud par le docteur Sophie Alexander en utilisant plusieurs modalités :

- Le 30 octobre 2012, deux patientes en post-partum ont été interviewées à la consultation :
L'entretien en face à face permettait une meilleure interaction entre l'enquêteur et l'enquêté mais retardait la consultation d'une demi-heure si le soignant était chargé de le faire et ne convenait souvent pas à la mère qui avait d'autres contraintes horaires.
- Le 2 novembre 2012, cinq patientes à 6 semaines après leur accouchement ont été interviewées par téléphone à partir d'une liste de six accouchements du 21 septembre 2012.
Les numéros de téléphone étaient disponibles. Seule une mère était sous messagerie. Les autres mères ont répondu directement et semblaient contentes de répondre à l'enquête. Après 10 minutes, il leur a été demandé si elles trouvaient l'entretien trop long et toutes ont souhaité continuer.
- Le 3 novembre 2012, une jeune médecin ayant accouché 4 mois précédemment a rempli elle-même le questionnaire.

Tableau 1. Évaluation des avantages et des inconvénients selon les méthodologies d'enquête.

	Entretien en face à face	Entretien téléphonique	Questionnaire auto-administré
Compréhension des questions	+++	++	+
Compatibilité avec l'organisation de la journée de la patiente	+/-	+++	++
Possibilité d'être empathique	+++	+	-

Au terme de ce prétest, l'enquête téléphonique semblait le meilleur compromis en termes de qualité et d'organisation pratique par rapport à des entretiens en face à face ou des questionnaires auto-administrés.

L'enquête téléphonique a été réalisée durant 23 jours entre le 27 février et le 3 avril 2013. La durée des entretiens téléphoniques était en moyenne de 35 minutes (minimum 20 minutes et maximum 50 minutes pour les mères maîtrisant moyennement le français). Une mère a été interviewée en partie en anglais car sa maîtrise du français n'était pas suffisante pour comprendre toutes les questions.

2.3 L'échantillon

2.3.1 Critères de sélection des mères

Les conditions d'éligibilité impliquaient de ne pas inclure dans l'enquête les mères qui étaient dans les situations suivantes :

- La mère et l'enfant ne sont pas sortis ensemble de la maternité (le bébé ou la mère est décédé(e), transféré(e) car gravement malade, ...);
- La mère et/ou l'enfant ont eu des complications majeures ;
- La mère ne dispose pas d'une connaissance suffisante du français ;
- La mère n'a pas des capacités mentales suffisantes pour répondre aux questions ;
- La mère est sortie après plus de 10 jours après son accouchement.

Les mères ayant un vécu difficile (toxicomanie, absence de domicile, maladie psychiatrique, VIH, ...) ont été écartées de fait par le personnel des maternités.

Les mères devaient être appelées après un laps de temps entre 4 et 8 semaines après leur accouchement :

- Après 4 semaines pour pouvoir poser des questions sur les conditions du retour à la maison et le suivi postnatal ;
- Avant 8 semaines pour que les mères ayant une activité professionnelle ou menant des études ne soient pas sous-représentées car les entretiens se déroulaient en journée et en semaine.

Le deuxième critère n'a pas été respecté pour la maternité de Saint-Joseph où quatre mères à plus de 8 semaines après leur accouchement ont été interviewées (deux après 9 semaines et deux après 11 semaines). Parmi ces quatre mères, deux mères ont elles-mêmes appelé pour faire l'entretien. Deux autres mères ont été interviewées car il a été décidé d'élargir le laps de temps après l'accouchement pour la maternité de la clinique de Saint-Joseph où le nombre de femmes entre 4 et 8 semaines était faible étant donné le retard pris dans les registres (cf. *infra*).

2.3.2 Sélection au départ du registre de quatre maternités de la FWB

A. Présentation des quatre maternités

Tableau 2. Quatre maternités participantes.

Sub-région	Maternité	Conseiller gynécologue O.N.E.
Luxembourg	site de la clinique Saint-Joseph des Cliniques du Sud Luxembourg	Roland Fivet
Bruxelles	C.H. Etterbeek-Ixelles Iris-Sud	Sophie Alexander
Liège	site Citadelle du C.H.R. de la CITADELLE	Véronique Masson
Mons	C.H.U. Ambroise Paré	Gilles Ceysens

Le choix de quatre maternités s'est fait selon deux critères : géographique, celles-ci étant réparties dans 4 sub-régions différentes et pratique car les quatre conseillers gynécologues de l'O.N.E. y travaillent. Nous pouvons mieux situer ces maternités par rapport à la question des sorties précoces à partir des résultats de la base de données de l'IMA (en 2010) et de leurs réponses à l'enquête « maternités ». Sur base de ses deux sources d'informations, nous pouvons observer que la pratique en matière de retours précoces est fort différente selon les maternités.

Tableau 3. Sorties précoces par maternité par rapport à l'ensemble des accouchements (source : IMA 2010).

Maternité	Total des accouchements	Sorties précoces avant J3		Sorties précoces avant J5	
	n	n	%	n	%
Cliniques du Sud Luxembourg	720	52	7,2	202	28,1
Hôpitaux Iris-Sud	2194	136	6,2	252	11,5
C.H.R. de la Citadelle	1913	19	1,0	62	3,2
C.H.U. Ambroise Paré	740	15	2,0	23	3,1

Parmi les quatre maternités sélectionnées, les cliniques du Sud Luxembourg ont le plus haut taux de retours précoces avant J3 et avant J5 (7,2%, 28,1%). Le taux de retours précoces avant J5 y est particulièrement élevé car les sorties pour les césariennes programmées se font en général au J4.

Viennent ensuite les hôpitaux Iris-Sud (11,5% et 6,2%). Enfin, les hôpitaux du C.H.R. de la Citadelle et d'Ambroise Paré ont des taux de retours précoces beaucoup plus bas autour de 1 à 2% avant J3, de 3% avant J5.

Tableau 4. Sorties précoces par maternité par rapport aux accouchements par voie basse (<J3) (source : IMA 2010).

Maternité	Accouchements par VB	Sorties précoces (avant J3)	
	n	n	%
Cliniques du Sud Luxembourg	546	48	8,8
Hôpitaux Iris-Sud	1811	124	6,8
C.H.R. de la Citadelle	1470	18	1,2
C.H.U. Ambroise Paré	598	12	2,0

On observe que les Cliniques du Sud Luxembourg et des hôpitaux Iris-Sud ont une proportion de sorties précoces parmi les accouchements par voie basse relativement semblable (8,8% et 6,8%). Il en va de même pour le C.H.R. de la Citadelle et du C.H.U. Ambroise Paré mais à un taux beaucoup plus bas (1,2% et 2,0%).

Tableau 5. Sorties précoces par maternité par rapport aux accouchements par césarienne (<J5) (source : IMA 2010).

Maternité	Accouchements par CS	Sorties précoces (avant J5)	
	n	n	%
Cliniques du Sud Luxembourg	174	154	88,5
Hôpitaux Iris-Sud	383	128	33,4
C.H.R. de la Citadelle	443	44	9,9
C.H.U. Ambroise Paré	142	11	7,7

Parmi les femmes accouchées par césarienne, 88,5% sortent avant J5 aux cliniques du Sud-Luxembourg. Cette proportion est supérieur de plus de 2,5 fois à celle des hôpitaux Iris-Sud, d'environ 9 fois celle du C.H.R. de la Citadelle et de plus de 10 fois celle du C.H.U. d'Ambroise Paré.

Ces résultats se retrouvent au sein de l'enquête « maternités ». Les cliniques du Sud Luxembourg et les hôpitaux Iris-Sud disent encourager moyennement les sorties précoces alors que le C.H.R. de la Citadelle et le C.H.U. Ambroise Paré le font peu. L'encouragement ne semble pas dépendre de la « densité » (nombre d'accouchements par nombre de lits) car celui-ci est le plus haut pour le C.H.U. Ambroise Paré et le plus bas pour les Cliniques du Sud Luxembourg.

Seuls les hôpitaux Iris-Sud et le C.H.U. Ambroise Paré ont mis en place une procédure structurée en matière de retour précoce accompagné par sage-femme à domicile, contrairement aux deux autres faute de politique de service. Le C.H.U. Ambroise Paré fait appel à des sages-femmes de l'hôpital tandis que les cliniques du Sud Luxembourg des sages-femmes indépendantes. Les hôpitaux Iris-Sud et le C.H.R. de la Citadelle font appel à des sages-femmes indépendantes et à des sages-femmes au statut « mixte » (indépendantes et salariées de l'hôpital).

B. Méthodologie initiale : Registre complet et accord de la mère à la sortie de la maternité

Il était demandé au personnel de ces quatre maternités de remplir un registre (annexe 2) pour tous les accouchements reprenant :

- les critères d'éligibilité,
- la date de l'accouchement, la parité, le mode d'accouchement, le jour de sortie, la couverture de soins de santé, le suivi postnatal planifié, la sortie « appropriée »,
- l'accord de la mère et son téléphone.

Si les mères étaient éligibles, le personnel leur présentait le cadre de la recherche en donnant une feuille explicative (annexe 3) et demandait l'accord de la maman pour qu'on lui téléphone.

Le personnel des maternités devait remplir ce registre à partir du mois de janvier et nous le communiquer une fois que le nombre de 12 retours précoces avait été atteint.

Dans la pratique, la méthodologie prévue initialement n'a pu être appliquée dans les maternités.

Les sages-femmes de la maternité du C.H. Etterbeek-Ixelles Iris-Sud n'ont pas rempli le registre pour l'ensemble des accouchements durant la période du registre. Elles le faisaient uniquement quand elles en avaient le temps en l'absence d'autres critères. Pour les 53 mères enregistrées entre le 05/01 et 26/01/2013, le registre a été rempli et l'accord a été demandé à toutes les mamans. A partir du 26/01, cela a été fait uniquement pour 7 mères sur 77 dont 6 retours précoces. Pour les autres mères, on dispose uniquement des informations sur le mode d'accouchement et le jour de la sortie. Les retours précoces sont donc surreprésentés au sein du registre de cette maternité : 8% parmi le registre donné par la maternité (11/130), soit 16% parmi les mères sélectionnées pour l'enquête (éligibles et d'accord) (8/50) (voir le tableau 6 pour le récapitulatif à la page suivante).

Le personnel de la maternité de la clinique Saint-Joseph des Cliniques du Sud Luxembourg a donné son propre registre des accouchements. Celui-ci ne comportait aucune information sur la maîtrise de la langue maternelle par la mère et l'accord de la mère n'avait pas été demandé.

Le personnel de la maternité d'Ambroise Paré a communiqué un premier registre comprenant uniquement deux accouchements qui étaient des sorties précoces. Ensuite, le registre a été arrêté suite à un problème de communication entre l'accoucheuse en chef, le conseiller gynécologue O.N.E. et l'équipe de recherche.

Le personnel de la maternité de la Citadelle n'a pas souhaité remplir aucun registre étant donné l'absence totale de retours précoces selon l'équipe de sages-femmes.

C. Méthodologie revue : Registre partiel et envoi d'une lettre aux mères de trois des maternités

Pour ces trois dernières maternités, il leur a été demandé d'envoyer leur registre d'accouchements en prenant soin de retirer ou d'indiquer les mères ne répondant pas aux critères d'éligibilité. Dans la mesure du possible, la période incluse d'accouchements a été décalée à la première quinzaine de février de façon à respecter le suivi téléphonique des mères entre 4 à 8 semaines. Cela n'a pu être fait pour la clinique de Saint-Joseph.

Se posait alors, la question du respect de la vie privée des mères pour les maternités n'ayant pas demandé l'accord des mères à la sortie de la maternité. Il a été décidé en accord avec le comité d'accompagnement que les maternités enverraient à toutes les mères éligibles une lettre présentant la recherche et leur permettant de contacter l'équipe de recherche pour indiquer leur refus de participer ou demander plus d'informations (annexe 4). Un laps de temps de 5 à 6 jours était laissé entre l'envoi de la lettre et le début de l'enquête téléphonique.

Ces problèmes de registre ont entraîné un retard dans le commencement du début de l'enquête téléphonique pour trois des quatre maternités et l'impossibilité de connaître toutes les caractéristiques des mères accouchées (comme le nombre de retour précoce, la parité, le mode d'accouchement) durant la période couverte par le registre pour les comparer à notre échantillon (voir le tableau 6 pour le récapitulatif à la page suivante). Ainsi, on connaît uniquement le nombre de retour précoce pour les maternités du C.H. Etterbeek-Ixelles Iris-Sud et de la Clinique Saint-Joseph, respectivement 8% (11/130) pour une période d'environ 7 semaines et de 30% (24/81) pour une période de quatre semaines.

Tableau 6. Récapitulatif des modalités de l'enquête téléphonique et du registre par maternité (date en 2013).

	C.H. Etterbeek-Ixelles Iris-Sud	Clinique Saint-Joseph	Citadelle	C.H.U. Ambroise Paré
Période du registre (date d'accouchement)	5/1-21/2	1-31/1	1-15/2	1-15/2
Date d'envoi des lettres		14/03	13/03	20/03
Début de l'enquête téléphonique	27/02	19/03	18/03	26/03
Mères accouchées durant la période couverte par le registre	inconnu	81	inconnu	inconnu
Mères enregistrées	130* ¹	81	61	33
Mères éligibles* ²	51 sur 60	79	58	32
Mères éligibles et d'accord	50 sur 60	inconnu	inconnu	inconnu
Mode d'accouchement	100% (n=130)	100% (n=81)	inconnu	100% (n=33)
Voie basse	77% (100)	68% (55)		91% (30)
Césarienne	18% (24)	32 % (26)		9% (3)
Donnée manquante	5% (6)			0
Parité	100% (n=130)	100% (n=81)	inconnu	inconnu
Primipare	18% (24)	33% (27)		
Multipare	26% (34)	65% (53)		
Donnée manquante	55% (72)	1% (1)		
Jour de sortie en moyenne	J4	J3	inconnu	inconnu
Voie basse	J3	J3		
Césarienne	J5	J4		
Donnée manquante	(6)			
Primipare	J4	J3		
Multipare	J3	J3		
Donnée manquante	(72)	J3		
Retour précoce	8% (11/130)	30% (24/81)* ³	inconnu	inconnu
Voie basse	45 % (5)	17% (4)		
Césarienne	45% (5)	83% (20)		
Donnée manquante	10% (1)			
Retour précoce parmi les mères éligibles et d'accord	16% (8/50)	inconnu	inconnu	inconnu
Voie basse	50% (4)			
Césarienne	50% (4)			

*¹ Le registre a été complété dans son entièreté pour 60 mères mais ne comprend pas l'ensemble des accouchements car les sages-femmes n'avaient pas le temps de le faire. Entre le 05/01 et 26/01/2013, 53 mères ont été enregistrées dont cinq retours précoces (deux éligibles). Après le 26/01, 77 mères accouchées ont été indiquées ainsi que leur mode d'accouchement et le jour de sortie. Le registre a été rempli et l'accord demandé uniquement pour sept mères dont six retours précoces (tous éligibles) durant cette période.

*² 12 mères n'ont pas été sélectionnées selon les critères d'éligibilité : cinq dont la connaissance du français n'était pas suffisante, trois n'étant pas sorties de la maternité avec leur bébé, deux dont le vécu était difficile (toxicomanie, VIH, psychose) qui ont été écartées de fait par les maternités. À ces 12 mères, s'ajoutent trois mères dont le numéro de téléphone n'était pas indiqué ou pas correctement.

*³ Le retour précoce n'a pas pu être déterminé pour trois mères pour lesquelles il manque les heures de sortie.

2.3.3 Représentativité de l'échantillon

53 mères ont répondu au questionnaire, soit 30% des mères sélectionnées pour l'ensemble des maternités. La représentativité de notre échantillon par rapport à notre population de référence (les femmes récemment accouchées dans une maternité de la Fédération Wallonie-Bruxelles dans les critères de sélection) dépend essentiellement de 3 critères : un échantillonnage aléatoire, le taux de refus de participation, la taille de l'échantillon.

Tableau 7. Récapitulatif de l'enquête téléphonique parmi les mères sélectionnées pour les 4 maternités.

	C.H. Etterbeek-Ixelles	Clinique Saint-Joseph	Citadelle	C.H.U. Ambroise Paré	Total
Base de sondage (mères sélectionnées selon les critères définis) (n pour les %)	51	36	58	32	177
Entretien terminé	51% (26)	25% (9)	22% (13)	16% (5)	30% (53)
Mères contactées	96% (49)	89% (32)* ¹	100% (58)	100% (32)	97% (172)
Mères « au bout du fil »	73% (37)	44% (16)	55% (32)	44% (14)	56% (99)
Nombre d'appel* ²					
Aucun	4% (2)				1% (2)
Au moins 1 appel	96% (49)	89% (32)	100% (58)	100% (32)	97% (172)
Au moins 2 appels	35% (18)	19% (7)	26% (15)	50% (16)	32% (56)
Au moins 3 appels	59% (30)	11% (4)	5% (3)	16% (5)	23% (41)
Plus de 3 appels	29% (15)				8% (15)
Éligibilité au terme de l'enquête					
Éligible	86% (44)	25% (9)	22,4% (13)	16% (5)	40% (71)
Éligibilité inconnue	4% (2)	72% (26)	60,4 % (35)	72% (23)	49% (86)
Non éligible (erreur dans le registre)	10% (5)	3% (1)	17,2% (10)	12% (4)	11% (20)
Absence de dyade mère-enfant	0	0	0	6% (2)	1% (2)
Non-maîtrise du français	10% (5)	3% (1)	17,2% (10)	6% (2)	10% (18)
Refus	14% (7)	6% (2)* ³	16% (9)	16% (5)	13% (23)
à la sortie de la maternité	2% (1)				
au moment de l'appel ou spontané	12% (6)	6% (2)	16% (9)	16% (5)	12% (22)
Mères injoignables	16% (8)	8% (3)	5% (3)	6% (2)	9% (16)
Ne répond après 3 appels	10% (5)	0	0	0	3% (5)
Faux numéro	6% (3)	8% (3)	5% (3)	6% (2)	6% (11)

*¹ Inclus les rappels suite à une prise de rendez-vous.

*² Quatre mères n'ont pas été contactées par l'enquêteur car elles ont elles-mêmes contacté l'enquêteur pour leur signaler leur refus ou leur désir de participer.

*³ Deux refus parmi la sélection mais il y a eu quatre refus spontanés parmi les mères à plus de 8 semaines après leur accouchement qui n'étaient d'office pas contactées.

A. Échantillonnage aléatoire

En principe, l'échantillon devait être aléatoire c'est-à-dire qu'au sein des registres établis par les maternités selon nos critères, toutes les mères devaient avoir une probabilité identique de faire partie de l'échantillon.

Deux limites s'imposent donc à notre enquête :

- Au sein du registre de la maternité du C.H. Etterbeek-Ixelles Iris-Sud, les retours précoces sont surreprésentés. Il y en a 8% parmi le registre donné par la maternité (11/130), soit 16% parmi les mères sélectionnées pour l'enquête (éligibles et d'accord) (8/50).
- Toutes les mères n'ont pas eu exactement une probabilité identique de faire partie de l'échantillon car elles n'ont pas toutes été appelées le même nombre de fois. Les mères sélectionnées n'ayant pas manifesté leur refus de participer ont été toutes appelées au moins une fois (hormis 3 mères du registre de la maternité du C.H. Etterbeek-Ixelles Iris-Sud et 45 mères à plus de 8 semaines après leur accouchement au sein du registre de la clinique Saint-Joseph). Toutefois, le registre de la maternité du C.H. Etterbeek-Ixelles Iris-Sud étant disponible en premier les mères de celui-ci ont été appelées en moyenne plus de fois que les autres maternités. Ceci explique que le taux d'entretiens terminés par rapport au nombre de mères sélectionnées est le plus élevé pour la maternité du C.H. Etterbeek-Ixelles Iris-Sud (tableau 7 pour le détail du nombre d'appel).

B. Taux de refus de participation

La différence entre le taux d'entretiens terminés et le taux de mères que l'enquêteur a eu au bout du fil s'explique par une série d'erreurs dans le registre (20 mères non éligibles ont été contactées) et le refus de participation de certaines mères.

13% des mères sélectionnées (23/177) ont refusé de participer à l'enquête. Les taux dans les quatre maternités sont globalement identiques (entre 14 et 16%), sauf pour la maternité de la clinique Saint-Joseph où il est plus faible (6%).

Tableau 8. Motif(s) du refus de participation à l'enquête (n=23).

Motif(s) du refus	n	%
Je suis trop occupée pour le moment	12	52,2
Je suis en déménagement	2	8,7
Je suis débordée avec mes enfants	5	21,7
Pas de précision	4	17,4
Je ne vois pas l'intérêt de participer	4	17,4
Je ne me rappelle pas avoir donné mon accord à la maternité et ça ne m'intéresse pas	2	8,7
Je n'ai pas reçu le courrier. Le thème de l'étude m'intéresse mais je ne trouve pas normal que l'on ait donné mon numéro de téléphone sans mon accord.	1	4,3
Le mari : ma femme est en convalescence car elle vient de rentrer de l'hôpital et elle doit se reposer	1	4,3
Total	20	87,0
Donnée manquante	3	13,0

Les motifs de refus sont connus pour 20 des 23 mères concernées. Une mère sur deux (12/23) était trop occupée pour pouvoir répondre à l'enquête (dont environ 42% (5/12) parce qu'elles étaient débordées avec leurs enfants). Quatre mères ne voyaient pas l'intérêt de participer à l'étude dont une précise ne pas avoir reçu le courrier de la maternité.

Deux mères ne se rappelaient pas avoir donné leurs accords à la sortie de la maternité et ne souhaitent pas participer. Il faut préciser que seule une mère se rappelait avoir donné son accord pour cette étude sur les 37 mères de la maternité C.H. Etterbeek-Ixelles Iris-Sud que l'enquêteur a eu au bout du fil.

Une mère n'avait pas reçu le courrier de la maternité et était déçue que son numéro de téléphone ait été communiqué à l'équipe de recherche même si elle considérait l'objet de la recherche comme utile. Enfin, un mari a répondu pour sa femme que celle-ci était en convalescence suite à un séjour en hôpital.

Pour la clinique Saint-Joseph, il y a également quatre refus spontanés parmi les mères à plus de 8 semaines après leur accouchement qui n'étaient d'office pas contactées. Ces refus ne sont donc pas comptabilisés ici. Par rapport aux motifs de refus, deux sont inconnus, une mère était trop occupée et une mère avait peur de devoir répondre à des questions intimes.

Ces refus sont gênants pour la représentativité de l'échantillon dans la mesure où ils concerneraient un groupe particulier de mères dont les caractéristiques nous intéressent dans le cadre de l'enquête. Étant donné que nous ne possédons pas les registres complets pour l'ensemble de ces mères, il est impossible de vérifier cette hypothèse.

On peut supposer que les mères multipares aient plus de difficultés organisationnelles au retour à la maison et aient dès lors moins de temps pour répondre à l'enquête. Toutefois, l'enquête par téléphone permet dans la majorité des cas de rappeler les mères à un moment qui leur convient mieux. Il est possible aussi que les mères qui ne souhaitent pas de visites à domicile car elles ont peur de se sentir juger ne désirent pas non plus participer à ce genre d'enquête.

C. Taille de l'échantillon

Nous disposons d'un petit échantillon d'une cinquantaine d'individus. Cela n'est pas forcément un problème si celui-ci est homogène. Or, nous nous intéressons particulièrement à la comparaison de deux groupes : les retours non précoces et les retours précoces, ainsi qu'aux retours précoces « souhaités » versus « forcés ». Si l'on souhaite comparer des groupes entre eux, il est essentiel que chacun de ceux-ci soit bien représenté. De plus, la précocité du retour devrait être croisée avec le mode d'accouchement, la parité ainsi que le lieu de l'accouchement car les politiques de maternités peuvent être fort différentes en la matière. Or, *« plus l'hétérogénéité et la complexité du phénomène étudié sont supposées grandes, plus l'échantillon (ou le sous-échantillon) devra être de grande taille »* (Martin, 2009, p. 26).

Au cours de cette recherche, nous nous sommes rendu compte que les retours précoces étaient peu nombreux. 15 mères sorties précocement ont été interviewées contre 38 sorties non précocement. Il est dès lors souvent impossible de savoir si les différences de pourcentage observées au sein de notre échantillon entre ces groupes sont représentatives des différences au sein de la population étudiée ou au contraire, si ces différences sont dues au hasard. La majorité des tests statistiques seront dès lors non significatifs, ce qui n'induit pas pour autant l'absence de lien entre nos variables au sein de la population étudiée.

Dans l'idéal, il aurait fallu soit disposer d'un échantillon plus grand en continuant l'enquête téléphonique, soit dès le départ surreprésenter les retours précoces (avec par exemple un quota de 50% de retours précoces et 50% de retours non précoces).

Les données récoltées n'en sont pas moins intéressantes. Elles permettent déjà une première exploration de la question. Qui plus est, l'enquête téléphonique a permis de récolter de nombreux commentaires des mères en plus de leurs réponses aux questions fermées.

2.4 Les variables

Une variable « nombre d'heures passées à la maternité après l'accouchement » a été créée à partir des variables sur la date et l'heure de l'accouchement et de la sortie de la maternité. Sur base de cette variable, nous avons créé une variable « jour de sortie de la maternité » (J0, J1, J2, ...).

Nous avons ensuite créé une variable « précocité du retour à domicile » à partir de la variable « nombre d'heures passées à la maternité après l'accouchement » et la variable sur le mode d'accouchement. Cette variable comporte deux modalités (retour précoce, retour non précoce) sur base de la définition citée dans introduction.

2.5 L'encodage et l'analyse

L'encodage était possible en même temps que l'entretien grâce à l'usage d'un téléphone en mode main libre. Les réponses ont été encodées via un formulaire en ligne créé à partir de Soorvey, un outil de sondage en ligne.¹

Les analyses ont été réalisées avec les versions 20 et 21 de SPSS. Les statistiques descriptives usuelles ont été utilisées pour la description des données. Les comparaisons de proportions ont été réalisées avec le test du chi-carré de Pearson lorsque les conditions d'applications étaient rencontrées. Autrement, le test de Fisher exact (pour les tableaux à quatre cellules) ou la méthode de Monte Carlo (pour les tableaux à plus de quatre cellules) ont été utilisés. Pour toutes les analyses, nous avons adopté un seuil de signification de 0,05.

¹ Celui-ci est gratuit et les résultats sont disponibles sous format Excel. Pour plus d'informations : <http://soorvey.com/fr/>.

3 Résultats

3.1 Précocité du retour à domicile

Tableau 9. Précocité du retour à domicile.

	n	%
Retour précoce	15	28,3
Retour non précoce	38	71,7
Total	53	100,0

Parmi les 53 mères ayant participé à l'enquête, 28,3% sont sorties précocement.

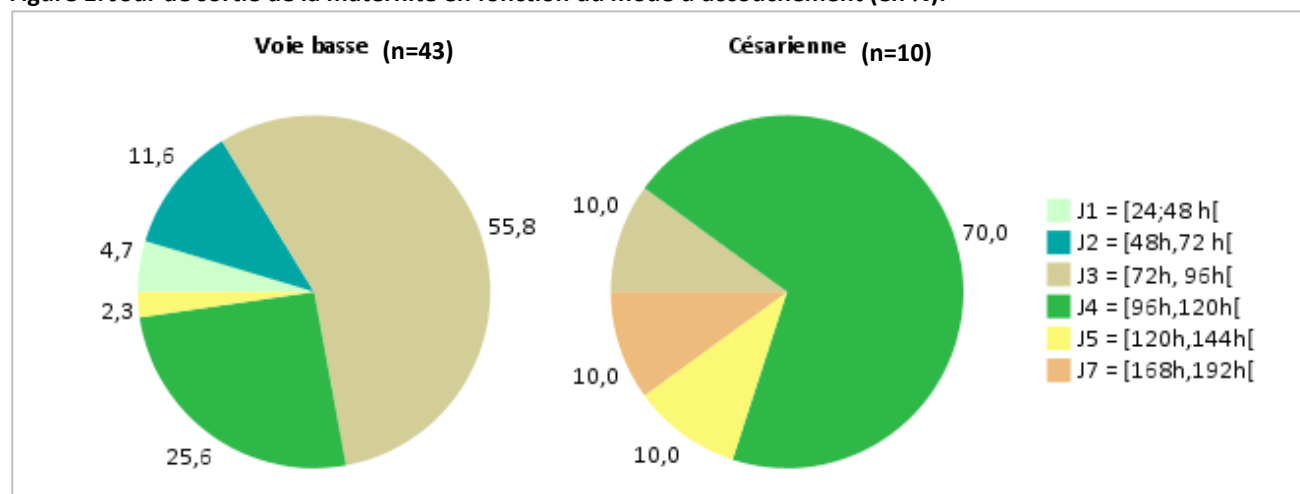
Tableau 10. Précocité du retour à domicile et heures passées à la maternité après l'accouchement en fonction du mode d'accouchement (heures : minutes).

Mode d'accouchement	n	%	médiane (min-max)
Voie basse	43	81,1	88:30 (40:30-133:30)
Retour précoce	7	13,2	61:00 (40:30-68:00)
Retour non précoce	36	67,9	91:24 (72:35-133:30)
Césarienne	10	18,9	100:30 (90:47-161:30)
Retour précoce	8	15,1	99:45 (90:47-111:36)
Retour non précoce	2	3,8	144:22 (127:15-161:30)
Total	53	100,0	91:30 (40:30-161:30)

Pour l'ensemble des 53 mères, le nombre médian d'heures passées à la maternité après l'accouchement est de 91h32 (min. : 40h30 - max. : 161h30).

Parmi les accouchées par voie basse, ce nombre médian est de 88h30 : pour les retours précoces de 61h00 (min. : 40h30 - max. 68h), pour les retours non précoces de 91h24 (min. : 72h35 – max. : 133h30). Parmi les accouchées par césarienne, ce nombre médian est de 100h30 : pour les retours précoces de 99h45 (min. : 90h47 - max : 111h36), pour les retours non précoces de 144h22 (min. : 127h15 - max. : 161h30).

Figure 1. Jour de sortie de la maternité en fonction du mode d'accouchement (en %).



Le nombre d'heures passées à la maternité peut être converti en jour de sortie de la maternité (J0, J1, J2, ...) pour plus de lisibilité.

Dans l'ensemble de notre échantillon, les mères sont en moyenne sorties à J3. 13,2% (7/53) sont sorties avant J3 et ne concernent que des accouchées par voie basse. 60% (32/53) sont sorties avant J4 et 94,3% avant J5.

Parmi les accouchées par voie basse, 16,3% sont sorties précocement (à J1 ou J2) contre 80% parmi les accouchées par césarienne (à J3 ou J4).

Il faut noter que le jour de sortie est calculé sur base du nombre précis d'heures passées à la maternité et non une évaluation selon les mères ou encore une soustraction entre uniquement la date de sortie et la date d'accouchement. La comparaison entre les résultats issus de ces différentes méthodes est donc difficile, par exemple avec les résultats présentés sur base des données de l'IMA en 2010 ou encore ceux présentés par Dedicated dans le cadre d'une étude pour l'O.N.E. en 2012 :

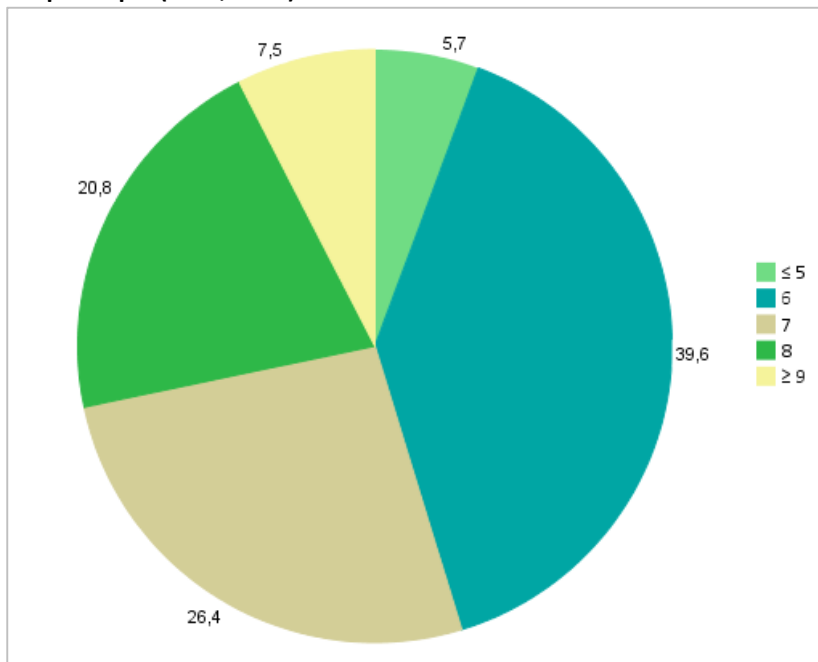
« L'étude montre que les mamans interrogées restent en moyenne 5 jours en maternité. Elles sont néanmoins 15% à rester moins de 4 jours à la maternité (...) Ce sont les femmes du Brabant Wallon qui ont tendance à rester le moins longtemps à la maternité (26% quittent avant 4 jours) et les Hennuyères qui ont tendance à rester le plus longtemps : 17% d'entre elles restant plus de 7 jours en maternité. » (p.68).

Pour l'enquête, nous présenterons dans un premier temps la période de l'appel (nombre de semaines après l'accouchement au moment de l'appel), les caractéristiques générales de la population (informations sur la mère, leur éventuel(le) conjoint(e), le bébé, la grossesse et l'accouchement).

Nous aborderons ensuite des questions plus centrales dans le cadre de cette enquête telles que les conditions et les raisons de la sortie, la planification de la sortie, la perception des mères par rapport à la durée de leur séjour, le sentiment de préparation à l'entrée et à la sortie de la maternité, ...

3.2 Période de l'appel

Figure 2. Nombre de semaines (arrondies à l'inférieur) après l'accouchement au moment de l'entretien téléphonique (en %, n=53).



86,9 % des mères ont été interviewées au cours de la sixième, septième ou huitième semaine après l'accouchement. 7,5% (4/53) ont été interviewées au-delà de la huitième semaine (cf. *supra* méthodologie) et 5,7% (3/53) en dessous de la sixième semaine.

Tableau 11. Nombre de semaines après l'accouchement au moment de l'appel en fonction de la précocité.

Précocité du retour à domicile	n	médiane (min.-max.)
Retour précoce	15	7,0 (4,0-11,14)
Retour non précoce	38	7,2 (6,14-10,14)
Total	53	7,14 (4,0-11,14)

Au final, le nombre médian de semaines après l'accouchement au moment de l'entretien téléphonique est de 7,14 (min. : 4,0 - max. : 11,14). Celui-ci ne diffère pas sensiblement pour les retours précoces par rapport aux retours non précoces. Il faut noter que les valeurs extrêmes sont plus importantes parmi les retours précoces.

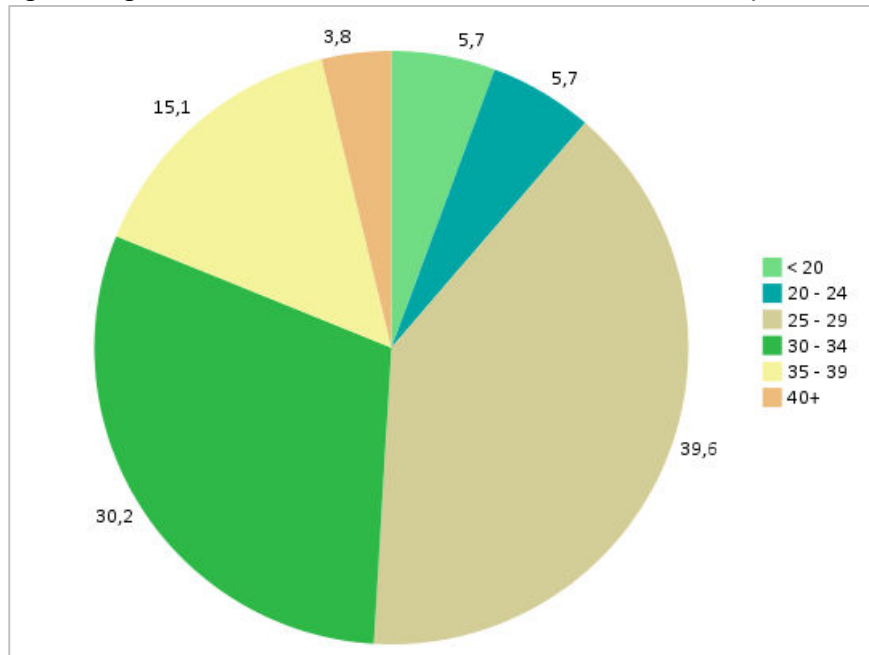
Ces données sont à prendre en considération pour les questions relatives aux consultations postnatales qui sont probablement plus nombreuses à mesure que l'on s'éloigne de la date de l'accouchement.

3.3 Description générale de la population

3.3.1 Informations sur les mères et leur éventuel(le) conjoint(e)

A. Âge des mères

Figure 3. Âge de la mère en années au moment de l'accouchement (en %, n=53).



L'âge moyen des mères au jour de l'accouchement est de 29,8 ans (âge médian : 29,0 ans, min. : 16 ans - max. : 41 ans). 11,4 % ont moins de 25 ans et 18,9 % sont âgées d'au moins 35 ans. Ces résultats sont similaires aux données en population : 29,4 ans en Wallonie et 30,9 en Région bruxelloise pour l'année 2010 (Leroy et al, 2012a et 2012b).

Tableau 12. Précocité du retour à domicile en fonction de l'âge de la mère.

Age de la mère (années)	n	Précocité du retour à domicile			
		Précoce		Non précoce	
		n	%	n	%
< 20	3	0	0,0%	3	7,9%
20 - 24	3	2	13,3%	1	2,6%
25 - 29	21	7	46,7%	14	36,8%
30 - 34	16	3	20,0%	13	34,2%
35 - 39	8	2	13,3%	6	15,8%
40+	2	1	6,7%	1	2,6%
Total	53	15	100,0%	38	100,0%

Il n'y a pas de lien entre l'âge et la précocité du retour à domicile (p de Monte Carlo non significatif).

B. Parité

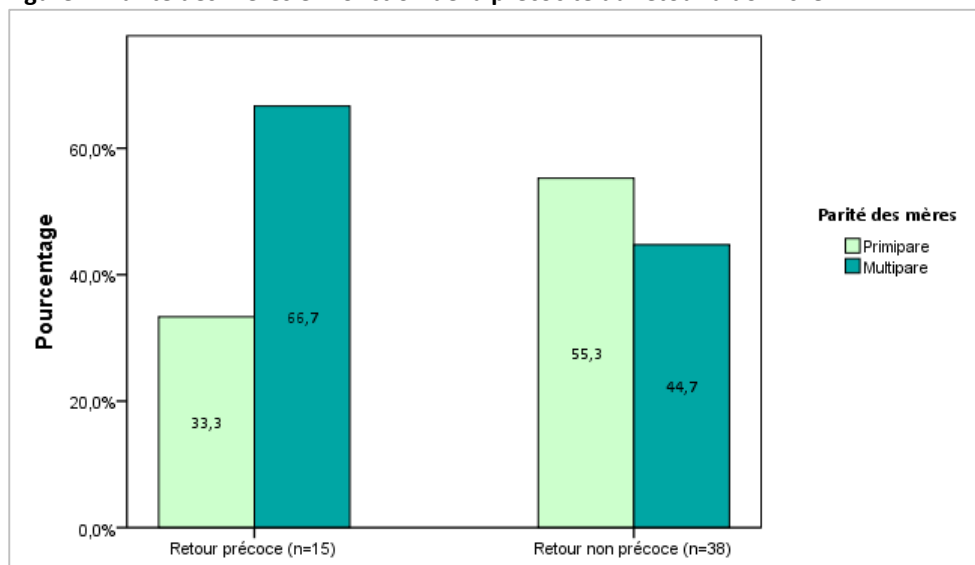
Tableau 13. Parité des mères.

	n	%
Multipare	27	50,9
Primipare	26	49,1
Total	53	100,0

La parité des mères est distribuée quasi équitablement au sein de l'échantillon (50,9% multipares contre 49,1% primipares). Ici encore, les résultats sont du même ordre de grandeur que la population générale enregistrée au CEpiP en 2010 avec 44,7% de primipares en Wallonie et 44,2% en Région bruxelloise (Leroy et al, 2012a et 2012b).

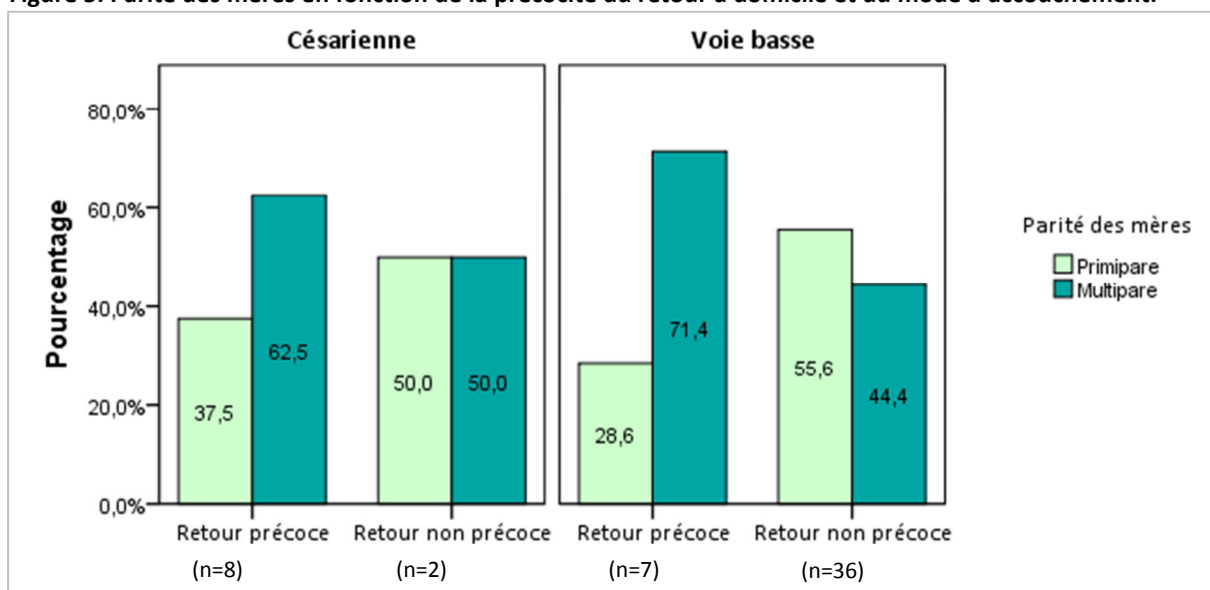
Il n'y a pas de lien entre la parité et l'âge de la mère (p de Monte Carlo non significatif). Les mères de moins de 20 ans sont primipares. Les mères entre 20 et 24 ans sont multipares. La proportion de mères de plus de 25 ans est distribuée quasi équitablement, hormis pour les mères entre 35 et 39 ans (18,5% multipares contre 11,5%).

Figure 4. Parité des mères en fonction de la précocité du retour à domicile.



Il n'y a pas non plus de lien entre la parité et la précocité du retour à domicile bien qu'on remarque que 66,7% des mères sorties précocement sont multipares contre 44,7% parmi les mères sorties non précocement (p de Pearson non significatif).

Figure 5. Parité des mères en fonction de la précocité du retour à domicile et du mode d'accouchement.



On observe que ces différences se maintiennent en fonction du mode d'accouchement, sauf pour les mères accouchées par césarienne sorties non précocement où la proportion de primipare et de multipare est identique mais porte sur un très petit nombre d'observation (n=2).

Bien qu'il n'y ait pas de lien entre la parité et la précocité du retour à domicile au sein de chaque mode d'accouchement (p de Fisher non significatif dans les deux cas), la proportion de multipares est toujours plus importante parmi les retours précoces que parmi les retours non précoces peu importe le mode d'accouchement.

Parmi les femmes accouchées par césarienne, 62,5% des mères sorties précocement (5/8) sont multipares contre 50% parmi les mères sorties non précocement (1/2). Parmi les femmes accouchées par voie basse, 71,4% des mères sorties précocement (5/7) sont multipares contre 44,4 % parmi les mères sorties non précocement (16/36).

Tableau 14. Nombre d'autres enfants (sans compter le bébé récemment né) en fonction de la précocité du retour à domicile.

Nombre d'autres enfants	n	%	Précocité du retour à domicile			
			Précoce		non précoce	
			n	%	n	%
1	15	55,6	4	40,0	11	64,7
2	8	29,6	5	50,0	3	17,6
3	3	11,1	0	0,0	3	17,6
4	1	3,7	1	10,0	0	0,0
Total	27	100,0	10	100,0	17	100,0

Parmi les 27 mères multipares, près d'une mère sur deux (15/27) a un seul autre enfant. Près d'une mère sur trois a deux autres enfants.

Bien qu'il n'y ait pas d'association entre le nombre d'autres enfants et la précocité du retour à domicile (p de Monte Carlo non significatif), on remarque que la proportion des mères ayant un seul autre enfant est moins importante parmi celles sorties précocement que parmi celles sorties non précocement.

Par ailleurs, l'item parité n'étant pas disponible dans les données de l'IMA, c'est uniquement par cette enquête que la question a pu être posée.

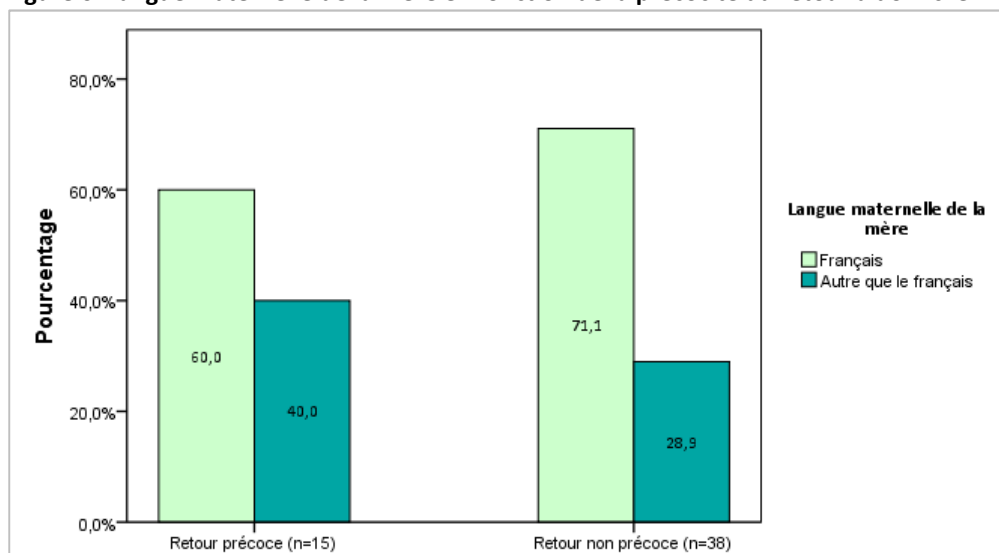
C. Langue maternelle de la mère

Tableau 15. Langue maternelle de la mère.

	n	%
Français (uniquement ou notamment)	36	67,9
Français	29	54,7
Français et italien	2	3,8
Français et lingala	2	3,8
Français et espagnol	1	1,9
Français et plusieurs langues du Cameroun	1	1,9
Français, Lingala et Swahili	1	1,9
Autre que le français	17	32,1
Arabe	3	5,7
Portugais	3	5,7
Polonais	2	3,8
Afare	1	1,9
Allemand	1	1,9
Balengou (Cameroun)	1	1,9
Berbère	1	1,9
Guerze	1	1,9
Malinké	1	1,9
Néerlandais	1	1,9
Roumain	1	1,9
Vietnamien	1	1,9
Total	53	100,0

En ce qui concerne la langue maternelle des mères, 67,9 % d'entre elles déclarent que le français est leur langue maternelle ou une de leurs langues maternelles : 54,7% uniquement ou 13,2% notamment.

Figure 6. Langue maternelle de la mère en fonction de la précocité du retour à domicile.



Il n'y a pas de lien entre la langue maternelle de la mère et la précocité du retour à domicile bien qu'on remarque que 40,0% des mères sorties précocement (6/15) déclarent que le français n'est pas leur langue maternelle contre 28,9% parmi les mères sorties non précocement (11/38) (p de Fisher non significatif).

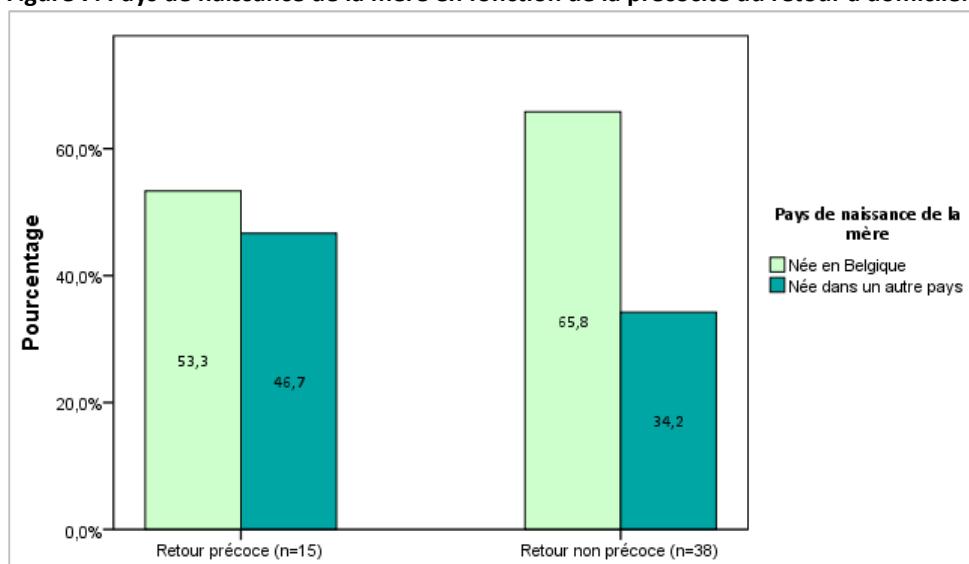
D. Pays de naissance de la mère

Tableau 16. Pays de naissance de la mère et arrivée en Belgique en nombre d'années pour les mères nées dans un autre pays.

	N	%
Pays de naissance de la mère		
Née en Belgique	34	64,2
Née dans un autre pays	20	35,8
Total	53	100,0
Arrivée en Belgique		
Depuis 5 ans ou plus	10	50,0
Depuis moins de 5 ans	10	50,0
Total	20	100,0

35,8% des mères déclarent ne pas être nées en Belgique. Parmi celles-ci, une mère sur deux est en Belgique depuis moins de 5 ans.

Figure 7. Pays de naissance de la mère en fonction de la précocité du retour à domicile.



Il n'y a pas de lien entre la langue maternelle de la mère et la précocité du retour à domicile malgré que 46,7 % des mères sorties précocement (7/15) ne sont pas nées en Belgique contre 34,2 % parmi les mères sorties non précocement (13/38) (p de Pearson non significatif).

Il n'y a pas non plus de lien entre l'arrivée en Belgique (en nombres d'années) et la précocité du retour à domicile (p de Fisher non significatif).

E. Niveau d'étude de la mère

Tableau 17. Dernier diplôme obtenu par la mère.

	n	%
Diplôme d'humanités ou inférieur	21	39,6
Diplôme de l'enseignement supérieur ou post-universitaire	32	60,4
Total	53	100,0

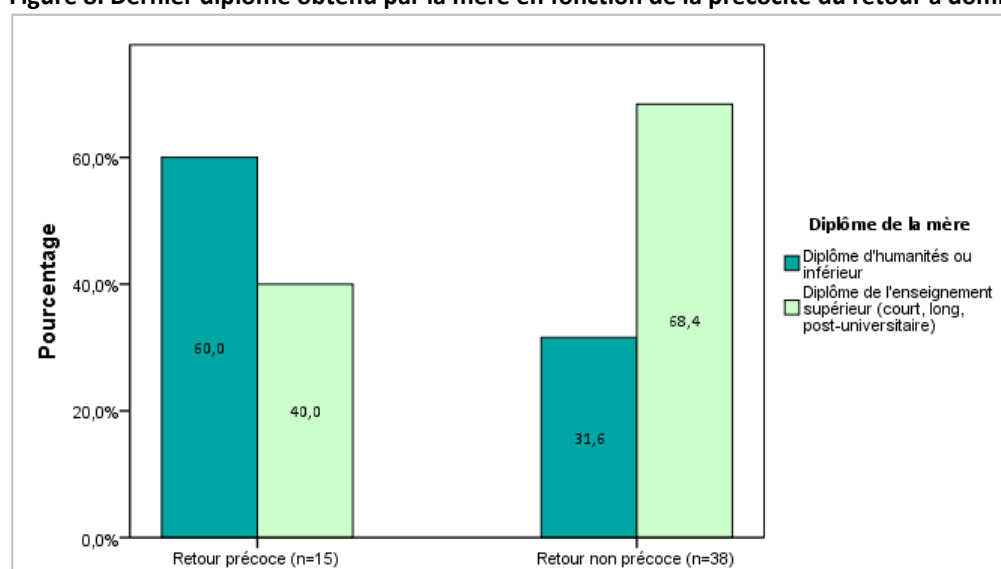
Lorsqu'on interroge les mères sur le dernier diplôme obtenu, on remarque que 39,6% des mères (21/53) n'ont pas un diplôme de l'enseignement supérieur : parmi celles-ci, près de trois mères sur quatre (16/21) ont terminé les secondaires supérieures. Deux mères ont précisé qu'elles étaient toujours en cours de formation bien que leur dernier diplôme obtenu est uniquement pris en compte ici : une mère de 16 ans est en formation secondaire de type professionnel, une autre mère est en cours de doctorat.

Tableau 18. Dernier diplôme obtenu par la mère en fonction de la précocité du retour à domicile.

Dernier diplôme obtenu par la mère	n	Précocité du retour à domicile			
		Précoce		Non précoce	
		n	%	n	%
Primaires terminées	2	1	6,7	1	2,6
Secondaires inférieures terminées	3	2	13,3	1	2,6
Secondaires supérieures terminées	16	6	40,0	10	26,3
Supérieures de type court terminées (graduat/bachelier)	19	4	26,7	15	39,5
Supérieures de type long ou universitaires terminées	12	1	6,7	11	28,9
Post-universitaires terminées	1	1	6,7	0	0
Total	53	15	100,0%	38	100,0%

La précocité du retour à domicile n'est pas associée de façon significative au dernier diplôme obtenu (variable regroupée en deux catégories) (p de Pearson non significatif) bien que la proportion de mères ayant un diplôme d'humanités ou inférieur (60,0%) est plus importante parmi les mères sorties précocement que parmi les mères non sorties précocement (31,6%) (figure 8).

Figure 8. Dernier diplôme obtenu par la mère en fonction de la précocité du retour à domicile.



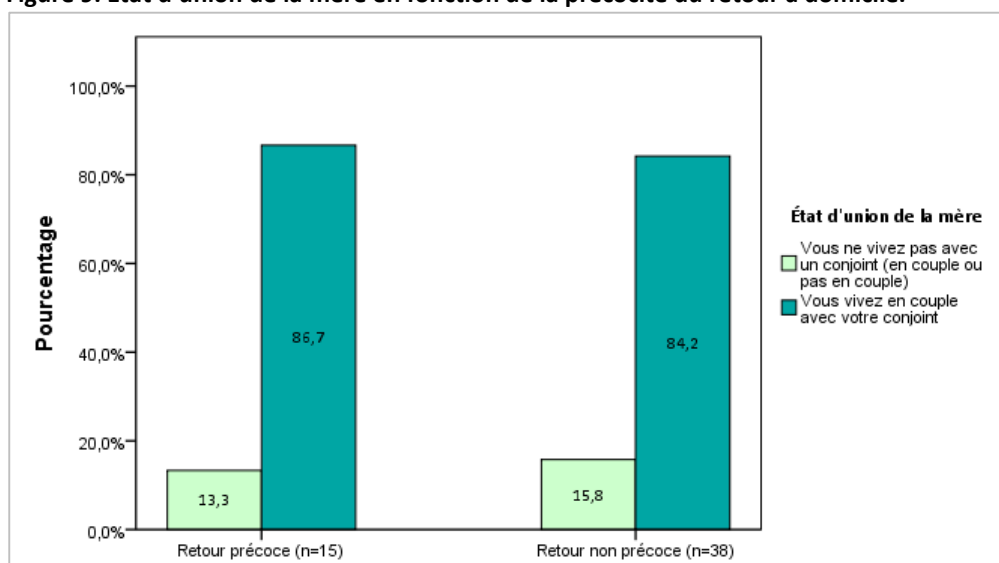
F. État d'union de la mère

Tableau 19. État d'union de la mère.

	n	%
Vous vivez seule (n'a pas de conjoint(e))	4	7,5
Vous vivez en couple avec votre conjoint(e)	45	84,9
Vous êtes en couple mais ne vivez pas avec votre conjoint(e)	4	7,5
Total	53	100,0

Lorsque l'on interroge les femmes sur leur état d'union, on observe que la grande majorité (84,9%) sont en couple et vivent avec leur conjoint(e). 15% ne vivent pas avec un conjoint. Parmi celles-ci, une mère de 16 ans vit avec sa famille et voit régulièrement son conjoint sans pour autant vivre de manière permanente avec lui.

Figure 9. État d'union de la mère en fonction de la précocité du retour à domicile.



On observe aucune association significative entre la précocité du retour à domicile et le fait de vivre en couple avec un(e) conjoint(e) (variable regroupée en deux catégories) (p de Pearson non significatif). La proportion de femmes ne vivant pas avec un conjoint est presque équivalente dans les deux groupes. Parmi les 53 mères ayant participé à l'enquête, 2 mères sorties précocement ne vivent pas en couple avec un conjoint : l'une vit seule et n'a pas de conjoint, l'autre est en couple mais n'habite pas avec son conjoint.

Globalement, à cause de la petite taille de l'échantillon, il n'y a aucune différence significative en ce qui concerne les catégories socio-économiques entre les patientes qui sortent tôt et les autres. Toutefois dans notre enquête il y a une « tendance » non significative à un excès de sorties précoces chez les multipares, les femmes moins instruites, et celles qui n'ont pas le français comme langue maternelle. Si cette tendance se confirmait sur un échantillon plus grand, elle aurait des implications spécifiques pour les recommandations à faire.

G. Caractéristiques des conjoint(e)s

Parmi les mères ayant participé à l'enquête, la très grande majorité (93%) sont en couple. Concernant la langue maternelle de leurs conjoint(e)s, 69 % des mères répondent qu'il s'agit du français : 61 % uniquement, 8% notamment.

63 % des conjoint(e)s sont né(e)s en Belgique. Parmi les 18 conjoint(e)s qui ne sont pas né(e)s en Belgique, 1 sur 3 conjoint(e)s est en Belgique depuis moins de 5 ans. 2 mères ont un conjoint qui n'habite pas en Belgique : l'une vit seule et l'autre vit en couple à la frontière franco-belge.

Lorsqu'on interroge les mères sur le dernier diplôme obtenu par leur conjoint(e), on remarque que 41% des conjoint(e)s (20/49) n'ont pas un diplôme de l'enseignement supérieur : parmi ceux-ci, trois sur quatre conjoint(e)s (15/20) ont terminé les secondaires supérieures.

Tableau 20. Caractéristiques des conjoint(e)s.

	n	%
Langue(s) maternelle(s) (n=49)		
Français (uniquement ou notamment)	34	69,4
Français	30	61,2
Français et anglais	1	2,0
Français et italien	1	2,0
Français et plusieurs langues du Cameroun	1	2,0
Français et turc	1	2,0
Autre que le français	15	30,6
Arabe	3	6,1
Italien	2	4,1
Polonais	2	4,1
Allemand	1	2,0
Espagnol	1	2,0
Guerze	1	2,0
Malien (ne sait pas exactement)	1	2,0
Marocain	1	2,0
Ne sait pas (originaire du Libéria)	1	2,0
Portugais	1	2,0
Roumain	1	2,0
Pays de naissance (n=49)		
Né en Belgique	31	63,3
Né dans un autre pays	18	36,7
Arrivée en Belgique (n= 18)		
Depuis 5 ans ou plus	8	44,4
Depuis moins de 5 ans	6	33,3
Il habite à l'étranger	2	11,1
Donnée manquante (ne sait pas)	2	11,1
Dernier diplôme obtenu (n=49)		
Diplôme d'humanités ou inférieur	20	40,8
Diplôme de l'enseignement supérieur ou postuniversitaire	28	57,1
Donnée manquante (ne sait pas)	1	2,0

Nous n'avons pas testé l'association entre les caractéristiques des conjoints et la précocité du retour à domicile.

3.3.2 Informations sur le bébé à la naissance

A. Poids du bébé à la naissance

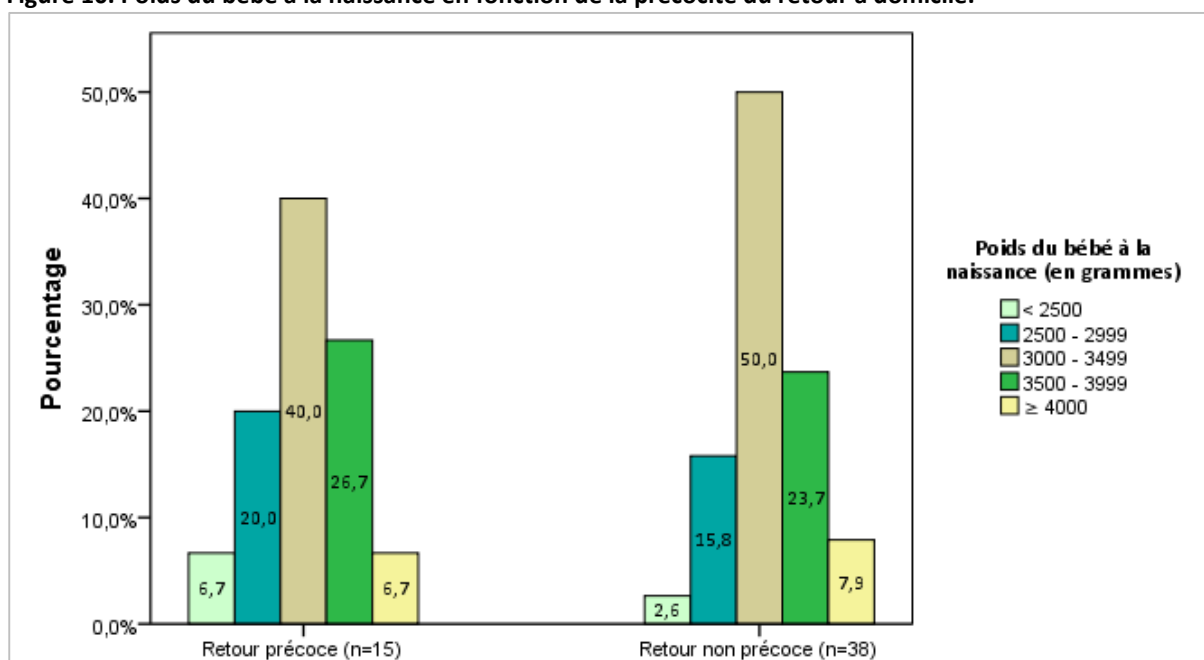
Tableau 21. Poids du bébé à la naissance (grammes).

	n	%
< 2500	2	3,8
2500 - 2999	9	17,0
3000 - 3499	25	47,2
3500 - 3999	13	24,5
≥ 4000	4	7,5
Total	53	100,0

Les bébés ont en moyenne un poids de 3317 g (médiane : 3195 g, min. : 2390 g - max. : 4470 g) : 3270 g pour les bébés sortis précocement (médiane : 3170 g, min. : 2450 g - max. : 4420 g), 3335 g pour les bébés sortis non précocement (médiane : 3255 g, min. : 2390 g - max. : 4470 g). Deux bébés sont nés avec un poids inférieur à 2500 g (2390 g et 2450 g nés respectivement à 36 et 40,57 semaines).

Là aussi, les données de l'enquête sont proches des données en population du CEpiP pour l'année 2010 pour qui le poids moyen des bébés nés vivants en Wallonie est de 3,224 g et à Bruxelles de 3,282 g. Le poids un peu plus élevé s'explique aussi en partie par le fait que les enfants qui ne sont pas sortis avec leur mère étaient exclus de l'enquête (Leroy et al, 2012a et 2012b).

Figure 10. Poids du bébé à la naissance en fonction de la précocité du retour à domicile.



La précocité du retour à domicile n'est pas associée de façon significative au poids à la naissance du bébé (variable regroupée en cinq catégories) (p de Monte Carlo non significatif). La distribution du poids du bébé est globalement identique au sein des deux groupes.

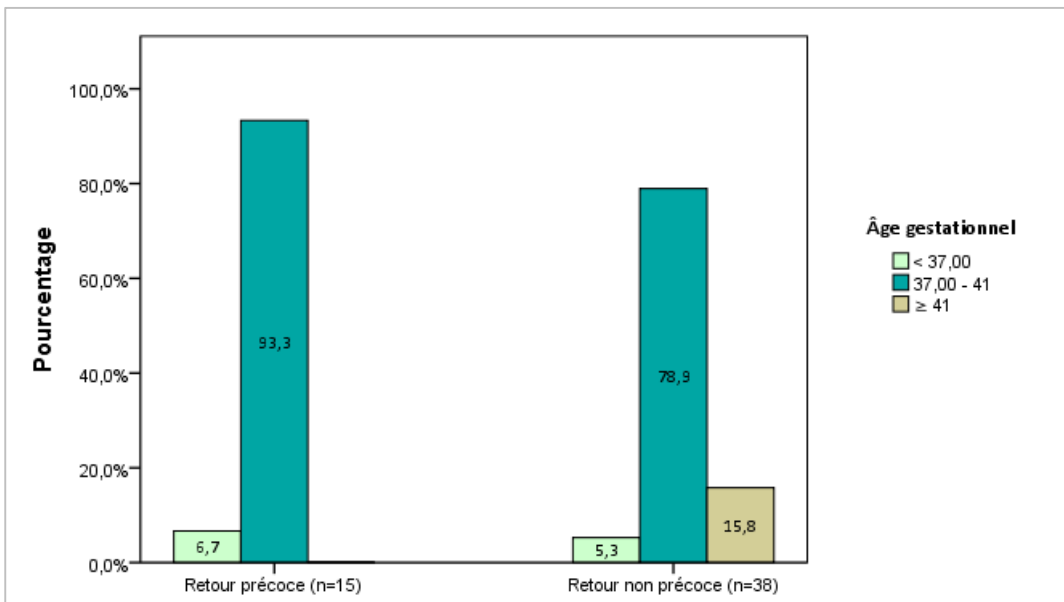
B. Âge gestationnel à la naissance

Tableau 22. Âge gestationnel (en semaines de grossesse) au moment de l'accouchement.

	n	%
< 37	3	5,7
37 - 40	44	83,0
≥ 41	6	11,3
Total	53	100,0

Concernant l'âge gestationnel en semaines de grossesse, les femmes répondent avoir accouché en moyenne à 39 semaines (médiane : 39, min. : 26,57 – max. : 42). Seule une mère a accouché à moins de 28 semaines et celle-ci est sortie précocement. Comme pour le poids, les données de l'enquête sont proches des données en population du CEpiP pour l'année 2010 pour qui l'âge gestationnel moyen est de 38 semaines, tant à Bruxelles qu'en Wallonie (Leroy et al, 2012a et 2012b), et l'âge gestationnel moyen plus élevé d'une semaine s'explique aussi par le fait que les enfants qui ne sont pas sortis avec leur mère étaient exclus de l'enquête.

Figure 11. Âge gestationnel (en semaines de grossesse) au moment de l'accouchement en fonction de la précocité du retour à domicile.



Il n'y a pas d'association entre l'âge gestationnel et la précocité du retour bien que l'on observe que toutes les mères accouchées à 41 semaines de grossesse ou plus (6/53) sont sorties non précocement. Celles-ci ont toutes accouché par voie basse et sont sorties à J3 (min. : 74h35 - max. : 89h00).

3.3.3 Informations sur la grossesse et l'accouchement

A. Suivi prénatal de la grossesse

Toutes les mères participantes ont fait suivre leur grossesse avant ou à partir du 3^{ème} mois.

Tableau 23. Par qui votre grossesse a-t-elle été suivie ? (Multiples réponses).

	n	% sur 53 mères
Par un gynécologue privé	28	52,8
Aux consultations non privées (hôpital, polyclinique)	27	50,9
Gynécologue	17	32,1
Sage-femme	5	9,4
Séances prénatales de kinésithérapie	4	7,5
Séances d'informations à l'hôpital (atelier naissance, ...)	2	3,8
Quelqu'un de l'O.N.E.	2	3,8
Sage-femme privée	9	17,0
Médecin généraliste privé	1	1,9
Aux consultations de l'ONE	2	3,8
Autre	6	11,3
Kinésithérapeute privé pour la préparation à l'accouchement	3	1,9
Cours de préparation en piscine	2	3,8
Obstétricien (pour les échographies)	1	1,9
Haptonome privé	1	1,9
Échographie (pieds bots bilatéraux), échographie morphologique, amniosynthèse et IRM du cerveau.	1	1,9
Test à l'ICM (l'Institut du Cerveau et de la Moelle épinière) à Bruxelles	1	1,9

Les résultats du tableau 23 doivent être lus en ligne car les mères pouvaient choisir plusieurs réponses. Elles ont donc été suivies uniquement ou notamment par le type de professionnel indiqué ou dans le cadre de la structure de santé mentionnée (de même pour les pourcentages ci-dessous).

52,8% des mères disent avoir consulté un gynécologue privé et 32,1% un gynécologue dans le cadre de consultations non privées. 17% ont consulté une sage-femme privée et 9,4% une sage-femme dans le cadre de consultations non privées. 7,5% ont été suivies dans le cadre de l'O.N.E (soit par quelqu'un à l'hôpital soit dans le cadre de consultations de l'O.N.E.). Aucune mère n'a été suivie pendant la grossesse dans le cadre d'un planning familial ou d'une maison médicale.

Une fois de plus, comme dans l'enquête « Parcours » (Dedicated Research, 2012) ou dans l'enquête « Agnès » (Moreau et al., 2008), le nombre de femmes qui déclarent avoir été suivies dans le cadre de l'ONE est anormalement bas. En effet, à Ixelles il est connu qu'environ la moitié des femmes ont été suivies par l'ONE, et la même chose est vraie à La Citadelle. Ce problème de visibilité n'est pas un élément de la problématique étudiée, mais mérite toutefois d'être exploré plus loin.

B. Hypertension et diabète durant la grossesse

Concernant les problèmes de santé durant la grossesse, 92,5% (49/53) des mères disent ne pas avoir eu d'hypertension et 96,2% (51/53) de diabète (dont deux à la limite).

C. Caractéristiques de l'accouchement

a) Lieu de l'accouchement

Près d'une mère sur deux ayant participé à l'enquête a accouché à la maternité du C.H. d'Etterbeek-Ixelles Iris-Sud et parmi celles-ci, environ une sur trois est sortie précocement (ce qui représente 60% de l'ensemble des sorties précoces).

Tableau 24. Lieu de l'accouchement en fonction de la précocité du retour à domicile.

Maternité où a eu lieu l'accouchement	n	%	Précocité du retour à domicile			
			Précoce		Non précoce	
			n	%	N	%
C.H. d'Etterbeek-Ixelles Iris-Sud	26	49,1	9	60,0	17	44,7
Site de La Citadelle	13	24,5	2	26,7	11	28,9
Clinique Saint-Joseph	9	17,0	4	13,3	5	13,2
C.H.U. Ambroise Paré	5	9,4	0	0,0	5	13,2
Total	53	100,0	15	100,0%	38	100,0%

Tableau 25. Mode d'accouchement et précocité du retour à domicile en fonction du lieu de l'accouchement.

Précocité du retour à domicile	n	Maternité où a eu lieu l'accouchement							
		C.H. d'Etterbeek-Ixelles Iris-Sud		Site de la Citadelle		Clinique Saint-Joseph		C.H.U. Ambroise Paré	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Parmi les accouchements par voie basse (n=43)									
Précoce	7	5	23,8	1	8,3	1	80,0	0	0,0
Non précoce	36	16	79,2	11	91,7	4	20,0	5	100,0
Parmi les accouchements par césarienne (n=10)									
Précoce	8	4	80,0	1	100,0	3	75,0	0	0,0
Non précoce	2	1	20,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0

b) Présence d'un proche à l'accouchement (et lors du séjour à la maternité)

Tableau 26. Présence d'un proche à l'accouchement.

	n	%
Non	3	5,7
Oui	50	94,3
Total	53	100,0

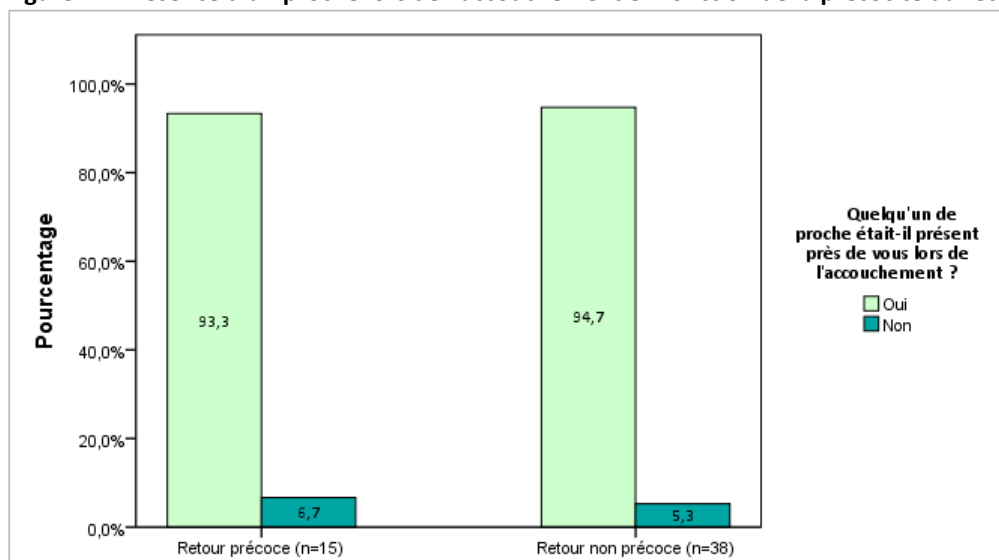
95% des mères ont accouché en présence d'un proche. Seule une mère ayant un conjoint a accouché sans la présence d'un proche. Deux mères n'ayant pas de conjoint ont accouché seules.

Tableau 27. Qui était présent lors de votre accouchement ?

	n	%
Mon conjoint	45	90%
Ma conjointe	1	0,02
Mon conjoint et ma famille	1	0,02
Mon conjoint et mon aîné (dans la salle d'attente)	1	0,02
Ma tante	1	0,02
Le père du bébé (dont je suis séparée)	1	0,02
Total	50	100,0

Si la mère a un(e) conjoint(e), celui-ci ou celle-ci est presque toujours présent(e) à l'accouchement.

Figure 12. Présence d'un proche lors de l'accouchement en fonction de la précocité du retour à domicile.



Il n'y a pas d'association significative entre la présence d'un proche à l'accouchement et la sortie précoce (p de Fisher non significatif). Les proportions de mères ayant accouché en présence d'un proche sont équivalentes dans les deux groupes. Seule une mère sortie précocement a accouché seule et son conjoint a dormi dans sa chambre lors de son séjour à la maternité.

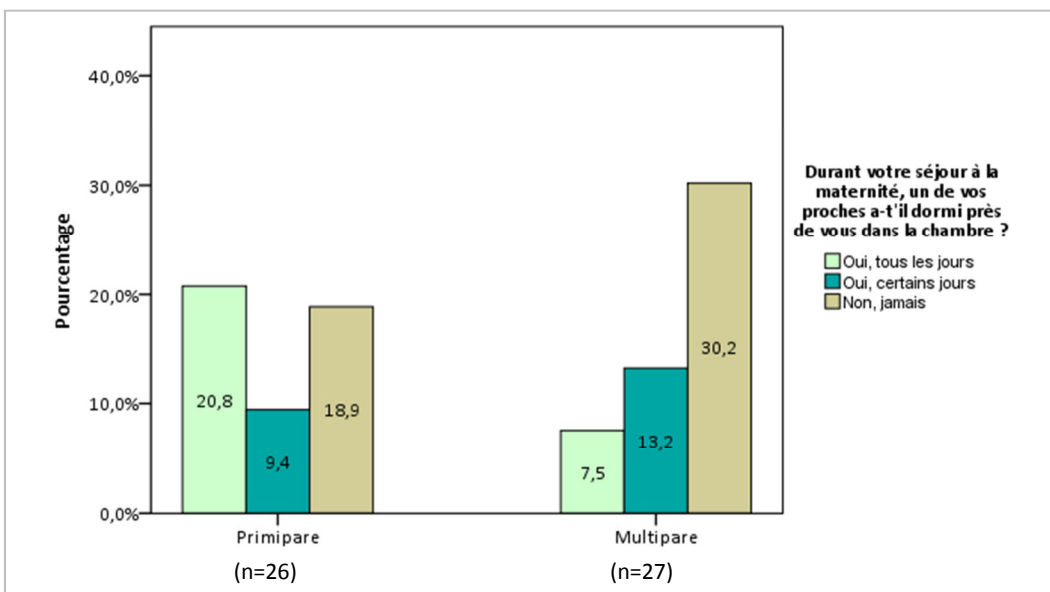
Nous présenterons ici les résultats de la présence d'un proche durant le séjour à la maternité (pour dormir dans la chambre de la mère), bien que ceux-ci ne concernent pas des caractéristiques de l'accouchement.

Tableau 28. Durant votre séjour à la maternité, est-ce qu'un de vos proches a dormi près de vous dans la chambre ?

	n	%
Oui, tous les jours	15	28,3
Oui, certains jours	12	22,6
Non, jamais	26	49,1
Total	53	100,0

Près d'une mère sur deux a eu un proche qui a dormi avec elle dans la chambre (tous les jours ou certains jours). Pour une femme, il s'agissait de sa mère. Dans tous les autres cas, il s'agissait de leur conjoint(e). Le fait que le conjoint ne reste pas dormir à la maternité peut être lié au fait d'avoir déjà un ou plusieurs enfants dont il faut s'occuper ou d'être dans une chambre commune.

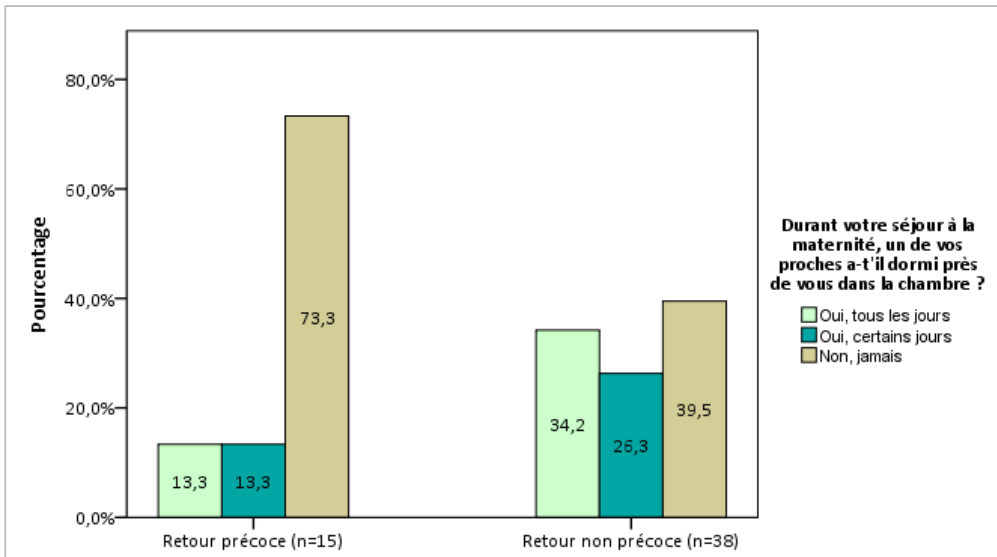
Figure 13. Présence d'un proche lors du séjour à la maternité en fonction de la parité.



On observe aucune association significative entre la précocité du retour à domicile et la présence d'un proche qui a dormi dans la chambre lors du séjour à la maternité (p de Monte Carlo non significatif, p de Pearson pour la variable regroupée entre deux catégories « Oui » et « Non ») bien que la proportion de mères ayant répondu « non, jamais » est plus importante parmi les multipares (30,2%) que parmi les primipares (18,9%). On remarque qu'un proche est plus présent « tous les jours » pour les mères primipares (20,8) que pour les multipares (7,5 %).

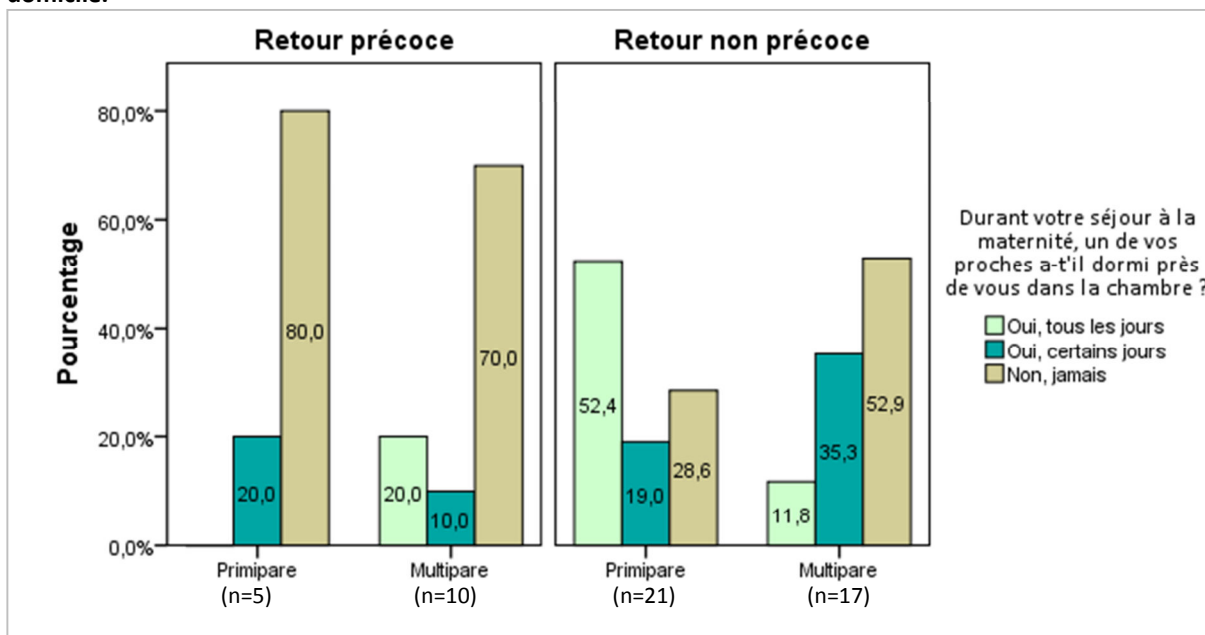
Si on regroupe la variable en deux catégories (« Non, jamais » et « Oui, certains ou tous les jours »), il y a une association significative avec la précocité du retour à domicile (p de Pearson = 0,026).

Figure 14. Présence d'un proche lors du séjour à la maternité en fonction de la précocité du retour à domicile.



On remarque que près de trois mères sur quatre parmi celles sorties précocement n'ont jamais eu un proche qui a dormi dans sa chambre durant son séjour. On peut faire l'hypothèse que les mères souhaitent rentrer plus vite chez elle pour être entourées d'un proche (leur conjoint ou autre).

Figure 15. Présence d'un proche lors du séjour à la maternité en fonction de la parité et de la précocité du retour à domicile.



Il y a un lien entre la parité des mères et la présence d'un proche qui a dormi dans la chambre durant le séjour parmi les mères sorties non précocement (p de Monte Carlo = 0,034) mais pas parmi les mères sorties précocement ($p = 0,787$).

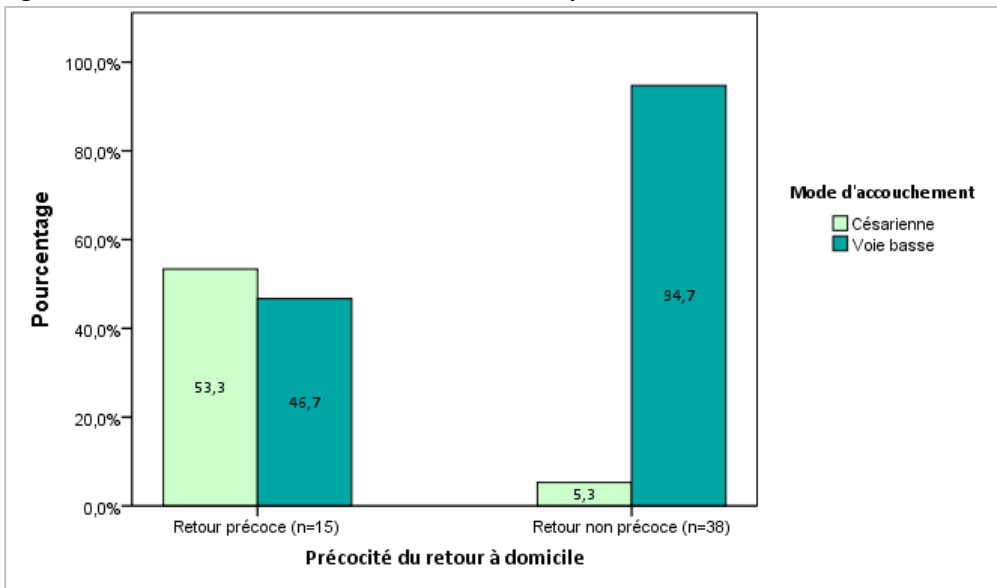
Pour les mères sorties non précocement, la proportion de mères ayant répondu « non, jamais » est moins importante parmi les primipares (28,6%) que celle parmi les mères multipares (52,9%).

Pour les mères sorties précocement, on observe au contraire que cette proportion est plus importante parmi les primipares (80%) que parmi les multipares (70%).

De plus, on remarque parmi les primipares qu'aucune mère sortie précocement n'a eu un proche présent tous les jours pour dormir dans sa chambre contre une mère sur deux sorties non précocement.

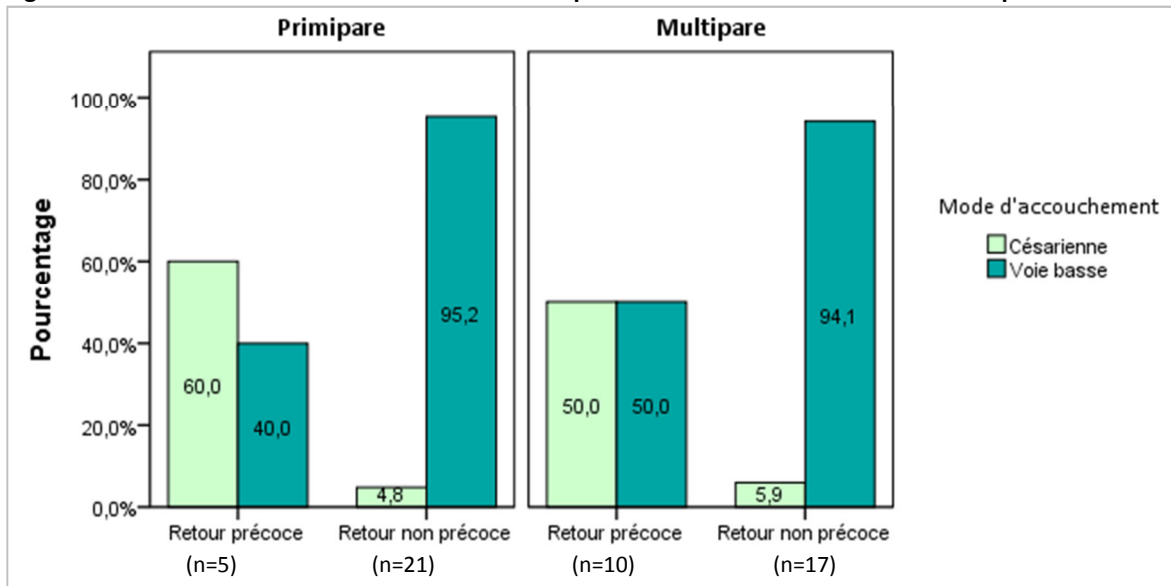
c) Mode d'accouchement

Figure 16. Mode d'accouchement en fonction de la précocité du retour à domicile.



La précocité du retour à domicile est associée de manière significative avec le mode d'accouchement (p de Fisher = 0,000). On observe que la proportion d'accouchées par césarienne est dix fois plus importante parmi les mères sorties précocement que parmi les mères sorties non précocement, soit 53% (8/15) contre 5,3% (2/38). Par contre, la proportion d'accouchées par voie basse est environ deux fois moins importante parmi les mères sorties précocement que parmi les mères sorties non précocement.

Figure 17. Mode d'accouchement en fonction de la précocité du retour à domicile et de la parité.



Ces différences se maintiennent peu importe la parité des mères, sauf au sein des mères multipares sorties précocement où la proportion de femmes accouchées par césarienne et par voie basse est identique. La proportion de femmes accouchées par césarienne est de 60% pour les mères sorties précocement contre 4,8% pour les mères sorties non précocement parmi les primipares (p de Fisher = 0,006), et de 50% contre 5,9% parmi les multipares (p de Fisher = 0,008).

Tableau 29. Mode d'accouchement en fonction de la précocité du retour à domicile.

Mode d'accouchement	n	%	Précocité du retour à domicile			
			Précoce		Non précoce	
			n	%	n	%
Césarienne	10	18,9	8	53,3	2	5,3
Programmée	5	9,4	3	20,0	0	0,0
D'urgence	5	9,4	5	33,3	2	5,3
Voie basse	43	81,1	7	46,7	36	94,7
Spontané	37	69,8	7	46,7	30	78,9
Instrumentalisé	6	11,3	0	0,0	6	15,8
Total	53	100,0	15	100,0	38	100,0

On remarque que 33,3% des mères sorties précocement ont accouché par césarienne en urgence contre 5,3% des mères sorties non précocement.

Parmi les accouchements par voie basse, toutes les mères sorties précocement (7/15) ont accouché spontanément (c'est-à-dire sans l'usage d'une ventouse et/ou de forceps) contre 83,3% (30/36) pour les mères sorties non précocement.

d) Épisiotomie et/ou déchirure du périnée

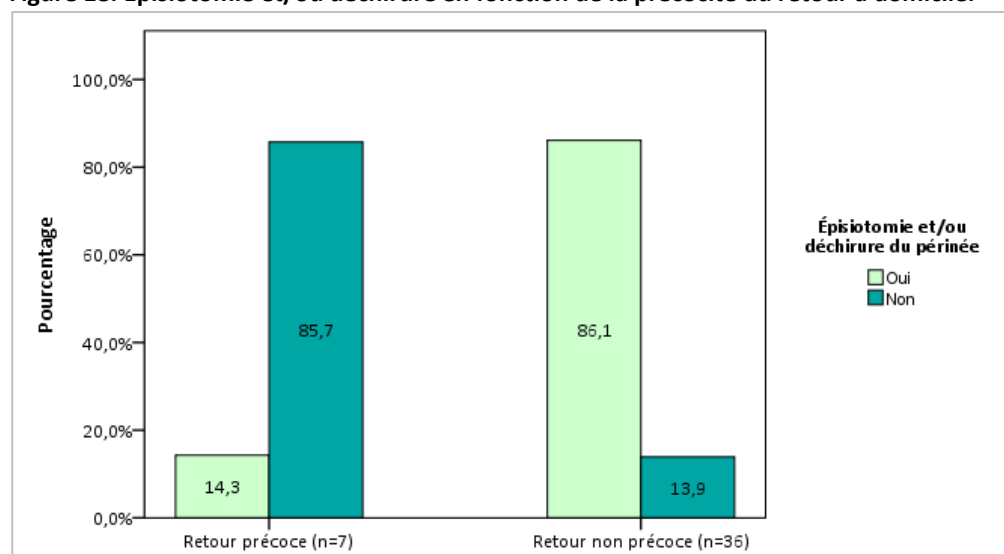
Tableau 30. Épisiotomie et/ou déchirure du périnée en fonction de la parité des mères.

Épisiotomie et/ou déchirure du périnée	n	%	Parité des mères			
			primipare		multipare	
			n	%	n	%
Oui	32	74,4	20	90,9	12	57,1
Non	11	25,6	2	0,1	9	42,9
Total (accouchées par voie basse)	43	100,0	22	100,0	21	100,0

Parmi les accouchées par voie basse, près de trois mères sur quatre ont eu une épisiotomie et/ou une déchirure du périnée lors de l'accouchement. Cette proportion est plus importante parmi les primipares (90,9%) que parmi les mères multipares (57,1%).

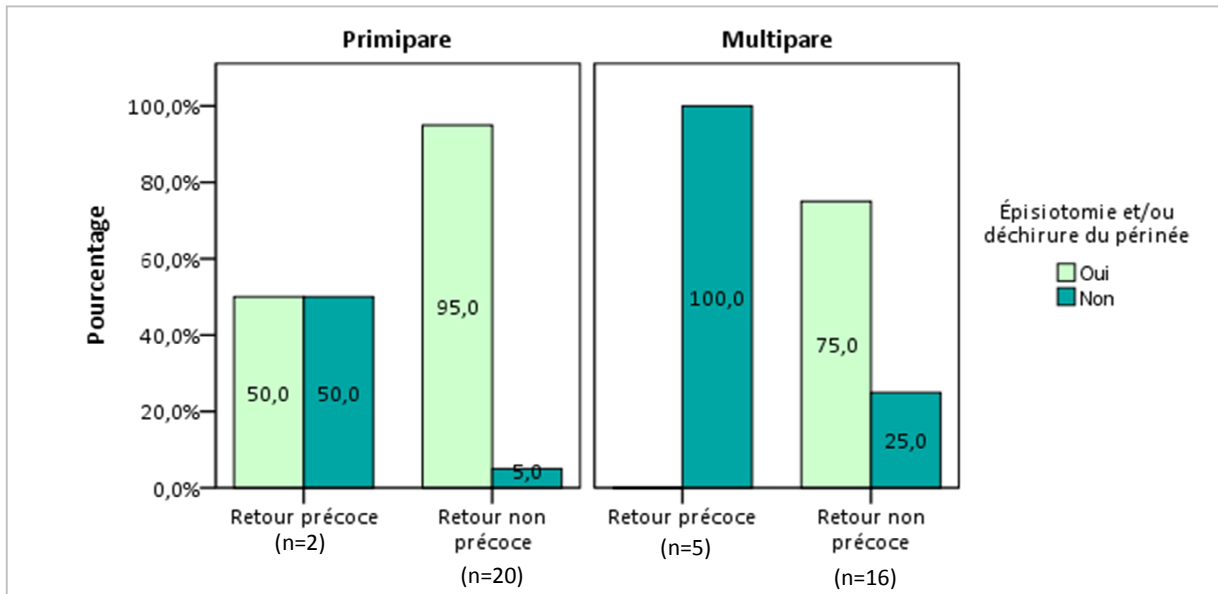
Il y a une association statistiquement significative entre la précocité de la sortie et le fait d'avoir eu une épisiotomie et/ou une déchirure (p de Fisher = 0,000). En effet, 14,3% des mères sorties précocement (1/7) ont une épisiotomie contre 86,1% des mères sorties non précocement (31/36).

Figure 18. Épisiotomie et/ou déchirure en fonction de la précocité du retour à domicile.



Parmi notre échantillon, seule une mère sortie précocement aurait eu besoin de soins liés à une épisiotomie et/ou une déchirure. Celle-ci a précisé lors de l'entretien qu'il s'agissait d'une légère déchirure.

Figure 19. Épisiotomie et/ou déchirure en fonction de la précocité du retour à domicile et de la parité.



Il y a une association statistiquement significative parmi les multipares entre la précocité de la sortie et le fait d'avoir eu une épisiotomie et/ou une déchirure (p de Fisher = 0,006) mais pas parmi les primipares (p de Fisher = 0,177).

On remarque que la proportion de mères ayant eu une épisiotomie est plus importante parmi les retours non précoces peu importe la parité (95% contre 50% pour les mères sorties précocement parmi les primipares et 75% contre 0 % parmi les multipares).

Parmi les multipares, aucune mère sortie précocement n'a eu une épisiotomie et/ou une déchirure du périnée contre une mère sur quatre parmi les mères sorties non précocement (4/16).

Parmi les primipares, 50% des mères sorties précocement ont eu une épisiotomie et/ou une déchirure du périnée mais l'effectif est très petit ($n=2$) ce qui explique probablement l'association ne soit pas significative statistiquement. Par contre, plus de 9 mères sur 10 parmi les mères primipares qui ne sont pas sorties précocement ont eu une épisiotomie et/ou une déchirure du périnée.

3.4 La sortie de la maternité

3.4.1 Conditions et raisons de la sortie

Concernant la sortie de la maternité, nous avons fait quatre propositions qui permettent de nuancer les conditions de la sortie (« souhaitées » versus « forcées »). Les mères pouvaient également nous dire si elles ne se retrouvaient pas parmi ces propositions.

Tableau 31. Conditions de sortie de la maternité.

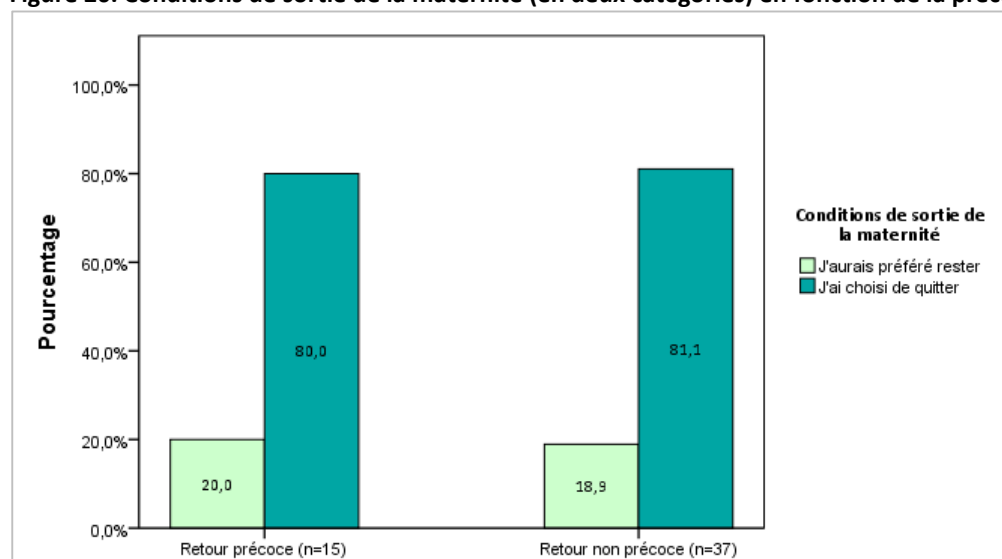
	n	%
J'ai choisi de quitter la maternité	42	79,2
en accord avec le personnel	41	77,3
sans consulter ou tenir compte de l'avis du personnel	1	1,9
J'aurais préféré rester	8	15,1
mais je n'avais pas le choix (contraintes familiales, mal à l'aise à l'hôpital, ...)	7	13,2
mais le personnel ne m'a pas laissé le choix	1	1,9
Autre	3	5,7
J'aurais préféré rester à la maternité mais je n'ai pas osé demander	2	3,8
J'étais partagée entre rester et partir. Finalement, je n'ai pas demandé à rester plus longtemps.	1	1,9
Total	53	100,0

Une réponse « sans consulter ou tenir compte de l'avis du personnel » a été recodée « avec accord du personnel » car la mère avait tout de même l'accord du pédiatre et du gynécologue mais pas celui des sages-femmes qui souhaitaient qu'elle reste à la maternité pour son engorgement des seins.

Concernant les conditions de sortie de la maternité, la majorité des mères (79,2%) disent avoir choisi avec ou sans l'accord du personnel de quitter la maternité. Près d'une mère sur quatre (41/53) dit avoir choisi de quitter la maternité en accord avec le personnel et 1,9 % des mères sans l'accord du personnel.

15,1% disent qu'elles auraient préféré rester mais qu'elles sont tout de même parties : 1,9% parce que le personnel ne leur a pas laissé le choix, 13,2% parce qu'elles n'avaient pas le choix du fait d'autres contraintes.

Figure 20. Conditions de sortie de la maternité (en deux catégories) en fonction de la précocité du retour à domicile.



Nous avons regroupé les conditions de sortie en deux catégories. La réponse « j'étais partagée entre rester et partir... » a été recodée comme manquante (la mère concernée est sortie non précocement). On n'observe aucune association significative entre la précocité du retour à domicile et les conditions de la sortie (p de Fisher non significatif).

Parmi les femmes sorties précocement, 80% des mères ont choisi de quitter la maternité (11 en accord avec le personnel, une mère sans accord) contre 81,1% parmi les femmes sorties non précocement (toutes en accord).

Parmi les femmes sorties précocement, 20% des mères auraient préféré rester (deux n'avaient pas le choix et une mère n'a pas osé demander). Parmi les femmes sorties non précocement, 18,9% des mères auraient préféré rester (cinq n'avaient pas le choix, une n'a pas osé demander et pour une mère, le personnel ne lui a pas laissé le choix).

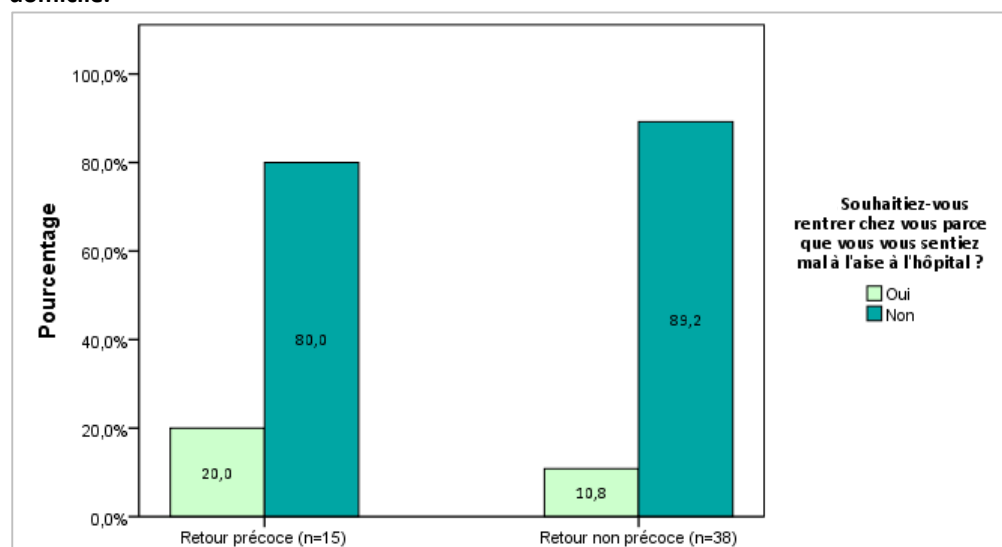
Tableau 32. Souhaitiez-vous rentrer chez vous parce que vous vous sentiez mal à l'aise à l'hôpital ?

	n	%
Non	45	86,5
Oui	8	13,5
Je suis mal à l'aise en général à l'hôpital mais mon séjour se passait bien	3	3,8
Je n'ai pas apprécié mon séjour	4	7,7
mauvais contact avec les sages-femmes	2	3,8
mauvais contact avec ma voisine de chambre	2	3,8
Je suis mal à l'aise en général à l'hôpital et je n'ai pas apprécié ce séjour (mauvais contact avec les sages-femmes)	1	1,9
Total	52	100,0

La question n'a pas été posée à une mère qui aurait préféré rester mais le personnel ne lui a pas laissé le choix. Celle-ci a toutefois précisé avoir vécu une mauvaise expérience avec les sages-femmes la dernière nuit de son séjour (Elle avait très mal à sa cicatrice. Elle a demandé à ce qu'on prenne son bébé pour qu'elle se repose mais le personnel de nuit ne voulait pas. Une sage-femme lui a dit : « vous abandonnez déjà votre bébé »).

13,5% des mères (7/52) ont affirmé que le fait de se sentir mal à l'aise à l'hôpital a joué dans leur choix de rentrer à la maison. Sur base de leurs commentaires, nous avons pu nuancer leurs raisons. Parmi ces sept mères, deux n'apprécient pas l'hôpital en général mais leur séjour se passait bien, deux ont eu un mauvais contact avec les sages-femmes et deux un mauvais contact avec leur voisine de chambre. Une mère n'apprécie pas les hôpitaux en général et a eu un mauvais contact avec les sages-femmes.

Figure 21. Souhait de rentrer chez soi du fait d'être mal à l'aise à l'hôpital en fonction de la précocité du retour à domicile.



Il n'y a pas d'association significative entre le souhait de rentrer chez soi du fait d'être mal à l'aise à l'hôpital et la précocité du retour à domicile bien que la proportion de mères qui ont répondu positivement à la question est presque deux fois plus importante parmi celles sorties précocement.

Par rapport aux femmes qui se sentaient mal à l'aise à cause d'une voisine de chambre ou des sages-femmes, nous avons pu en savoir plus à travers leurs commentaires :

Tableau 33. Témoignages de mères qui ont souhaité partir car elles se sont senties mal à l'aise

Je suis mal à l'aise en général à l'hôpital mais mon séjour se passait bien

« Je n'aime pas beaucoup rester à l'hôpital. Je suis mal à l'aise à l'hôpital, même si je m'entends bien avec les infirmières. C'est isolant d'être à l'hôpital quand on est en bonne santé. On est mieux chez soi. »

« Je n'aime pas les hôpitaux en général mais sinon, ça se passait bien avec le personnel. »

« J'ai demandé à sortir après deux jours. Le gynécologue et le pédiatre sont venus me rendre visite. Tout allait bien mais ils m'ont déconseillé de sortir précocement pour le risque d'ictère et la prise de sang à 5 jours. Je n'ai pas trouvé que c'était des raisons suffisantes et j'ai préféré revenir pour faire la prise de sang. J'ai dû signer une décharge pour pouvoir sortir. Je ne me sentais pas vraiment mal à l'aise à l'hôpital, dans le sens que ça se passait bien avec le personnel. Je ne sais pas pourquoi mais en général, je n'arrive pas à dormir à l'hôpital. Je suis donc très épuisée et c'est moralement difficile. »

Je n'ai pas apprécié mon séjour car j'ai eu un mauvais contact avec ma voisine de chambre

« Parce que je ne m'entendais pas avec ma voisine de chambre. C'était la première fois que je prenais une chambre double. J'aurais voulu une chambre privée mais ce n'était pas possible financièrement et ça n'a pas été pris en compte par l'assurance. Donc, j'étais en chambre double et j'ai eu beaucoup de visites. Chez nous, on a beaucoup de visites. Ça dérangeait beaucoup ma voisine de chambre qui voulait tout le temps se reposer, dormir. Elle ne voulait pas de visites, pas mettre la télévision, ... »

« Je suis partie parce que j'étais mal à l'aise. J'aurais voulu rester un jour de plus mais je ne l'ai pas exprimé. En plus, je n'étais pas bien en chambre double. Cela ne se passait pas bien avec ma voisine de chambre : elle fermait les rideaux entre ma partie et la sienne mais du coup, j'étais dans l'obscurité, elle les fermait notamment parce qu'elle est musulmane et que les hommes ne peuvent pas voir les femmes, les sanitaires sales étaient sales et étaient utilisés par toute sa famille. Je me suis plainte au personnel mais ça n'a rien changé. »

Je n'ai pas apprécié mon séjour car j'ai eu un mauvais contact avec une ou des sages-femmes.

« J'ai choisi de quitter mais j'aurais aimé resté si le suivi avait été meilleur. Je me sentais mal à l'aise car on n'est jamais chez soi à l'hôpital et ça ne se passait pas bien avec certaines personnes du personnel. J'avais l'impression de déranger quand je sonnais pour demander quelque chose. Je n'osais presque plus par après. Par exemple, une nuit, le bébé hurlait et je ne savais pas quoi faire. J'ai appelé une infirmière qui m'a dit que "*le bébé ce n'est pas une poupée. On ne peut pas retirer la prise*". Au final, les 3 jours ont été très courts car le bébé avait du mal à téter et je n'avais pas assez de lait. Le bébé hurlait et ne dormait pas. Je n'ai pas eu de repos et l'attention était focalisée sur ce problème. Je n'ai donc pas pu apprendre d'autres choses pour par exemple donner le bain. »

« Une personne du service était désagréable. Lorsque mes enfants sont venus, elle les a grondés parce qu'ils avaient laissé leurs manteaux sur le lit. Le jour où je suis sortie, j'avais sorti mes affaires pour les préparer. De nouveau, cette personne est venue me gronder. »

Je suis mal à l'aise en général à l'hôpital et j'ai eu un mauvais contact avec des sages-femmes.

« Je déteste les hôpitaux en général et je ne supportais plus les sages-femmes. Elles vous regardent de travers et ont un discours très inopportun, condescendant et culpabilisant vis-à-vis d'une jeune maman déjà fatiguée par un accouchement long et pénible qui se sent déjà inexpérimentée à la base. Par exemple, que vous êtes une mauvaise mère parce que vous ne pouvez pas allaiter ou la sage-femme de nuit qui dit : "*les bonnes mères dorment avec leurs bébés*" parce que dans cette maternité, c'est la mode de dormir dans le même lit pour la mère et le bébé. Le bébé passe avant tout mais il n'y a pas assez d'attention pour la mère et sa santé. »

Une question ouverte a été posée aux mères pour comprendre pour quelles raisons elles souhaitaient rentrer chez elles (tableau 34) ou se sentaient contraintes à rentrer chez elles (tableau 35). Nous avons rassemblé leur propos par thème. Les mères pouvaient évoquer plusieurs thèmes.

Tableau 34. Raisons du départ de la maternité si la mère a choisi de quitter la maternité (réponses multiples).

J'ai choisi de quitter la maternité	Retour précoce		Retour non précoce	
	n	%	n	%
En accord avec le personnel (41 mères)				
Pour être avec mon ou mes aînés	5	21,7	6	11,5
Pour être en famille et/ou avec mon conjoint	3	13		
Tout se passait bien/Je me sentais bien	2	8,7	16	30,7
Parce que je n'aime pas être contrainte au rythme de l'hôpital et il a beaucoup d'allées et venues, même la nuit. Celles-ci ne sont pas toujours nécessaires et on ne peut pas se reposer.	2	8,7	3	5,7
Parce que ce n'était pas nécessaire de rester. Je n'avais plus de questions. Je me sentais prête.	2	8,7	3	5,7
Pour recevoir des visites chez moi (recevoir plus de personnes et/ou planifiées les visites car à la maternité les personnes viennent à l'improviste)	2	8,7		
On est mieux chez soi	1	4,3	8	15,3
Les tests médicaux étaient bons, le bébé avait repris du poids, ...	1	4,3	4	7,7
Parce que je me sentais mal à l'aise à cause de ma voisine de chambre	1	4,3	2	3,8
Parce que je me sens mal à l'aise, l'hôpital c'est isolant quand on est en bonne santé	1	4,3		
Pour pouvoir m'occuper de mes animaux domestiques	1	4,3		
J'étais déjà resté assez longtemps			5	9,6
On m'a dit que c'était la fin de mon séjour			2	3,8
Pour prendre ses marques à la maison avec le bébé			1	1,9
Pour être autonome			1	1,9
Parce que je me sentais mal à l'aise à cause des sages-femmes			1	1,9
Sans consulter ou tenir compte de l'avis du personnel (1 mère)				
Pour être avec mon ou mes aînés	1	4,3		
Parce que je n'arrive jamais à dormir à l'hôpital. Je suis très vite fatiguée et moralement c'est difficile.	1	4,3		
Total des réponses	23	100,0	52	100,0

Parmi les femmes sorties précocement, la réponse la plus citée est le fait d'être avec son ou ses aînés (26% au total). La deuxième réponse la plus citée est le fait d'être en famille et/ou avec son conjoint (13%), réponse qui n'apparaît pas du tout parmi les retours non précoces qui ont choisi de quitter.

Parmi les femmes sorties non précocement, la réponse la plus citée est le fait de que tout se passait bien (30,7%). La deuxième réponse la plus citée concerne le fait que l'on est mieux chez soi (15,3%).

Tableau 35. Raisons du départ de la maternité si la mère aurait préféré rester mais avait d'autres contraintes extérieures (réponses multiples).

	Retour précoce		Retour non précoce	
	n	%	n	%
J'aurais préféré rester mais je n'avais pas le choix (contraintes familiales, mal à l'aise à l'hôpital, ...) (n=7)				
Pour retrouver mon ou mes aînés	2	50	2	50
Parce que je me sentais mal à l'aise à cause de ma voisine de chambre	1	25		
Parce que la maternité ne correspondait pas à mes attentes (pas de salle commune conviviale, rencontres entre mères, séances d'informations collectives pour des conseils pratiques)	1	25		
Parce que je n'aime pas être contrainte au rythme de l'hôpital et il a beaucoup d'allées et venues, même la nuit. Celles-ci ne sont pas toujours nécessaires et on ne peut pas se reposer.			1	25
Parce que je me sentais mal à l'aise à cause des sages-femmes			1	25
Total des réponses	4	100,0	4	100,0

On retrouve dans ces tableaux précédents les thèmes évoqués par les mères lors des « *focus groups* » réalisés par le GIP (voir chapitre II) :

Tableau 36. Extrait de témoignages de mères (source : « *focus groups* » du GIP)

« Avant les séjours étaient plus longs mais les besoins de femmes sont très personnels par rapport à cela. Des multipares estiment que la maternité leur fait du bien, elles sont loin de la pagaille familiale; d'autres demandent à retrouver au plus vite leur famille ».

« On n'est pas dans son cocon, ses habitudes. Il y a beaucoup d'allées et venues en chambre ; pas toujours des gens indispensables (kiné par exemple ou l'O.N.E.) »

« On manque d'intimité (surtout en chambre double). On a envie de se reposer chez soi où on est plus à l'aise, plus au calme. »

« Chez soi, il fait plus calme, on dort mieux, on est dans "ses meubles", le lit est meilleur et quand on en a un, on a son homme à ses côtés »

« Les pères ne peuvent rester la nuit, pourtant on en a besoin ».

Un papa : « Les pères sont perdus sans leur femme. Ils ne dorment pas bien ».

« Chez soi, on peut mieux gérer les entrées-sorties, visites, etc »

« Chez soi, on peut retrouver son indépendance »

« On n'est pas emmerdé par des gens qui vous font des remarques et on bouffe autre chose que ces repas "dégueu" ».

« Parfois on se sent jugées par les professionnels alors le mieux c'est qu'on sorte tout de suite. On sent bien qu'on nous examine pour voir si on est des bonnes mères. »

« On peut étouffer à l'hôpital, alors il vaut mieux partir au plus vite. »

Nous avons également eu l'occasion de connaître les circonstances de la sortie de la maternité pour les mères dans d'autres cas.

Tableau 37. Raisons du départ de la maternité dans les autres situations.

	Précocité du retour
J'aurais préféré rester mais le personnel ne m'a pas laissé le choix (n=1)	
On m'a dit que mon séjour était fini après 4 jours. J'ai demandé à rester un jour de plus parce que j'avais mal à ma cicatrice (troisième césarienne). On me l'a accordé mais je n'ai pas insisté plus parce que je voyais que j'en demandais déjà trop au gynécologue.	non précoce
J'aurais préféré rester à la maternité mais je n'ai pas osé demander (n=2)	
Parce que je ne savais pas si on pouvait demander plus longtemps et la maternité était pleine à ce moment-là.	précoce
Pas de raisons particulières	non précoce
J'étais partagée entre rester et partir. Finalement, je n'ai pas demandé à rester plus longtemps (n=1)	
Pour être en famille et/ou avec mon conjoint Pour pouvoir me reposer, être au calme	non précoce

Parmi les 53 mères, 11 mères ont souhaité rester mais ne l'ont pas fait. Nous avons pu demander à 9 de ces mères les raisons de leur souhait de rester à la maternité. Les mères pouvaient choisir plusieurs réponses.

Tableau 38. Pour quelles raisons souhaitiez-vous rester à la maternité ? (Réponses multiples).

	n	% (sur 9 mères)
Pour pouvoir me reposer encore un peu	7	77,8
Pour avoir plus d'aide et de conseils pour prendre soin de mon bébé	3	33,3
Pour acquérir plus d'expérience et être plus à l'aise pour prendre soin du bébé	3	33,3
Parce que ça me rassurait de savoir que la santé de mon bébé était surveillée par un personnel médical	2	22,2
Pour avoir plus d'aide et de conseils pour l'allaitement	2	22,2
Pour avoir plus de temps avec mon bébé	2	22,2
Autre : pour recevoir des soins pour moi (épisiotomie/déchirure, césarienne, ...)	2	22,2
Pour discuter avec les autres mères	1	11,1
Parce que ça me rassurait de savoir que ma santé était surveillée par un personnel médical	0	0

7 mères sur 9 ont souhaité rester pour se reposer. Parmi les deux qui ne souhaitaient pas rester pour se reposer, l'une aurait aimé que la santé de son bébé soit surveillé et l'autre recevoir des soins pour elle (épisiotomie et blessures à cause des forceps). Viennent ensuite le besoin d'avoir plus d'aide et de conseils pour les soins du bébé (33,3%) et le besoin d'acquérir plus d'expérience et être plus à l'aise pour prendre soin du bébé.

Il y a deux réponses manquantes pour le tableau 38. Il s'agit de deux mères qui sont parties car leur séjour se passait mal suite à un problème avec leur voisine de chambre. Au vu de leurs entretiens, l'une souhaitait probablement rester pour se reposer plus et avoir plus de temps avec son bébé car elle a eu suffisamment d'informations et elle a déjà plusieurs enfants. L'autre souhaitait probablement rester pour pouvoir se reposer et avoir plus d'informations sur l'allaitement et les soins pour le bébé car elle n'en a pas eu suffisamment.

Tableau 39. Raisons du souhait de rester à la maternité en trois catégories.

	n	% (sur 22 réponses)
Attention pour la mère	9	40,9
Attention pour le bébé	10	45,5
Autre	3	13,6
Total des réponses	22	100,0

Si l'on observe la proportion de réponses plutôt que celle des mères ayant répondu, on remarque que cette proportion est presque équivalente pour les questions sur l'attention à la mère (me reposer, recevoir des soins, surveiller ma santé) que pour les questions sur l'attention au bébé (conseils pour les soins, acquérir plus d'expérience, surveiller la santé du bébé, temps avec mon bébé). La catégorie « autre » regroupe les discussions avec les autres mères et les conseils pour l'allaitement qui concernent autant le bébé que sur la mère.

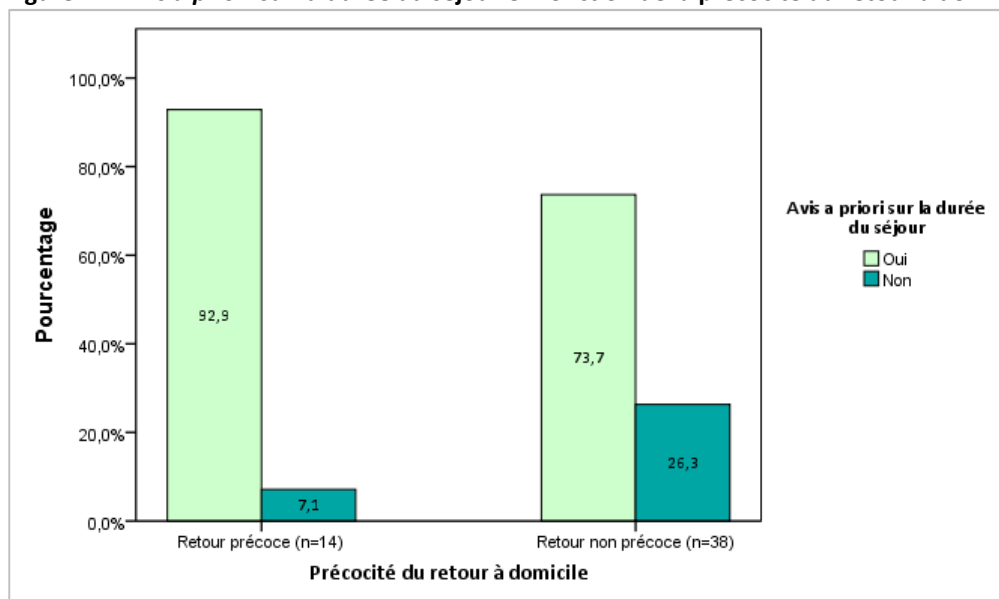
3.4.2 Planification et perception des mères par rapport à la durée de leur séjour

Tableau 40. Avant d'entrer à la maternité pour accoucher, aviez-vous déjà réfléchi à la durée de votre séjour, c'est-à-dire au nombre de jours que vous alliez y séjourner ?

	n	%
Oui	41	77,4
Non	11	20,8
Autre : c'est le médecin qui doit prendre cette décision	1	1,9
Total	53	100,0

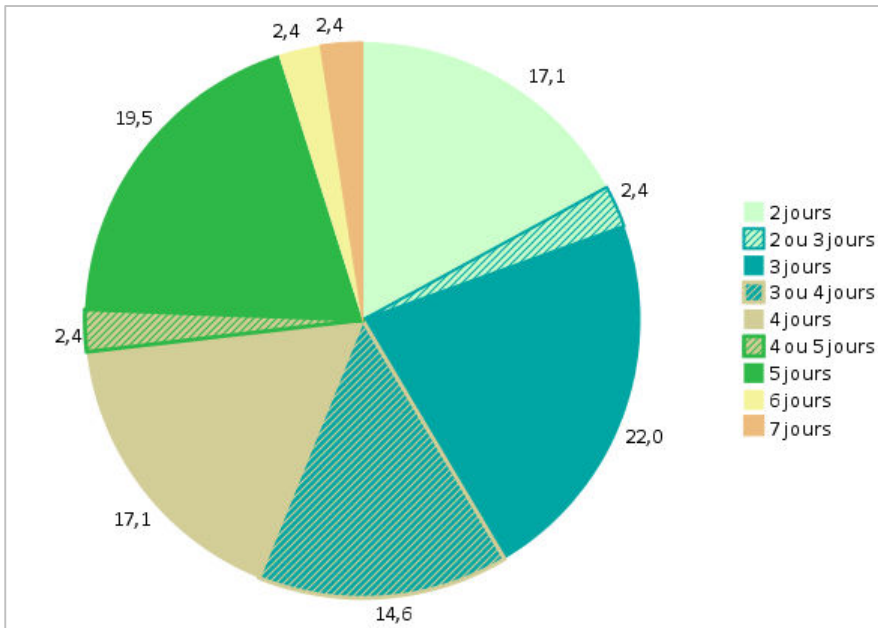
77,4% des mères disent avoir déjà réfléchi à la durée de leur séjour avant d'entrer à la maternité. Une mère précise que c'est au médecin de prendre la décision.

Figure 22. Avis *a priori* sur la durée du séjour en fonction de la précocité du retour à domicile.



Il n'y a pas de lien statistique entre le fait d'avoir un avis *a priori* sur la durée du séjour avant l'entrée en maternité en fonction de la précocité du retour à domicile. Pourtant, on observe que la proportion de mères ayant déjà un avis avant l'entrée en maternité est plus élevée parmi les mères sorties précocement (92,9%(13/14) ou 86,6% (13/15)) que parmi les mères sorties non précocement (73,7%).

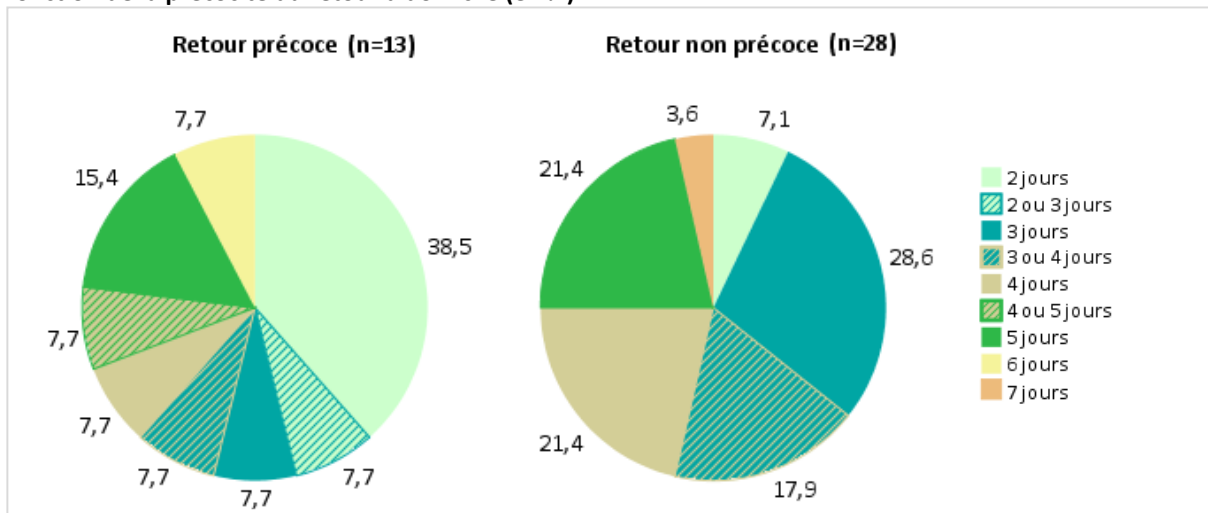
Figure 23. Combien de jours pensiez-vous rester à la maternité ? (jour de l'accouchement compris) (en %, n=41).



Parmi les 41 mères ayant déjà un avis sur la durée de leur séjour, 17,1% pensaient rester deux jours après l'accouchement et 2,4% deux ou trois jours. Une mère sur trois a répondu un nombre de jours entre trois et cinq jours. 4,8% ont répondu plus de 5 jours (maximum 7 jours).

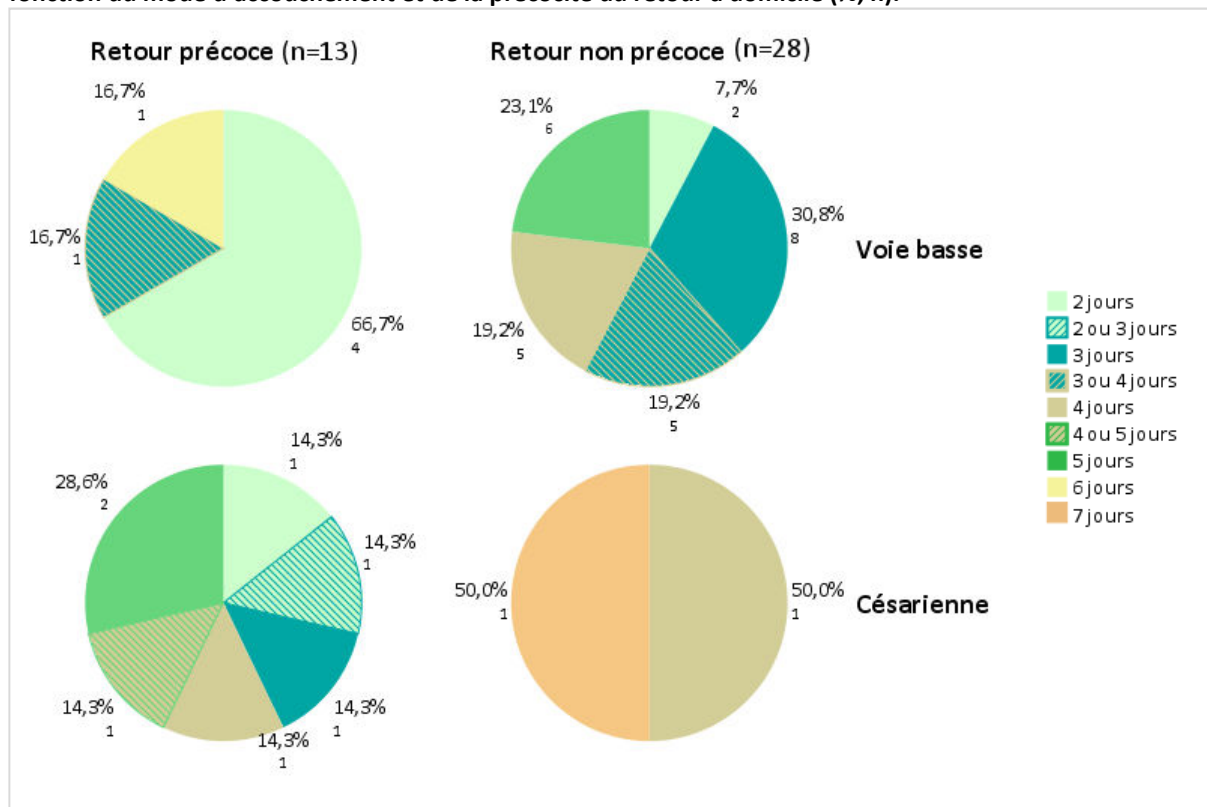
Certaines mères précisaient que c'était le nombre de jours que leur avait dit leur sage-femme, leur gynécologue ou encore quelqu'un de l'hôpital lors d'une séance d'information.

Figure 24. Avis *a priori* sur la durée du séjour en maternité en nombre de jours (jour de l'accouchement compris) en fonction de la précocité du retour à domicile (en %).



On observe un lien significatif entre le nombre de jours réfléchi *a priori* et la précocité du retour à domicile (p de Monte Carlo = 0,021). On observe que 38,5% des mères sorties précocement comptaient rester moins de trois jours et 76,9% moins de 5 jours contre respectivement 7,1% et 75% parmi les mères sorties non précocement.

Figure 25. Avis *a priori* sur la durée du séjour en maternité en nombre de jours (jour de l'accouchement compris) en fonction du mode d'accouchement et de la précocité du retour à domicile (% , n).



Si l'on compare l'avis *a priori* des mères sorties précocement ou non en fonction du mode d'accouchement, on remarque d'importantes différences de pourcentages par rapport à l'avis *a priori* sur la durée du séjour en maternité.

Parmi les accouchées par voie basse, 66,7% des mères sorties précocement souhaitent rester moins de 3 jours et 16,7% plus de 5 jours contre respectivement 7,7% et 23,1% parmi les mères sorties non précocement.

Parmi les accouchées par césarienne, 57,1 % des mères sorties précocement souhaitent rester moins de 5 jours contre 50% parmi les mères sorties non précocement (mais le pourcentage porte sur un très petit nombre de mères).

En résumé, on peut dire que sur notre échantillon, les sorties semblent avoir été réfléchies par les femmes avant l'accouchement.

3.4.3 Avis a posteriori sur la durée du séjour

Tableau 41. En y repensant maintenant, pensez-vous que :

	n	%
La durée de votre séjour à la maternité était tout à fait adéquate	35	66,0
Votre séjour a été trop court	13	24,5
Votre séjour a été trop long	4	7,5
Autre : À la fois trop court et trop long	1	1,9
Total	53	100,0

Lorsqu'on demande aux mères leur avis *a posteriori* sur la durée de leur séjour, 66% des mères répondent que celle-ci était tout à fait adéquate, 24,5% que leur séjour était trop court et 7,5% qu'il était trop long. Une mère a répondu que son séjour a été à la fois trop court et trop long. Il était d'une part trop court car elle est sortie précocement et n'a pas eu le temps de se reposer avec ses deux aînés à la maison mais d'autre part, son séjour était trop long car moralement elle ne tenait pas le coup de ne pas être en famille et de ne pas réussir à dormir à l'hôpital.

L'Union nationale des associations familiales (UNAF) a réalisé une enquête récoltant plus 952 témoignages de femmes accouchées entre 2004 et 2009 en France (Brun, 2010). Concernant l'avis *a posteriori* des mères sur la durée du séjour, 74% des mères étaient satisfaites de la durée de leur séjour (qui n'est pas précisée dans la brochure). Cet avis semble dépendre en grande partie des conditions du séjour à la maternité et des possibilités d'aide lors du retour à la maison. Les mères évoquent dans leurs témoignages des raisons qui rejoignent celles évoquées par les mères interviewées : l'établissement très bruyant, la chambre double, le non-respect du rythme de la mère et du bébé, le besoin de repos et de soins suite à un accouchement difficile (forceps, hémorragie), être rassurée sur ses capacités par des professionnels surtout pour un premier bébé, ...

A. Parmi les accouchées par voie basse

Tableau 42. Avis *a posteriori* sur la durée du séjour en fonction du jour de sortie de la maternité parmi les accouchées par voie basse (n=43).

	Jour de sortie de la maternité en % (n)						Total
	J1	J2	J3	J4	J5	J7	
tout à fait adéquat	7,4 (2)	11,1 (3)	44,4(12)	33,3(9)	3,7(1)		100,0 (27)
trop court	0,0 (0)	9,1 (1)	72,7 (8)	18,2 (2)	0,0 (0)		100,0 (11)
trop long	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (4)	0,0 (0)	0,0 (0)		100,0 (4)
Autre	0,0 (0)	100,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)		100,0 (1)

Parmi les accouchées par voie basse, on observe que 71,4% des mères sorties précocement (5/7) considèrent la durée de leur séjour comme adéquate. 1 mère sortie précocement à J2 a trouvé son séjour trop court mais elle considère que c'est son choix d'être partie plus tôt car la maternité ne correspondait pas à ses attentes.

Les mères accouchées par voie basse sorties précocement sont globalement satisfaites de la durée de leur séjour. Toutefois, cette proportion de 71,4% ne correspond qu'à 18,5% des mères ayant trouvé leur séjour adéquat (5/27). 77,7% des mères considérant la durée du séjour comme adéquate sont sorties à J3 ou à J4.

On note aussi que 90,9% des mères ayant trouvé leur séjour trop court sont sorties non précocement. Nous avons établi un tableau reprenant le jour où elles auraient aimé sortir, les raisons de leur souhait de rester plus longtemps et leurs caractéristiques (parité, conditions de la sortie) (tableau 43 page suivante).

On remarque qu'une mère sur deux aurait préféré rester : quatre sur dix sont parties car les conditions à l'hôpital ne leur convenaient pas (mal à l'aise, rythme de l'hôpital). Les raisons de vouloir rester plus longtemps semblent se rejoindre. Trois mères auraient aimé recevoir plus de soins pour elle car elles en ont souffert une fois rentrées à la maison : une mère a eu une épisiotomie avec infection par la suite qui l'a conduit trois fois aux urgences, deux mères ont eu une épisiotomie avec d'autres blessures liées à l'usage de forceps (ce sont d'ailleurs les deux seules avoir eu un usage de forceps dans l'échantillon). Elles auraient toutes aimé rester après J4.

Les six autres mères auraient aimé rester pour pouvoir se reposer plus longtemps. Parmi celles-ci, il y a trois multipares. Celles-ci souhaitaient rester uniquement pour cette raison. Il y a également trois primipares qui auraient aimé rester également pour que la santé du bébé soit surveillée et/ou pour recevoir plus de conseils (pour les soins du bébé, pour le retour à la maison).

Quatre mères sorties à J3 (autant de primipare que de multipare) ont trouvé leur séjour trop long. Celles-ci se sentaient suffisamment en forme et à l'aise avec leur bébé pour rentrer plus tôt. Trois mères auraient aimé sortir à J2 et une à J1. Une mère a précisé être restée un jour de plus pour être sûre que la santé du bébé était bonne. Une autre mère est restée pour faire le test de Guthrie car il y avait une grande distance entre le domicile et l'hôpital et elle ne voulait pas revenir pour ça. Il faut noter que les femmes sorties précocement ont fait réaliser ce test par une sage-femme à la maison sauf pour une qui est retournée à l'hôpital.

Tableau 43. Récapitulatif pour les mères accouchées par voie basse sorties non précocement qui trouvent leur séjour trop court *a posteriori* (n=10).

Jour de sortie	Jour de sortie <i>a posteriori</i>	Raisons	Caractéristiques des mères	
			Parité (nombre d'autres enfants)	Conditions de sortie
J3	Ne sait pas	Pour détecter la maladie de mon bébé plus tôt (respiration difficile due à un problème au niveau du larynx et de la trachée)	Multipare (3)	J'ai choisi de quitter la maternité en accord avec le personnel
J4		Pour pouvoir me reposer plus	Multipare (1)	J'aurais préféré rester mais j'étais mal à l'aise avec la voisine de chambre
		Pour pouvoir me reposer plus	Multipare (2)	J'ai choisi de quitter la maternité en accord avec le personnel
		Pour pouvoir me reposer plus Avoir plus de conseils pour préparer le retour (soins pour ma déchirure, comment faire avec la montée de lait)	Primipare	J'aurais préféré rester mais je n'aime pas l'hôpital en général et je me sentais mal à l'aise avec les sages-femmes
		Pour pouvoir me reposer plus Avoir plus d'attention pour le bébé (que sa santé soit surveillée, avoir des conseils pour prendre soin de lui, acquérir plus d'expérience et me sentir plus à l'aise)	Primipare	J'aurais préféré rester mais je n'ai pas osé demander
J5		Pour pouvoir me reposer plus Apprendre les premiers gestes pour m'occuper du bébé, ce que je n'ai pas pu faire pendant le séjour car mon bébé n'allait pas bien (pleurs, allaitement difficile) et j'étais fatiguée	Primipare	J'aurais préféré rester mais je me sentais mal à l'aise avec les sages-femmes
J5 ou J6		Pour pouvoir me reposer.	Multipare (1)	J'aurais préféré rester mais j'avais mon aîné et je n'aimais pas le rythme de l'hôpital (allées et venues, pas de repos)
		Pour recevoir des soins pour moi car j'ai eu une épisiotomie et des blessures à cause des forceps qui m'ont fait fort mal une fois rentré à la maison.	Primipare	J'ai choisi de quitter la maternité en accord avec le personnel
J4	Ne sait pas	Pour recevoir des soins pour moi car j'ai eu infection qui a duré longtemps suite à mon épisiotomie et j'ai dû aller trois fois aux urgences.	Primipare	J'ai choisi de quitter la maternité en accord avec le personnel
J5 ou J6		Pour recevoir des soins pour moi car j'ai eu une épisiotomie et des blessures à cause des forceps qui m'ont fait fort mal une fois rentré à la maison.	Primipare	J'étais partagée entre rester et partir.

B. Parmi les accouchées par césarienne

Tableau 44. Avis *a posteriori* sur la durée du séjour en fonction du jour de sortie de la maternité parmi les accouchées par césarienne (n=10).

	Jour de sortie de la maternité en % (n)						Total
	J1	J2	J3	J4	J5	J7	
tout à fait adéquat			12,5 (1)	75,0 (6)	0,0 (0)	12,5 (1)	100,0 (8)
trop court			0,0 (0)	50,0(1)	50,0(1)	0,0 (0)	100,0(2)
trop long							
Autre							

Parmi les accouchées par césarienne, on remarque que 87,5% des mères sorties précocement (7/8) sont satisfaites de la durée de leur séjour.

Les deux mères ont trouvé leur séjour trop court et sont des femmes multipares qui n'en sont pas à leur première césarienne et dès lors, auraient eu besoin de plus de temps pour pouvoir se reposer.

L'une de ces mères est sortie précocement à J4. C'est sa deuxième césarienne et elle aurait aimé rester jusqu'à J5 ou J6. Elle n'avait pas osé demander à rester plus longtemps à un moment où la maternité devait accueillir beaucoup de mères.

L'autre mère est sortie à J5. Elle est à sa troisième césarienne. On lui a proposé de sortir à J4 mais elle a demandé un jour de plus car elle avait très mal à sa cicatrice. Elle aurait aimé rester encore plus longtemps mais elle n'a pas insisté car sa demande semblait déjà de trop pour le gynécologue. Pour elle, le personnel ne lui a pas laissé le choix. Elle était étonnée car pour elle, le séjour pour une césarienne était de 7 jours il y a 12 ans.

C. Lien entre l'avis *a posteriori* et d'autres variables

On observe qu'il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre l'avis *a posteriori* sur la durée du séjour (regroupée en deux catégories « trop court » et « autre ») et la précocité de retour à domicile que les mères aient accouchées par voie basse ou par césarienne (p de Fisher non significatif). Toutefois, on remarque que la proportion de mères ayant trouvé leur séjour trop court est moins importante parmi celles sorties précocement (13,3%) que parmi celles sorties non précocement (28,9%).

On observe également aucun lien statistiquement significatif entre l'avis *a posteriori* sur la durée du séjour et la parité que les mères aient accouché par voie basse ou par césarienne (p de Fisher non significatif). Comme nous l'avons vu les raisons de vouloir rester sont multiples et peuvent concerner autant les primipares que les multipares (pouvoir se reposer plus, recevoir des soins pour soi, ...).

Il n'y a pas de lien significatif entre l'avis *a posteriori* sur la durée du séjour et le fait d'avoir souhaité partir du fait d'être mal à l'aise à l'hôpital (p de Fisher non significatif pour l'ensemble des mères, parmi les accouchées par voie basse ou par césarienne).

Parmi les accouchées par césarienne ayant répondu à la question (n=9), seule une mère ayant trouvé son séjour trop court a répondu à la question. Elle n'a pas souhaité rentrer chez elle parce qu'elle se sentait mal à l'aise contre 25% parmi les autres (2/8). Par contre, parmi les accouchées par voie basse, 27,3 % des mères ayant trouvé leur séjour trop court (3/11) ont souhaité rentrer chez elles car elles se sentaient mal à l'aise, contre 9,4% parmi les autres (3/32).

Par contre, il y a une association statistiquement significative entre l'avis *a posteriori* sur la durée du séjour et :

- les conditions de sortie de la maternité (regroupée en deux catégories) parmi l'ensemble des mères, parmi les accouchées par voie basse et parmi les accouchées par césarienne,
- la note moyenne des mères par rapport aux informations reçues durant leur séjour et par rapport au personnel de la maternité (voir *infra* au point suivant pour plus de détails) pour les mères accouchées par voie basse,
- des difficultés au retour à la maison pour nourrir le bébé et pour lui donner des soins pour les mères accouchées par voie basse.

Figure 26. Conditions de sortie de en fonction de l'avis *a posteriori* sur la durée du séjour en maternité.

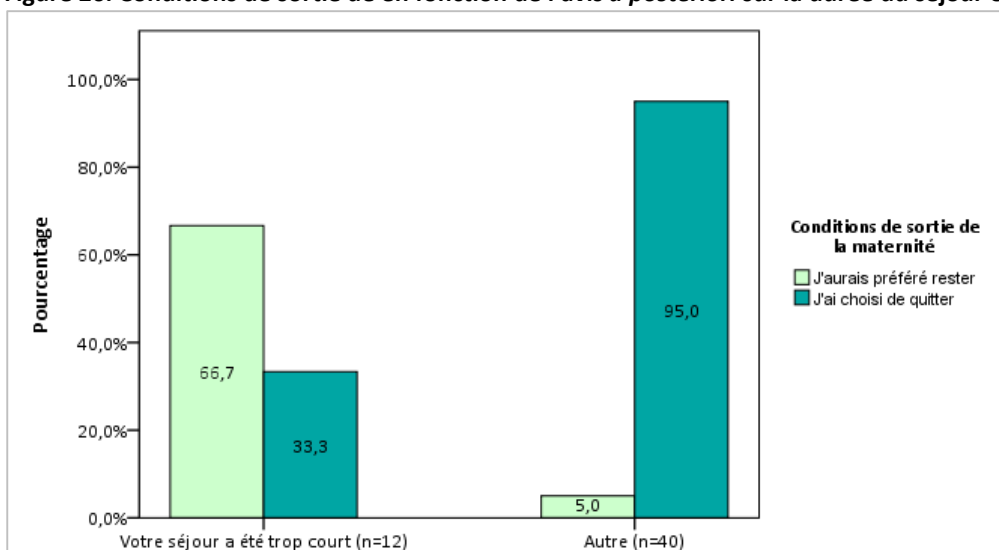
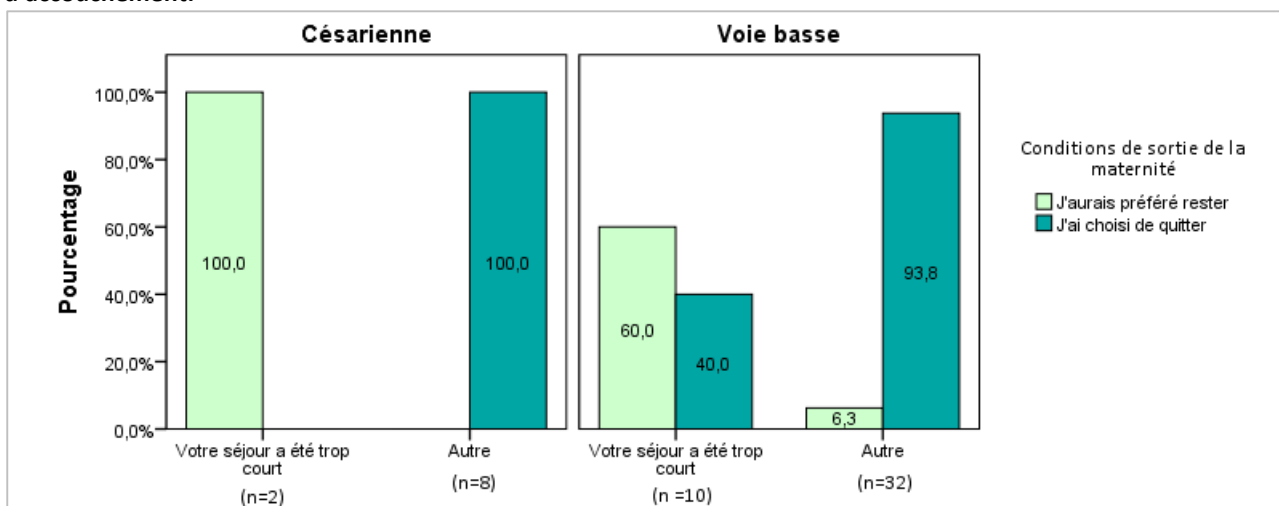


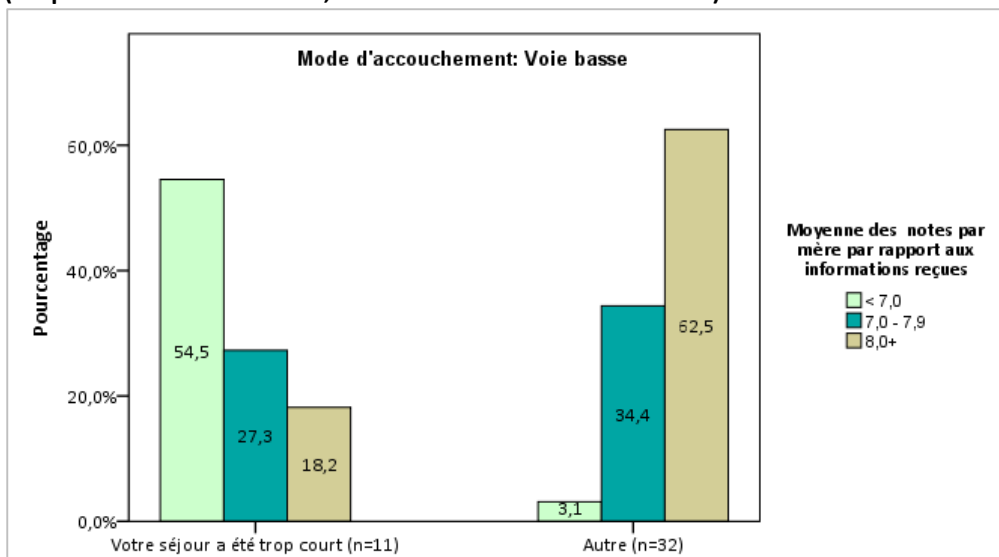
Figure 27. Conditions de sortie de en fonction de l'avis *a posteriori* sur la durée du séjour en maternité et du mode d'accouchement.



On observe que la proportion de mères qui, *a posteriori*, auraient préféré rester à la maternité est beaucoup plus importante parmi les mères ayant trouvé leur séjour trop court (66,7% contre 5% pour les mères ayant un autre avis) (p de Fisher = 0,000, p de Fisher parmi les césariennes = 0,002, p de Fisher parmi les voies basses = 0,000).

Concernant les notes par rapport au séjour à la maternité et les difficultés rencontrées au retour à la maison, nous présenterons uniquement les pourcentages pour les accouchées par voie basse. Les tests statistiques sont probablement non significatifs pour les accouchées par césarienne car ceux-ci portent sur un nombre trop faible d'observations par catégorie.

Figure 28. Moyenne des notes (entre 1 et 10) par mère par rapport aux informations reçues durant le séjour à la maternité en fonction de l'avis *a posteriori* sur la durée du séjour parmi les accouchées par voie basse (1 = pas assez d'informations, 10 = suffisamment d'informations).



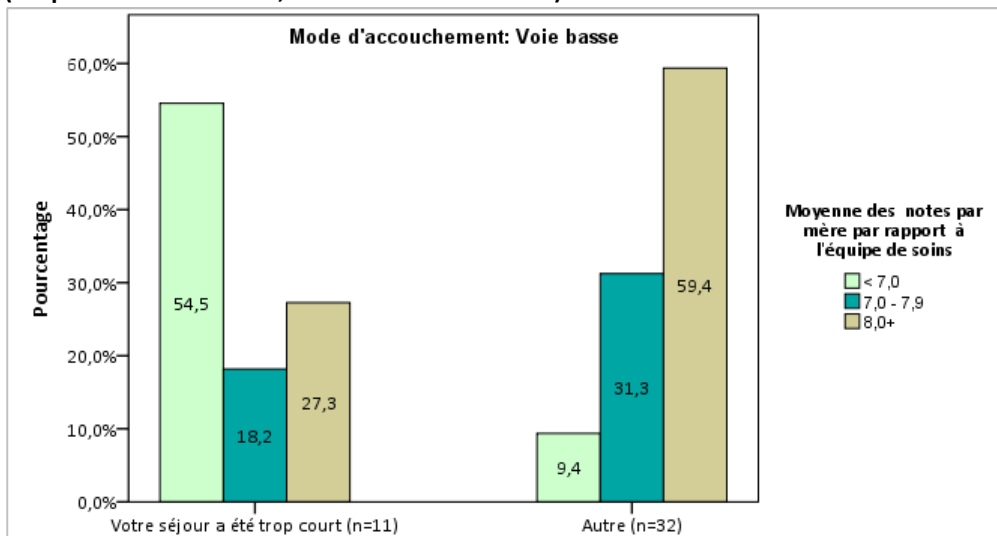
Sur une échelle entre 1 et 10 par rapport aux informations reçues durant le séjour à la maternité, 54,5% des mères accouchées par voie basse ayant trouvé leur séjour trop court ont attribué une note moyenne inférieure à 7 (pas assez d'informations) contre 3,4% pour les autres mères (p de Monte Carlo = 0,000).

Si l'on regarde au niveau des sous-questions, l'association est significative entre l'avis *a posteriori* sur la durée du séjour et la note attribuée par la mère concernant :

- les soins et la manière de les apporter au bébé (laver, habiller, changer, ...) :
42,6% des mères accouchées par voie basse ayant trouvé leur séjour trop court ont attribué une note moyenne inférieure à 7 (pas assez d'informations) contre 5,1% pour les autres mères (p de Monte Carlo = 0,000).
- vos besoins de santé et les soins pour vous (problèmes médicaux pouvant survenir en post-partum, rééducation périnéale, ...) :
41,7% des mères accouchées par voie basse ayant trouvé leur séjour trop court ont attribué une note moyenne inférieure à 7 (pas assez d'informations) contre 2,6% pour les autres mères (p de Monte Carlo = 0,001).
- Sur les services/personnes à contacter pour le suivi postnatal à domicile :
55,6% des mères accouchées par voie basse ayant trouvé leur séjour trop court ont attribué une note moyenne inférieure à 7 (pas assez d'informations) contre 15,6% pour les autres mères (p de Monte Carlo = 0,049).

Pour toutes les autres notes concernant les informations reçues, il n'y a pas de lien statistiquement significatif bien que les proportions des notes inférieures à 7 soient toujours plus importantes parmi les mères accouchées par voie basse ayant trouvé leur séjour trop court.

Figure 29. Moyenne des notes (entre 1 et 10) par mère par rapport à l'équipe de soins durant le séjour à la maternité en fonction de l'avis *a posteriori* sur la durée du séjour parmi les accouchées par voie basse (1 = pas du tout d'accord, 10 = tout à fait d'accord).



Sur une échelle entre 1 et 10 par rapport à l'équipe de soins durant le séjour à la maternité, 54,5% des mères accouchées par voie basse ayant trouvé leur séjour trop court ont attribué une note moyenne inférieure à 7 (peu à moyennement satisfaites) contre 9,4% pour les autres mères (p de Monte Carlo = 0,007).

Par rapport aux sous-questions, l'association est significative entre l'avis *a posteriori* sur la durée du séjour et la note attribuée par la mère concernant :

- la possibilité de poser toutes vos questions : 42,6% des mères accouchées par voie basse ayant trouvé leur séjour trop court ont attribué une note moyenne inférieure à 7 contre 5 % pour les autres mères (p de Monte Carlo = 0,001),
- la qualité des réponses apportées à vos questions : de même, 53,8% contre 12,5% (p = 0,005),

Pour toutes les autres notes concernant les informations reçues, il n'y a pas de lien statistiquement significatif bien que la proportion des notes inférieures à 7 soit toujours plus importante parmi les mères accouchées par voie basse ayant trouvé leur séjour trop court (sauf pour la question « les informations que vous receviez des différents membres du personnel n'étaient jamais contradictoires » où les proportions de mères étaient presque équivalentes au sein des deux groupes).

Nous allons détailler au point suivant (3.5. Le séjour à la maternité) les sous-questions concernant les notes attribuées par les mères.

Figure 30. Difficultés pour nourrir le bébé depuis le retour à la maison en fonction de l'avis *a posteriori* sur la durée du séjour parmi les accouchées par voie basse.

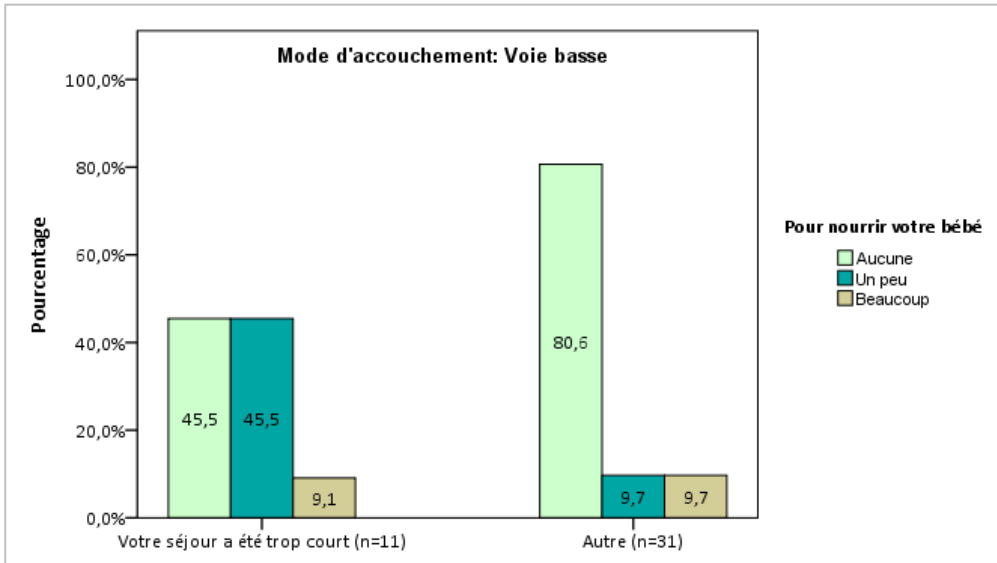
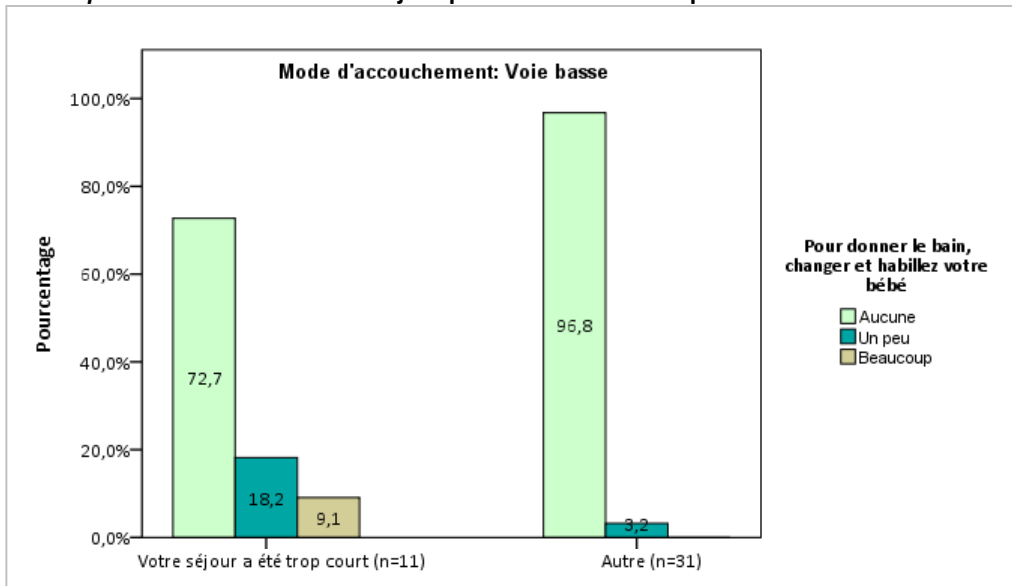


Figure 31. Difficultés pour donner le bain, changer et habiller votre bébé depuis le retour à la maison en fonction de l'avis *a posteriori* sur la durée du séjour parmi les accouchées par voie basse.



Parmi les accouchées par voie basse, la proportion de mères ayant des difficultés pour nourrir le bébé ou pour lui donner le bain, le changer et l'habiller est plus importante parmi les mères ayant trouvé leur séjour trop court (respectivement 54,6% contre 19,4%, 27,3% contre 3,2%) (p de Monte Carlo = 0,038 et = 0,049).

Par contre, on n'observe pas d'association statistiquement significative pour les difficultés pour endormir le bébé où la proportion de mères ayant un peu de difficultés est de 36,4% parmi les mères ayant trouvé leur séjour trop court contre 22,6% pour les autres. Il en va de même pour les difficultés pour calmer ses pleurs où les proportions de mères en fonction du niveau de difficulté rencontrée sont équivalentes dans les deux groupes.

3.5 Le séjour à la maternité

3.5.1 Avis sur les informations reçues et sur l'équipe de soins

Comme nous l'avons présenté précédemment, nous avons demandé aux mères de donner une note entre 1 et 10 par rapport aux informations reçues et par rapport à l'équipe de soins durant leur séjour à la maternité.

Il faut préciser que la note relève de la perception de la mère en fonction de ses attentes et de ses connaissances dans le domaine². Nous avons par exemple demandé si les mères avaient reçu suffisamment d'informations concernant le test de Guthrie. Parmi les mères qui ont eu uniquement la prise de sang sans explications, certaines mettent la note la plus basse et d'autres la plus haute car elles sont déjà très satisfaites des soins apportés au bébé sans attendre d'autres informations.

La note est souvent aussi influencée par la manière dont l'information a été donnée. Par exemple, même si une mère a reçu suffisamment d'informations sur le sujet mais qu'elle a eu un mauvais contact avec le membre du personnel, elle aura tendance à donner une note plus basse.

A. Avis sur les informations reçues

Tableau 45. Notes par rapport aux informations durant leur séjour à la maternité entre 1 et 10 (1= pas assez d'informations, 10 = suffisamment d'informations).

Informations reçues	n	< 7,0		7,0 - 7,9		≥ 8,0		médiane (min. – max.)
		n	%	n	%	n	%	
Au moment de l'accouchement	52	9	17,3	9	17,3	34	65,4	8 (1-10)
Sur la mise au sein et l'allaitement	52	11	21,2	9	17,3	32	61,5	8 (3-10)
Sur les soins et la manière de les apporter au bébé (laver, habiller, changer, ...)	52	8	15,4	9	17,3	35	67,3	9 (3-10)
Sur vos besoins de santé et les soins pour vous	50	6	12,0	5	10,0	39	78,0	8 (1-10)
Sur le dépistage surdité	47	15	31,9	3	6,4	29	61,7	8 (1-10)
Sur les autres dépistages (prise de sang au talon du bébé, Guthrie, ...)	44	18	40,9	7	15,9	19	43,2	7 (1-10)
Sur les services/personnes à contacter pour le suivi postnatal à domicile	51	12	23,5	3	5,9	36	70,6	8 (1-10)
Note moyenne par mère pour les informations reçues	53	9	17,0	17	32,1	27	50,9	8 (3,5-10)

² Nous pouvons prendre l'exemple célèbre donné par Amartya Sen (2005) où il compare l'espérance de vie à la naissance au sein des États indiens et l'auto-évaluation de la morbidité par les habitants de ces mêmes États. Il remarque avec étonnement que dans l'État où l'espérance de vie est la plus haute, le taux d'auto-évaluation de la morbidité est également le plus élevé. À l'opposé, dans des États où l'espérance de vie est très faible, le taux d'auto-évaluation est également très faible. Selon lui, il ne s'agit pas pour autant de simples erreurs ou de résultats de la subjectivité individuelle mais d'un effet du taux d'alphabétisation et de la présence de services de santé publique selon les États qui ont un impact sur la « conscience des maladies » et la demande en matière de recherche et de prévention par la population.

Certaines mères n'ont pas répondu à toutes les sous-questions parce qu'elles considéraient que la question n'était pas pertinente pour elles : par exemple, si elles considéraient ne pas avoir besoin d'informations sur un sujet car elles ont déjà d'autres enfants ou parce qu'elle n'avait pas de problème de santé, si elles n'étaient pas présente lors du dépistage (test de Guthrie ou surdité) ou si elles ne l'ont pas fait durant le séjour à la maternité (elles l'ont fait à la maison par une sage-femme).

Concernant la note moyenne par mère pour les informations reçues durant le séjour à la maternité, les mères ont donné une note médiane de 8 sur 10 (min. : 3,5 - max. : 10). 17% des mères ont donné une note moyenne inférieure à 7 sur 10 et près de 50% ont donné une note moyenne inférieure à 8.

On remarque que globalement la majorité des mères considèrent avoir reçu suffisamment d'informations pour toutes les sous-questions, sauf pour les sous-questions concernant les dépistages.

Tableau 46. Est-ce que vous vous rappelez ce qu'on vous a expliqué concernant le test de Guthrie ?

Que vous a-t-on expliqué ?

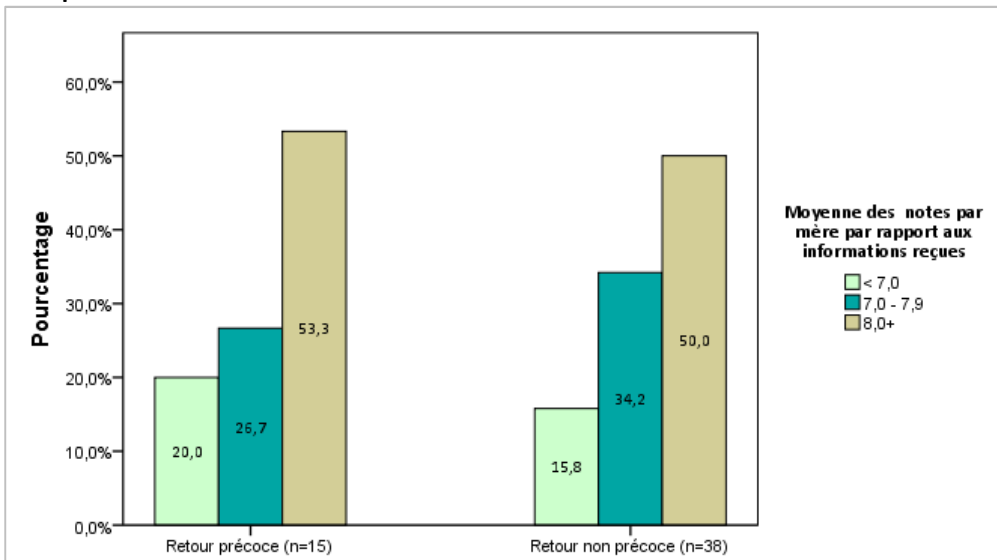
	n	%
On ne m'a rien expliqué	19	43,2
Je ne me rappelle pas si on m'a expliqué quelque chose	2	4,5
On m'a expliqué mais j'ai oublié	5	11,4
Pas de nouvelles, bonnes nouvelles	3	6,8
Pour tester la santé du bébé	12	27,3
Maladies (sans précision)	3	6,8
Glycémie	1	2,3
Mucoviscidose	1	2,3
Malformations	1	2,3
Maladies génétiques	2	4,5
Cinq maladies	1	2,3
Maladies rares	3	6,8
Maladies rares et pas de nouvelles, bonnes nouvelles	2	4,5
La sage-femme m'a dit comment elle allait procéder, pourquoi elle devait le faire (dépistage de maladies auto-immunes rares) et l'obligation légale de le faire	1	2,3
On ne m'a rien expliqué car je suis infirmière/médecin	3	6,8
Total	44	100,0

Concernant le test de Guthrie, 43,2% des mères ayant donné une note par rapport aux informations reçues à ce niveau n'ont reçu aucune information, 15,9% ne se rappellent ce qu'on a pu leur expliquer, 6,8% savaient uniquement qu'elles seraient en cas de soucis. Ensuite, 27,3% des mères citent un test par rapport à la santé du bébé avec plus ou moins de précision sur le but de celui-ci. 6,8% des mères n'ont pas reçu d'explications car elles sont infirmières ou médecin. L'une de celles-ci s'est plainte car elle considère que ce n'est pas parce qu'elle est infirmière qu'elle s'y connaît forcément dans ce domaine.

Il faut également préciser qu'il y a un manque d'informations au moment de l'accouchement pour les mères dont le bébé était en souffrance (soit césarienne en urgence, soit accouchement par voie basse longtemps après la rupture de la poche des eaux). Dans ces situations, le personnel médical agit alors très vite pour la survie du bébé sans donner d'explications. Les mères ne comprennent pas ce qui se passe sur le moment même et le vivent de façon très violente.

Concernant la note moyenne par mère pour les informations reçues durant le séjour à la maternité, les mères sorties précocement ont donné une note médiane de 8 sur 10 (min. : 4,7 - max. : 10) et les mères sorties non précocement une note médiane de 7,95 (min. : 3,5 - max. : 10).

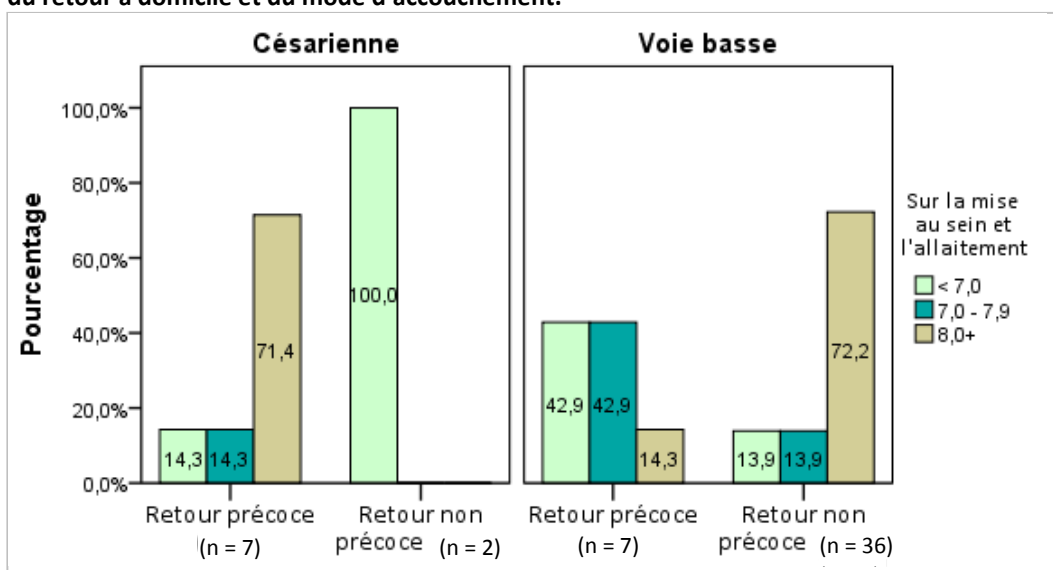
Figure 32. Note moyenne par mère par rapport aux informations reçues durant le séjour à la maternité en fonction de la précocité du retour à domicile.



Il n’y a pas de lien statistiquement significatif entre la précocité du retour à domicile et la note moyenne par mère par rapport aux informations reçues durant le séjour à la maternité (variable regroupée en 3 catégories) (p de Monte Carlo non significatif) bien que 20% des mères sorties précocement ont donné une note moyenne inférieure à 7 sur 10 contre 15,8% parmi les mères sorties non précocement.

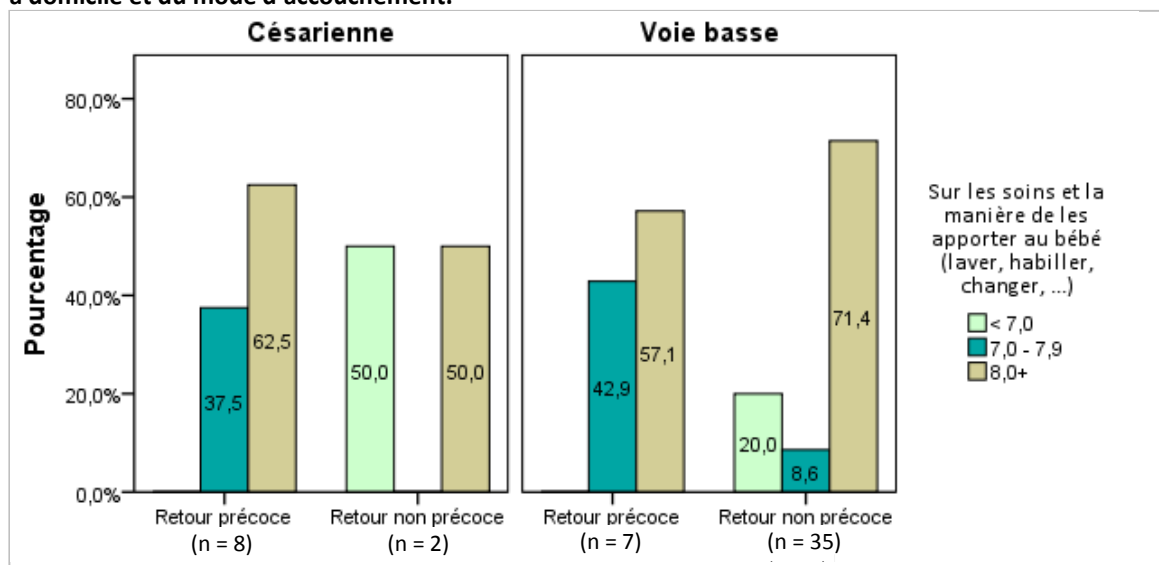
Concernant les sous-questions, on observe un lien significatif uniquement pour les accouchées par voie basse entre la précocité du retour à domicile et la note attribuée pour les informations reçues concernant la mise au sein et l’allaitement (p de Monte Carlo = 0,019) et concernant les soins à apporter au bébé (p de Monte Carlo = 0,044).

Figure 33. Note par rapport aux informations reçues sur la mise au sein et l’allaitement en fonction de la précocité du retour à domicile et du mode d’accouchement.



Concernant les informations sur la mise au sein et l'allaitement, 42,9% des accouchées par voie basse sorties précocement ont attribué une note inférieure à 7 contre 13,9% parmi les mères sorties non précocement.

Figure 34. Note par rapport aux informations reçues sur les soins pour le bébé en fonction de la précocité du retour à domicile et du mode d'accouchement.



Concernant les informations sur les soins pour le bébé, 42,9% des accouchées par voie basse sorties précocement ont attribué une note inférieure à 8 contre 28,8% parmi celles sorties non précocement.

On n'observe aucun lien statistiquement significatif entre la précocité du retour à domicile et les autres sous-questions, peu importe le mode d'accouchement.

B. Avis sur l'équipe de soins

Tableau 47. Notes par rapport à l'équipe de soins durant leur séjour à la maternité entre 1 et 10 (1= pas du tout d'accord, 10 = tout à fait d'accord).

Informations reçues	n	< 7,0		7,0 - 7,9		≥ 8,0		médiane (min. – max.)
		n	%	n	%	n	%	
la possibilité de poser toutes vos questions	53	8	15,1	6	11,3	39	73,6	8 (3-10)
la qualité des réponses apportées à vos questions	53	12	22,6	8	15,1	33	62,3	8 (2-10)
la prise en compte de votre avis	50	8	16,0	8	16,0	34	68,0	8 (1-10)
les informations que vous receviez des différents membres du personnel n'étaient jamais contradictoires	53	16	30,2	8	15,1	29	54,7	8 (1-10)
le soutien apporté par le personnel sur le plan émotionnel	53	10	18,9	9	17,0	34	64,2	8 (1-10)
Note moyenne par mère pour les informations reçues	53	12	22,6	15	28,3	26	49,1	8,8 (4-10)

Par rapport à l'équipe de soins durant le séjour à la maternité, les mères ont donné une note médiane de 8,8 sur 10 (min.: 4 - max. : 10). 22,6% des mères ont donné une note moyenne inférieure à 7 sur 10 et près de 50,9 % ont donné une note moyenne inférieure à 8.

On remarque que globalement la majorité des mères sont satisfaites pour toutes les sous-questions, sauf pour la sous-question « les informations que vous receviez des différents membres du personnel n'étaient jamais contradictoires ».

Tableau 48. Thèmes des commentaires des mères sur les informations contradictoires entre les membres du personnel (réponses multiples) (n=15 mères).

	n	%
Allaitement	9	60
Contradictions entre les stagiaires et les membres du personnel	2	13,3
Pas de continuité entre les infirmières lors de leur changement d'horaire. (Par exemple : on lui dit qu'elle aura le tire-lait mais la personne suivante ne lui explique pas comment l'utiliser et le nettoyer)	1	6,7
Comment faire sa toilette	1	6,7
Son gynécologue avait dit que ce serait une anesthésie locale mais finalement l'anesthésiste a fait une anesthésie générale	1	6,7
Il y avait des contradictions entre sa gynécologue (qui a lui avait donné un médicament pendant sa grossesse et lui disait qu'il n'y avait pas de problème) et le personnel des SF (à l'hôpital qui lui demandait tout le temps si elle n'avait pas eu de complications)	1	6,7
Si le taux de glycémie du bébé est normal ou pas, ...	1	6,7
Les SF de la maternité ont dit dès le début que sur certains points (plus pour des détails que l'essentiel au niveau du bien-être du bébé), elles avaient des approches différentes entre elles et que c'était aux parents de décider ce qui leur convenait le mieux. J'ai trouvé ça très positif.	1	6,7

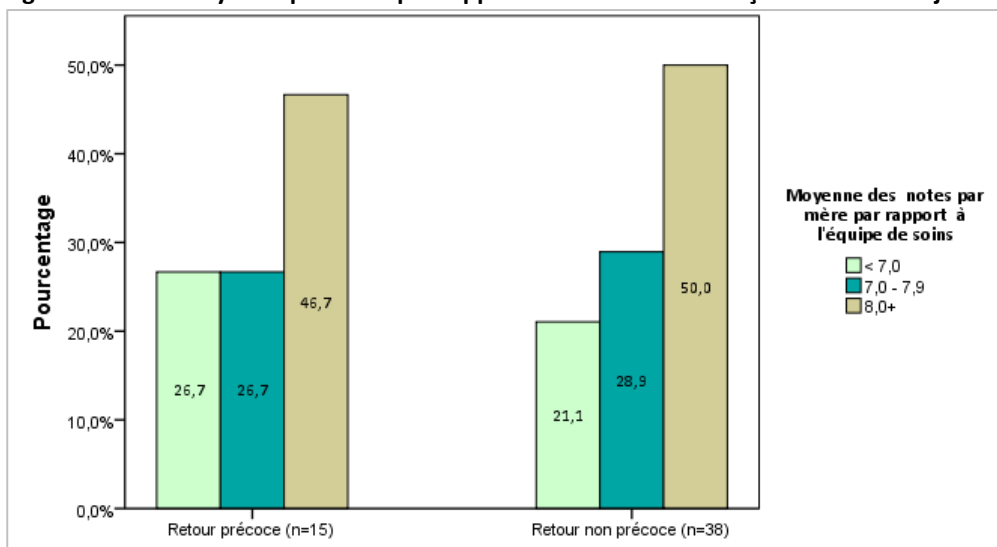
15 mères ont fait un commentaire à propos de cette sous-question. Il semble que ce soit surtout concernant l'allaitement (9/15) qu'il y a le plus de contradictions pour les informations reçues par les membres du personnel. Ces contradictions sont parfois très déstabilisantes pour une primipare et/ou une mère ayant un problème particulier. Les mères citaient notamment comment faire pour la congestion des seins à la montée de lait (eau chaude ou glaçons), l'utilisation de tire-lait ou non pour stimuler la lactation, l'utilisation d'une tétine ou non pour le bébé, ...

Deux mères ont également cité les problèmes de contradictions entre le personnel et les stagiaires. Une mère trouvait qu'ils étaient beaucoup trop nombreux (puéricultrices, infirmières, sages-femmes, kinésithérapeutes) et manquaient de délicatesse et de politesse (par exemple, demander à la mère son accord pour aider, n'être pas plus d'un stagiaire avec un membre du personnel dans la chambre pour des actes plus intimes comme être recousue).

Parmi les mères qui n'étaient pas satisfaites des réponses et du soutien apporté par le personnel sur le plan émotionnel, certaines n'avaient pas eu un bon contact avec le personnel et/ou avaient l'impression de déranger en posant une question. D'autres considéraient que les sages-femmes étaient de très bonne volonté mais donnaient l'impression d'être débordées (pas assez nombreuses par rapport au nombre de mères).

Concernant la note moyenne par mère pour les informations reçues durant le séjour à la maternité, les mères sorties précocement ont donné une note médiane de 7,8 sur 10 (min. : 4,6 - max. : 10) et les mères sorties non précocement une note médiane de 7,95 (min. : 4 - max. : 10).

Figure 35. Note moyenne par mère par rapport aux informations reçues durant le séjour à la maternité.



Il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre la précocité du retour à domicile et la note moyenne par rapport à l'équipe de soins durant le séjour à la maternité (p de Monte Carlo non significatif). On remarque que les différences entre les proportions au sein des deux groupes ne sont pas importantes.

Concernant les sous-questions, on n'observe aucun lien significatif entre la précocité du retour à domicile et la note attribuée à l'équipe de soins, peu importe le mode d'accouchement (p de Monte Carlo ou de Fisher non significatif).

3.5.2 Coordination entre la maternité et des services de suivi postnatal

Tableau 49. Coordonnées données à la sortie de la maternité de professionnel de santé pour organiser le suivi postnatal.

	n	%
Oui	49	92,5
Non	4	7,5
Total	53	100,0

A la sortie de la maternité, 92,5% des mères ont reçu les coordonnées d'au moins un professionnel de santé pour organiser le suivi postnatal. Quatre mères n'en ont pas eu dont deux sorties précocement.

Tableau 50. Type de professionnel de santé pour organiser le suivi postnatal en fonction de la précocité du retour à domicile (réponses multiples).

Type de professionnel	Précocité du retour à domicile					
	Total (n=49)		précoce (n=13)		non précoce (n=36)	
	n	%	n	%	n	%
Une sage-femme (indépendante ou non)						
Oui	13	26,5	7	53,8	6	16,7
Non	36	73,5	6	46,2	30	83,3
Une consultation O.N.E.						
Oui	33	67,3	7	53,8	26	72,2
Non	16	32,7	6	46,2	10	27,8
Une maison médicale						
Oui	1	2,0	1	7,7	0	0,0
Non	48	98,0	12	92,3	36	100,0
Un gynécologue privé						
Oui	3	6,1	0	0,0	3	8,3
Non	46	93,8	13	100,0	33	91,7
Un médecin généraliste						
Oui	0	0	0	0,0	0	0,0
Non	49	100,0	13	100,0	36	100,0
Un pédiatre privé						
Oui	3	6,1	0	0,0	3	8,3
Non	46	93,8	13	100,0	33	91,7
Personnel de l'hôpital*						
Oui	15	30,6	1	7,7	14	38,9
Non	34	69,4	12	92,3	22	61,1
Autre personne ou service*						
Oui	11	22,4	3	23,1	8	22,2
Non	38	77,6	10	76,9	28	77,8

* Voir le tableau 51 (page suivante) pour plus de détails

Les tableaux 50 et 51 correspondent à des réponses multiples. Les mères ayant répondu « oui » peuvent avoir eu uniquement ou notamment les coordonnées d'une catégorie de professionnels citée qui peut être quelqu'un en particulier ou alors une liste reçue à la sortie de la maternité.

Tableau 51. Autre type de professionnel(le) de santé pour organiser le suivi postnatal (réponses multiples).

Personnel de l'hôpital (autre que sages-femmes de l'hôpital)	15
Un pédiatre ou une liste de pédiatres (pour certaines, un rendez-vous a été pris)	12
Une kinésithérapeute	4
La garde pédiatrique	2
Le service de la maternité	2
Spécialiste de massage pour le bébé	2
Un gynécologue	1
Une liste avec différents types de professionnels dont je ne me rappelle plus	1
Une infirmière pour la rééducation du périnée	1
Autre personne ou service	11
Rappel de prendre rendez-vous avec mon gynécologue	2 (une précoce)
Une consultation Kind en Gezin	2
Un kinésithérapeute	2
Une brochure « infos allaitement »	1 (précoce)
Une liste avec différentes types de professionnels dont je ne me rappelle plus	1 (précoce)

Parmi les 49 mères ayant eu les coordonnées de quelqu'un pour le suivi postnatal, on remarque que 67,3% des mères ont reçu les coordonnées de l'O.N.E. Cette proportion est plus importante parmi les mères sorties non précocement (72,2% contre 53,8%).

Près d'une mère sur quatre (13/49) a eu les coordonnées d'une sage-femme (indépendante ou dans le cadre de l'hôpital) : une mère sur deux parmi celles sorties précocement, une sur cinq parmi celles sorties non précocement.

Trois mères ont eu les coordonnées d'un gynécologue privé, une mère les coordonnées d'un gynécologue de l'hôpital et on a rappelé à deux mères de prendre rendez-vous avec leur gynécologue.

Trois mères ont eu les coordonnées d'un pédiatre privé et 12 mères les coordonnées d'un pédiatre de l'hôpital.

Les mères ont également cité d'autres types de professionnel ou de service (privé ou non).

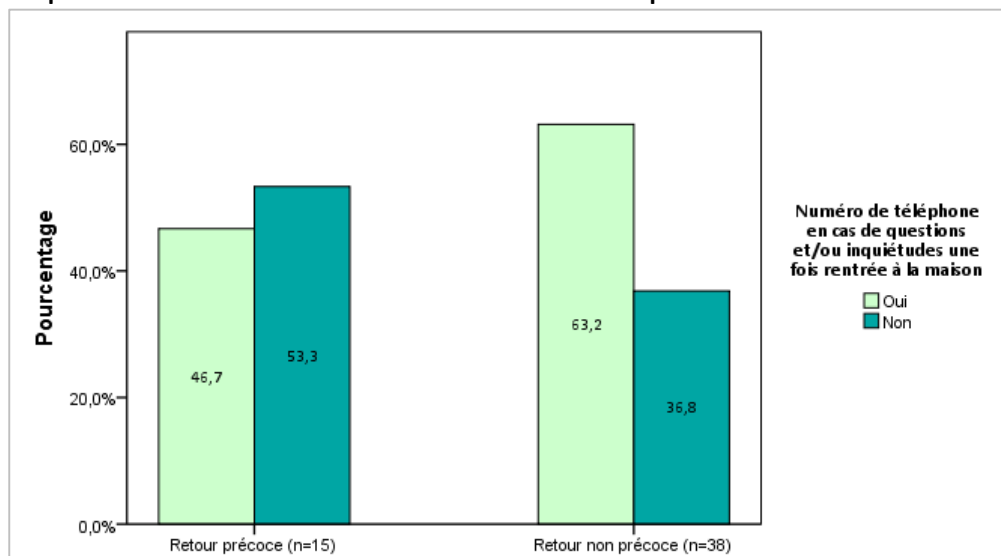
Il y a un lien statistiquement significatif entre le fait d'avoir reçu les coordonnées d'une sage-femme et la précocité du retour à domicile (p de Fisher = 0,024). Si on observe le mode d'accouchement, il y a un lien uniquement parmi les accouchées par voie basse (p de Fisher = 0,049). Parmi les accouchées par césarienne, il y a exactement la même proportion de mères ayant les coordonnées d'une sage-femme parmi celles sorties précocement ou non (50% contre 50%). Par contre, parmi les accouchées par voie basse, cette proportion est beaucoup plus importante parmi les mères sorties précocement (60%, 3/5) que parmi les mères sorties non précocement (14,7%, 5/34).

Tableau 52. Numéro de téléphone donné à la sortie de la maternité pour appeler en cas d'urgence, d'inquiétude ou de question une fois rentrée à la maison.

	n	%
Oui	31	58,5
Non	22	41,5
Total	53	100,0

41,5% des mères disent ne pas avoir reçu un numéro de téléphone auquel elles pouvaient appeler en cas d'urgence, d'inquiétude ou de question un fois rentrées à la maison. Il faut préciser qu'il n'y a pas de lien entre le fait de ne pas avoir reçu un tel numéro et la maternité où la mère a accouché. Dans chaque maternité, on retrouve environ 40% de mères qui n'ont pas reçu un tel numéro.

Figure 36. Numéro de téléphone donné à la sortie de la maternité pour appeler en cas d'urgence, d'inquiétude ou de question une fois rentrée à la maison en fonction de la précocité du retour à domicile.



Il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre le fait d'avoir reçu un tel numéro et la précocité du retour à domicile bien que près d'une mère sortie précocement sur deux (8/15) n'en a pas reçu contre environ une mère sortie non précocement sur trois (14/38) (p de Pearson non significatif).

Tableau 53. Personnes ou services à appeler en cas d'urgence, d'inquiétude ou de question.

	n	%
Le service de la maternité	15	48,4
Des documents avec des numéros de téléphone mais je ne me rappelle plus	7	22,6
Le service de la maternité et le service de la garde pédiatrique (pour une : avec le nom des chefs de service)	4	12,9
Le service de garde pédiatrique	2	6,5
La sage-femme à domicile	1	3,2
La sage-femme de l'hôpital avec qui j'ai eu rendez-vous	1	3,2
Quelqu'un de l'ONE près de chez moi	1	3,2
Total	31	100,0

31 mères ont reçu un tel numéro. Parmi celles-ci, 64,2% ont reçu le numéro du service de la maternité et/ou du service de garde pédiatrique. Sept mères ne se rappelaient plus exactement mais avaient reçu des documents. Deux mères avaient le numéro d'une sage-femme en particulier et une mère le numéro de quelqu'un de l'O.N.E. près de chez elle.

Ces numéros peuvent être particulièrement utiles. Par exemple, une mère a expliqué qu'en appelant la maternité, elle a appris que les sages-femmes faisaient à l'hôpital des consultations remboursées jusqu'à sept séances par la mutuelle. Elle était étonnée qu'on ne lui ait pas dit à la sortie de la maternité. Grâce à cet appel, elle a pu se rendre à ces consultations et recevoir de l'aide pour l'allaitement.

Une mère a précisé qu'elle ne trouvait pas suffisamment concret d'avoir uniquement le numéro de la maternité sans personne de référence. Elle ne savait pas si elle allait avoir quelqu'un qui l'avait suivie ou non. Du coup, elle n'a pas osé téléphoner alors que dans les premiers jours, elle aurait aimé le faire plusieurs fois.

Ceci rappelle une fois de plus la problématique du « soignant nommé ». Une revue systématique Cochrane (Hodnett, 2000) montre l'importance de la continuité du pourvoyeur de soins, et notamment du « soignant nommé », sage-femme ou médecin de référence.

D'autres mères auraient dû être rappelées par les services proposés (O.N.E., sages-femmes privées à domicile) mais suite à une erreur, ne l'ont pas été. Heureusement, elles avaient leur numéro et elles ont pu réussir à rentrer en contact avec ces services.

Ces propos rejoignent le témoignage de sages-femmes libérales dans un « *focus group* » réalisé par le GIP (voir chapitre II) :

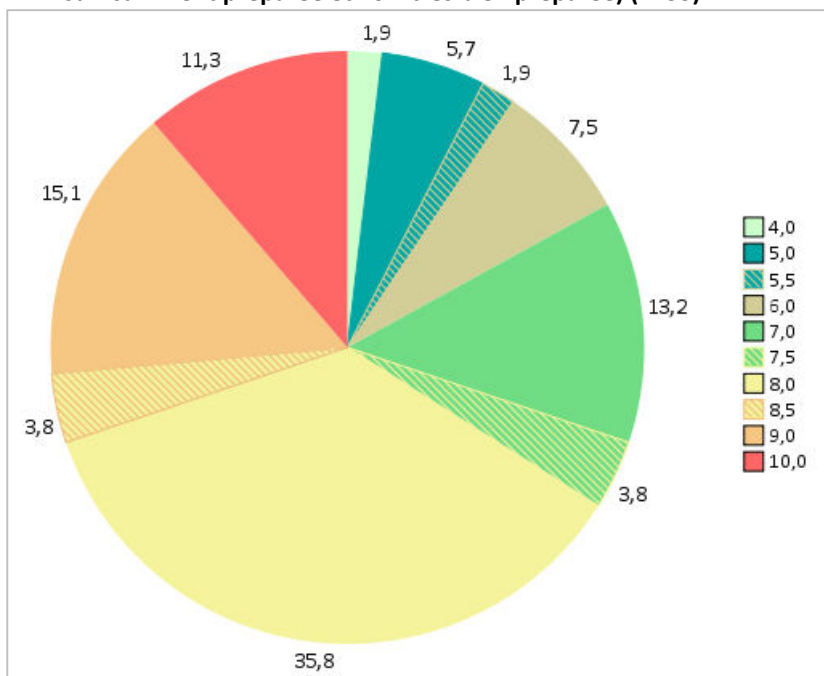
« *Cela ne suffit pas de donner un numéro de téléphone. Beaucoup n'osent pas appeler. Elles ne connaissent pas nécessairement la sage-femme qui va assurer le suivi, elles ont peur de déranger ou d'appeler « pour des prunes ». Il est préférable que la sage-femme appelle elle-même et fasse le lien. Mais attention il y a des erreurs de numéro de téléphone et parfois de la sorte des personnes sont "perdues". Les familles doivent impérativement avoir les numéros de téléphone des professionnels à contacter.* » (Groupe 1)

3.5.3 Sentiment de préparation à l'entrée et à la sortie de la maternité

Il a été demandé aux mères de donner une note entre 1 et 10 par rapport à leur sentiment de préparation pour l'accouchement à l'entrée de la maternité et par rapport à leur sentiment de préparation pour rentrer à la maison à leur sortie de la maternité.

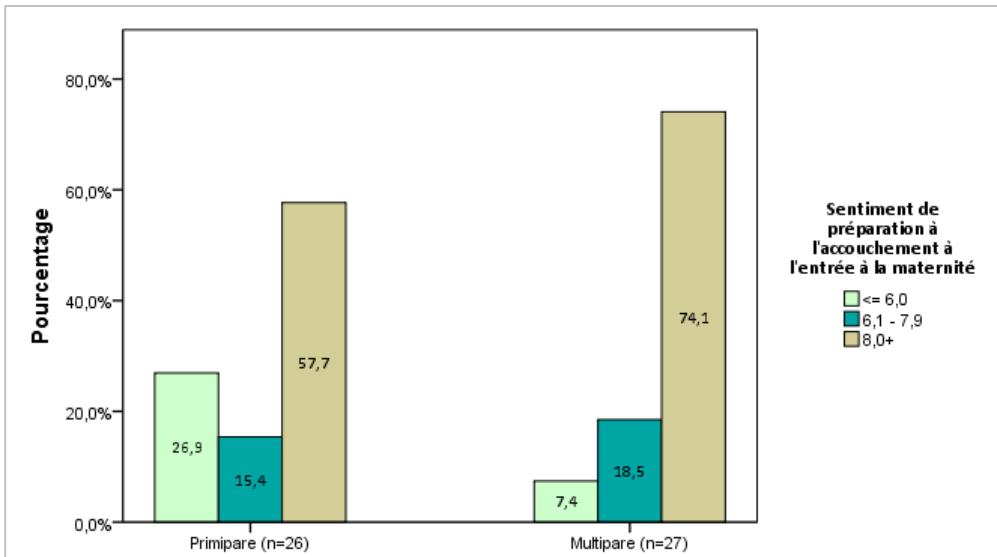
A. Pour l'accouchement à l'entrée de la maternité

Figure 37. Sentiment de préparation pour l'accouchement à l'entrée de la maternité (note entre 1 et 10, 1 = insuffisamment préparée et 10 = très bien préparée) (n=53).



Concernant leur sentiment de préparation pour l'accouchement à l'entrée de la maternité, les mères attribuent une note médiane de 8 sur 10 (min. 4 – max. 10). 17% des mères donnent une note inférieure ou égale à 6 (peu à moyennement préparée), 17% une note entre 6 et 8 sur 10, 66,6% une note supérieure ou égale à 8 sur 10.

Figure 38. Sentiment de préparation pour l'accouchement à l'entrée de la maternité en fonction de la parité.

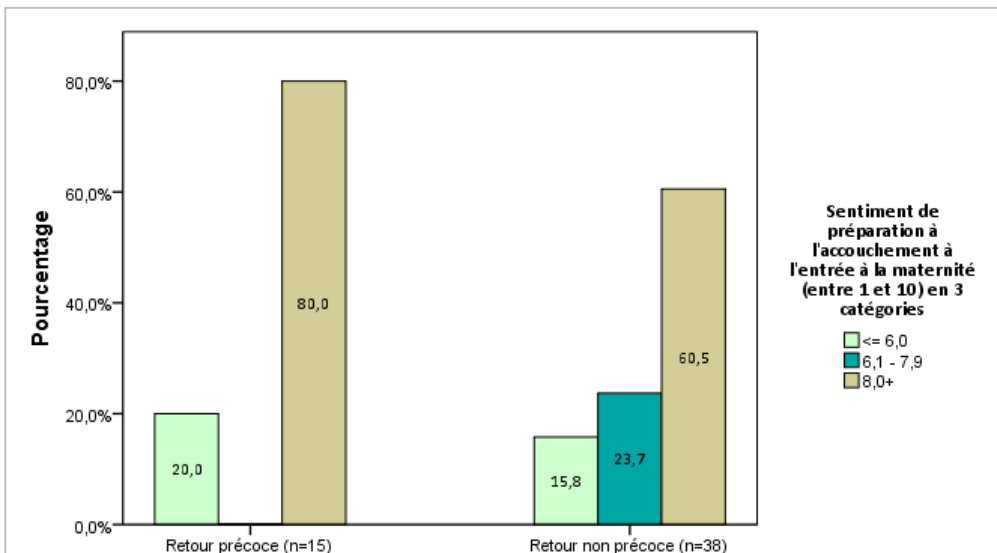


Il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre le sentiment de préparation pour l'accouchement à l'entrée de la maternité (regroupée en trois catégories) et la parité (p de Monte Carlo non significatif) bien que l'on observe une plus grande proportion de mères qui se sentent peu à moyennement préparées parmi les primipares (26,9% contre 7,4%).

Certaines mères ont précisé qu'elles se sentaient peu préparées parce qu'elles avaient eu un souci de santé peu de temps avant l'accouchement ou parce que le bébé était arrivé plutôt que prévu ou encore que c'était un moment psychologique difficile.

Les mères sorties précocement ont attribué une note médiane de 8 sur 10 (min. : 5 – max. : 10) à l'instar des mères sorties non précocement (min. : 4 – max. : 10).

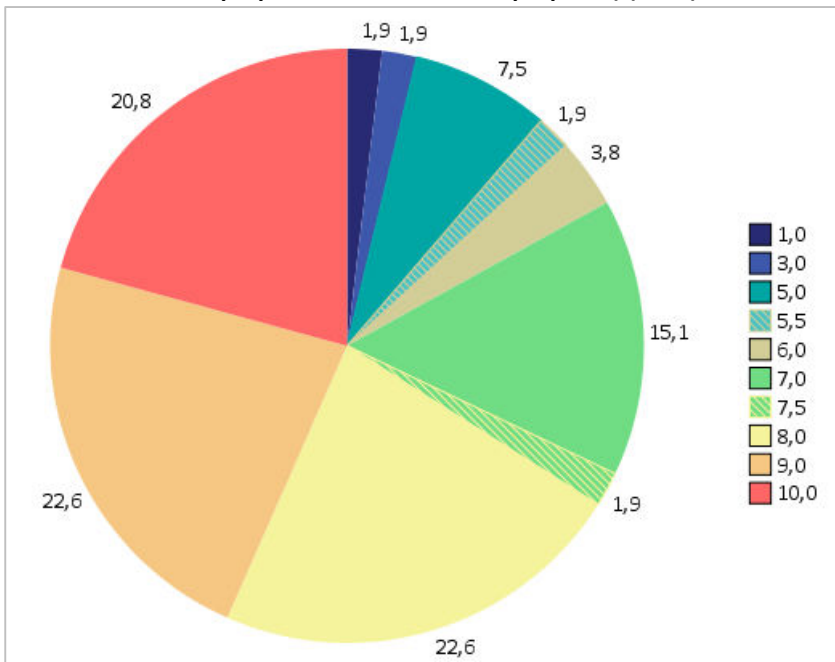
Figure 39. Sentiment de préparation pour l'accouchement à l'entrée de la maternité en fonction de la précocité du retour à domicile.



Il n'y a pas de lien entre le sentiment de préparation pour l'accouchement à l'entrée de la maternité (regroupée en trois catégories) avec la précocité du retour à domicile peu importe la parité ou le mode d'accouchement (p de Monte Carlo non significatif). Toutefois, on remarque une plus grande proportion de mères qui se sentent très bien préparées parmi les mères sorties précocement (80,0% contre 60,5%) mais également une plus grande proportion de mères qui se sentent peu à moyennement préparées (20% contre 15,8%).

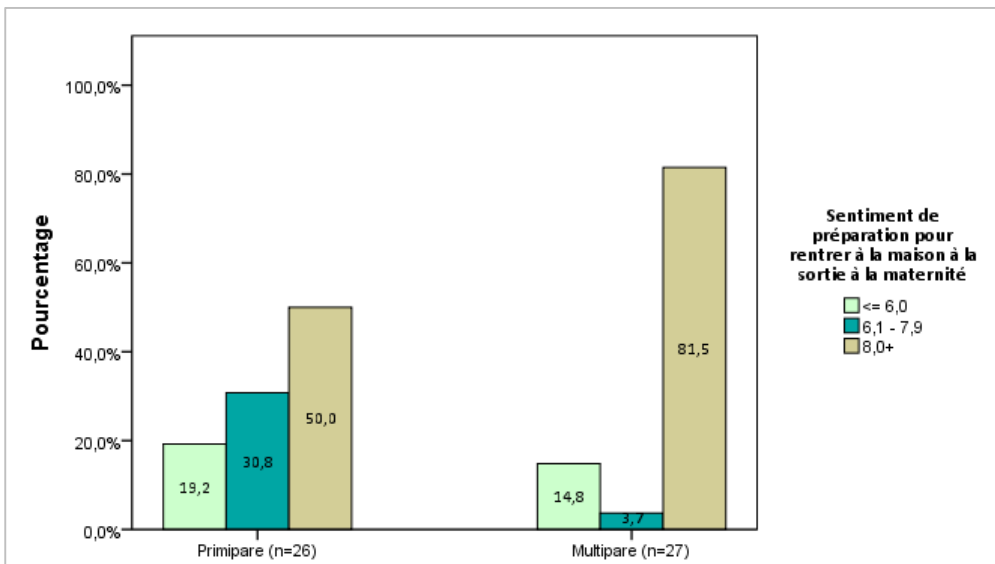
B. Pour rentrer à la maison à la sortie de la maternité

Figure 40. Sentiment de préparation pour rentrer à la maison à la sortie de la maternité (note entre 1 et 10, 1 = insuffisamment préparée et 10 = très bien préparée) (n=53).



Concernant leur sentiment de préparation pour rentrer à la maison à la sortie de la maternité, les mères attribuent une note médiane de 8 sur 10 (min. 1 – max. 10). 17% des mères donnent une note inférieure ou égale à 6 (peu à moyennement préparée), 17% une note entre 6 et 8 sur 10, 66,6% une note supérieure ou égale à 8 sur 10.

Figure 41. Sentiment de préparation pour rentrer à la maison à la sortie de la maternité en fonction de la parité.

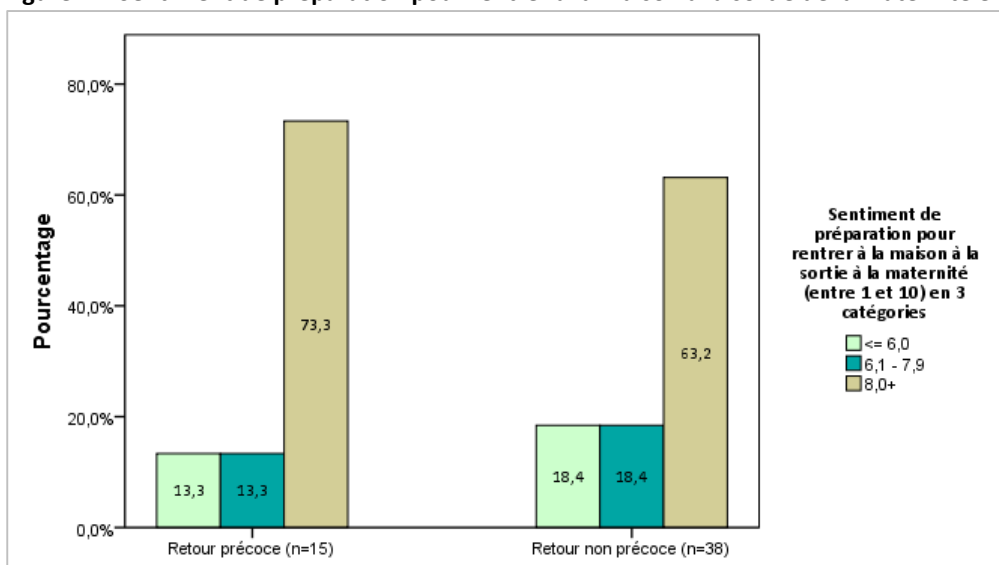


On observe une association significative entre le sentiment de préparation pour rentrer à la maison à la sortie de la maternité (regroupée en trois catégories) et la parité (p de Monte Carlo = 0,023). En effet, on remarque une plus grande proportion de mères qui se sentent peu à bien préparées (note inférieure à 8) parmi les primipares (50,0% contre 18,5 %).

Une mère primipare a souhaité ajouter en fin d'entretien qu'elle avait été beaucoup préparée pour l'accouchement mais qu'après, « c'était un peu le grand vide ». Certaines mères multipares disaient se sentir peu préparées car elles avaient peur de ne pas savoir gérer avec leur(s) aîné(s) une fois rentrées à la maison et/ou parce qu'elles n'étaient pas sûres que leurs conjoint(e)s pourraient prendre congé pour les aider.

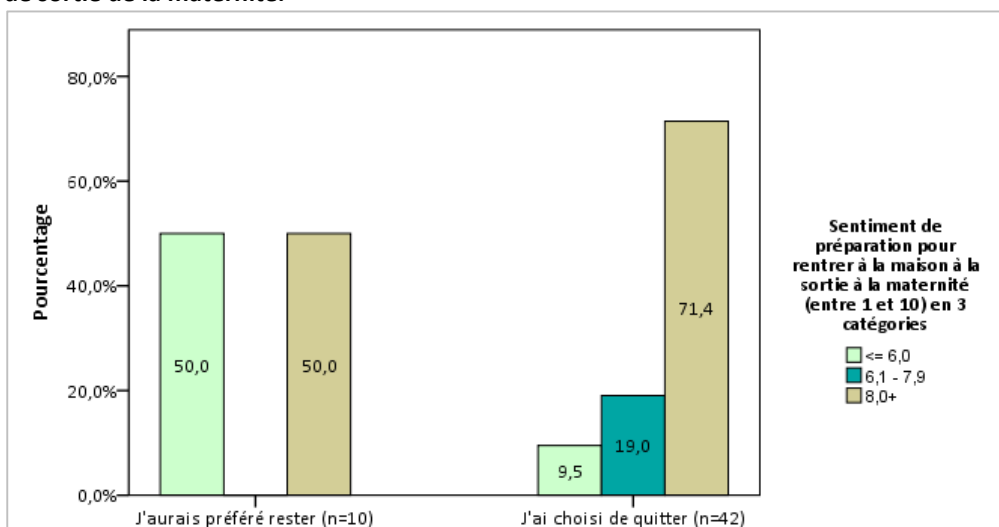
Les mères sorties précocement ont attribué une note médiane de 8 sur 10 (min. : 5,5 – max. : 10) à l'instar des mères sorties non précocement (min. : 1 – max. : 10)

Figure 42. Sentiment de préparation pour rentrer à la maison à la sortie de la maternité en fonction de la précocité.



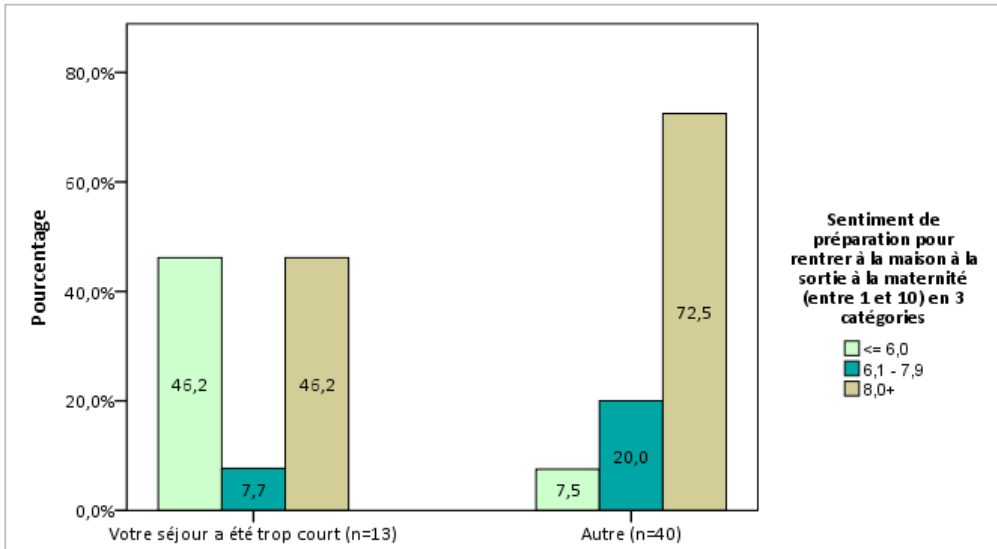
Il n'y a pas d'association significative entre le sentiment de préparation pour rentrer à la maison à la sortie de la maternité (regroupée en trois catégories) et la précocité du retour à domicile peu importe la parité ou le mode d'accouchement (p de Monte Carlo non significatif). Toutefois, on observe une plus grande proportion de mères qui se sentent très bien préparées parmi les mères sorties précocement (73,3% contre 63,2%).

Figure 43. Sentiment de préparation pour rentrer à la maison à la sortie de la maternité en fonction des conditions de sortie de la maternité.



Par contre, on observe un lien significatif entre le sentiment de préparation pour rentrer à la maison à la sortie de la maternité (regroupée en trois catégories) et les conditions de sortie de la maternité (p de Monte Carlo = 0,01). Parmi les mères qui auraient préféré rester à la maternité, une mère sur deux (5/10) se sentait peu à moyennement préparée contre près d'une mère sur dix parmi les mères qui ont choisi de quitter la maternité (4/42). Parmi les mères qui auraient préféré rester, on retrouve d'une part des mères peu à moyennement préparées (deux qui n'ont pas osé demander à rester plus longtemps, trois qui avaient d'autres contraintes) et d'autre part, des mères très bien préparées (trois qui avaient d'autres contraintes, une qui n'a pas eu le choix). On peut comprendre ces deux catégories en fonction des raisons pour lesquelles les mères souhaitaient rester : avoir des conseils pour s'occuper du bébé et se sentir plus à l'aise avec lui et/ou se reposer, avoir des soins pour soi, ... Certaines mères auraient préféré rester à la maternité pour se reposer mais se sentaient tout de même capables de prendre soin de leur bébé.

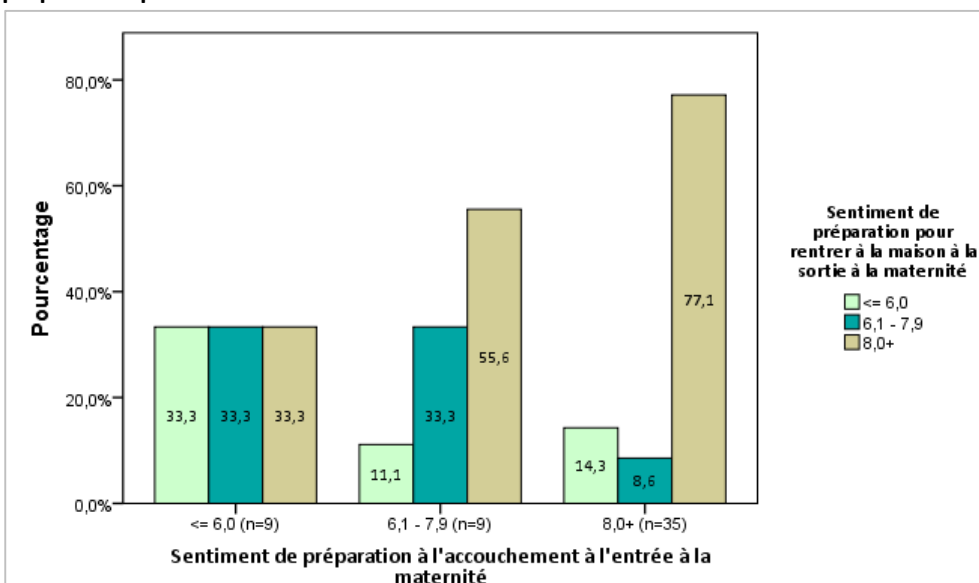
Figure 44. Sentiment de préparation pour rentrer à la maison à la sortie de la maternité en fonction de l'avis *a posteriori* sur la durée du séjour.



Le sentiment de préparation pour rentrer à la maison à la sortie de la maternité (regroupée en trois catégories) est également lié à l'avis *a posteriori* sur la durée du séjour (p de Monte Carlo = 0,009). On observe qu'il y a une plus grande proportion de mères peu à moyennement préparées parmi celles qui ont trouvé leur séjour trop court (46,2% contre 7,5%).

C. Comparaison

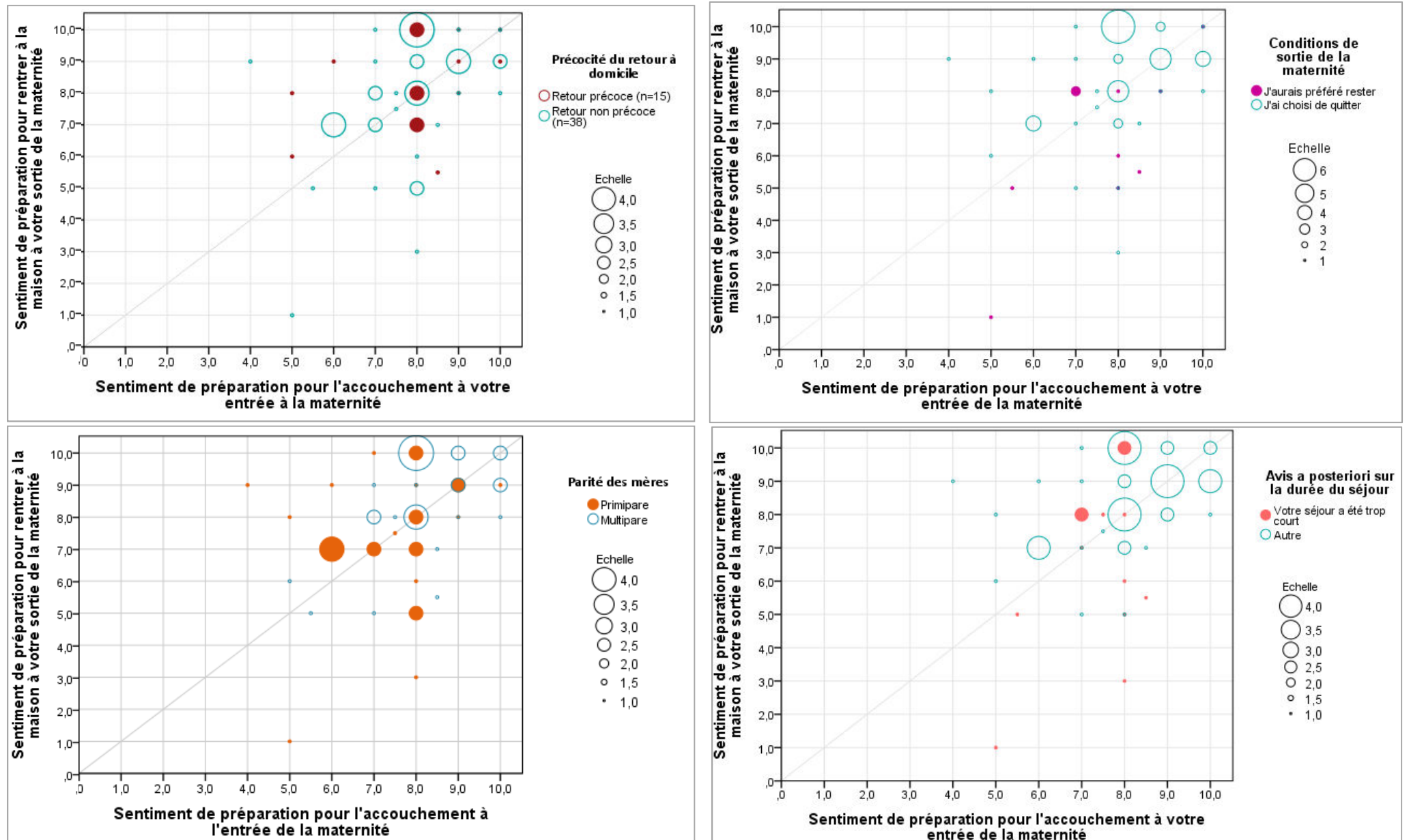
Figure 45. Sentiment de préparation pour l'accouchement à l'entrée de la maternité en fonction du sentiment de préparation pour rentrer à la maison à la sortie de la maternité.



On n'observe pas de lien statistique significatif entre les sentiments de préparation à l'accouchement à l'entrée de la maternité et pour rentrer à la maison à la sortie de la maternité (variables regroupées en 3 catégories) (p de Monte Carlo non significatif). Toutefois, on remarque que les mères qui se sentent peu à moyennement préparées pour l'accouchement à l'entrée de la maternité ne le sont pas forcément pour rentrer à la maison à la sortie de la maternité. Par contre, parmi les mères qui se sentent bien ou très bien préparées pour l'accouchement à l'entrée de la maternité, on observe une plus grande proportion de mères qui se sentent bien ou très bien préparées pour rentrer à la maison à la sortie de la maternité.

Si on croise ces deux variables au moyen d'un graphique de dispersion (voir à la page suivante), on peut s'apercevoir où se situent les mères qui se sentaient très peu préparées dans les deux cas et quelles sont leurs caractéristiques. On observe un lien statistiquement significatif entre les variables (non regroupées) (r de Pearson = 0,402, p = 0,01).

Figure 46. Sentiment de préparation pour l'accouchement à l'entrée de la maternité en fonction du sentiment de préparation pour rentrer à la maison à la sortie de la maternité avec le marquage de la précocité du retour à domicile, les conditions de sortie de la maternité, la parité et l'avis *a posteriori* sur la durée du séjour.



3.6 Le retour à la maison

3.6.1 Aide de l'entourage et difficultés rencontrées

A. Aide de l'entourage

Tableau 54. Aide de l'entourage (sur le plan pratique ou sur le plan émotionnel) au retour à la maison.

	n	%
Non	2	3,8
Oui	51	96,2
Total	53	100,0

Seules deux mères ont répondu qu'elles n'avaient pas reçu d'aide depuis leur retour à la maison, même si dans les faits, elles ont été un petit peu aidées mais très peu dans l'ensemble.

La première n'a pas de conjoint et vit dans un centre d'accueil. Elle est assez isolée socialement et n'a pas eu d'aide hormis les conseils de sa tante et celle de sa voisine de chambre pour prendre soin du bébé. La deuxième vit avec son conjoint et a quatre autres enfants. Elle a reçu de l'aide de son conjoint pour garder ceux-ci et l'aide de sa mère les deux premiers jours pour faire les courses et les repas.

Nous avons demandé aux mères pour quelles activités elles avaient été aidées et par qui elles l'avaient été. Ces informations ne nous indiquent pas l'intensité de l'aide reçue ainsi que la volonté ou non d'être aidée (la mère peut ne pas avoir reçu d'aide car elle désirait le faire elle-même).

Tableau 55. Aide de l'entourage au retour à la maison par type d'activités en fonction de la précocité du retour à domicile.

Type d'activités	Précocité du retour à domicile					
	Total (n=52)		précoce (n=15)		non précoce (n=37)	
	n	%	n	%	n	%
Pour faire les courses, les repas						
Oui	47	90,4	13	86,7	34	91,9
Non	5	9,6	2	13,3	3	8,1
Pour entretenir la maison (lessive, repassage, nettoyage, ...)						
Oui	46	88,5	11	73,3	35	94,6
Non	6	11,5	4	26,4	2	5,4
Pour prendre soin/garder votre bébé						
Oui	38	73,1	8	53,3	30	81,1
Non	14	26,9	7	46,7	7	18,9
Pour prendre soin/garder votre (vos) autre(s) enfant(s)						
Oui	24	92,3	9	90,0	15	93,8
Non	2	7,7	1	6,3	1	6,3
Non pertinent (primipare)	26					
Pour vous soutenir sur le plan émotionnel						
Oui	50	96,2	14	93,3	36	97,3
Non	2	3,8	1	6,7	1	2,7

Une mère n'a pas souhaité répondre à l'ensemble de ces questions qu'elle trouvait trop intimes.

Parmi l'ensemble des mères, on remarque que celles-ci ont globalement été aidées pour toutes les activités citées. Il y a toutefois une proportion plus importante de mères qui n'ont pas été aidées pour entretenir la maison (11,5%) et pour prendre soin/garder leur bébé (26,9%).

Par rapport à l'entretien de la maison, deux mères multipares auraient souhaité avoir une aide-ménagère qui soit prise en charge financièrement. L'une a précisé que ce n'était pas possible dans le cadre de sa mutuelle. L'autre qu'elle ne pouvait pas se permettre les titres-services.

A propos du fait de recevoir de l'aide pour prendre soin/garder son bébé, beaucoup de mères précisait « non, ça c'est moi » dans le sens qu'elles considèrent que c'est leur rôle et qu'elles ne souhaitaient donc pas forcément de l'aide à ce niveau.

Par rapport à la précocité du retour à domicile, on observe un lien statistiquement significatif avec le fait d'être aidée pour entretenir la maison (p de Fisher = 0,50). En effet, on observe que 26,4% des mères sorties précocement (soit près d'une mère sur trois) n'ont pas reçu d'aide à ce niveau contre 5,4% parmi les mères sorties non précocement.

On n'observe aucune association statistiquement significative entre la précocité du retour à domicile et le fait de recevoir de l'aide pour les autres activités.

Tableau 56. Type de personnes citées pour l'aide au retour à la maison par type d'activités (multiples réponses).

Type d'activités	Type de personnes citées pour l'aide au retour à la maison								
	n	Conjoint(e)		Famille		Amis		Aide extérieure	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Pour faire les courses, les repas	53	34	64,1	15	28,3	3	5,7	1	1,9
Pour entretenir la maison (lessive, repassage, nettoyage, ...)	45	24	53,3	9	20,0	0	0,0	12	26,7
Pour prendre soin/garder votre bébé	46	27	58,7	17	37,0	0	0,0	2	4,3
Pour prendre soin/garder votre (vos) autre(s) enfant(s)	30	14	46,7	14	46,7	0	0,0	2	6,6
Pour vous soutenir sur le plan émotionnel	71	39	54,9	17	23,9	10	14,1	5	7,0

Par rapport aux personnes qui les ont aidées, les mères citent le plus souvent (uniquement ou notamment) leur conjoint(e) pour tous les types d'activités. En deuxième position, vient la famille (y compris la belle-famille) pour toutes les activités sauf pour l'entretien de la maison où 26,7% des mères citent une aide extérieure (femmes de ménage et pour une mère, une aide-familiale). Les amis sont cités uniquement pour faire les courses, les repas (5,7%) et le soutien émotionnel (14,1%).

Parmi les aides extérieures citées, on trouve une aide familiale pour faire les courses, les repas ; une sage-femme et une voisine pour avoir des conseils pour prendre soin/garder le bébé ; la crèche et une voisine pour prendre soin/garder le(s) autre(s) enfant(s) ; un psychologue, un psychiatre, deux dames de l'O.N.E. et une sage-femme pour le soutien émotionnel.

On note que dans notre échantillon les mères sorties précocement ne se font pas plus aider par des aides extérieures : une aide-familiale pour les courses et les repas, une aide-familiale pour l'entretien de la maison, une sage-femme pour les conseils pour le bébé, aucune aide extérieure pour garder le(s) autre(s) enfant(s) ou pour le soutien sur le plan émotionnel.

B. Difficultés pour s'occuper du bébé

Tableau 57. Degré de difficulté pour chaque type de difficulté pour s'occuper du bébé.

Type de difficultés	Total n	Aucune		Un peu		Beaucoup	
		n	%	n	%	n	%
Pour nourrir votre bébé	52	37	71,2	8	15,1	7	13,2
Pour donner le bain, changer et habiller votre bébé	51	45	88,2	1	7,8	2	3,9
Pour endormir votre bébé	52	30	57,7	16	30,8	6	11,5
Pour calmer les pleurs de votre bébé	52	34	64,2	13	24,5	5	9,4

Une mère sortie non précocement n'a pas répondu aux questions concernant les difficultés rencontrées pour s'occuper du bébé suite à une erreur lors de l'entretien. Une mère sortie précocement n'a pas répondu à la question « pour donner le bain, changer ... » car elle ne pouvait pas rester debout à cause de sa (deuxième) césarienne et déléguait ses tâches à d'autres personnes.

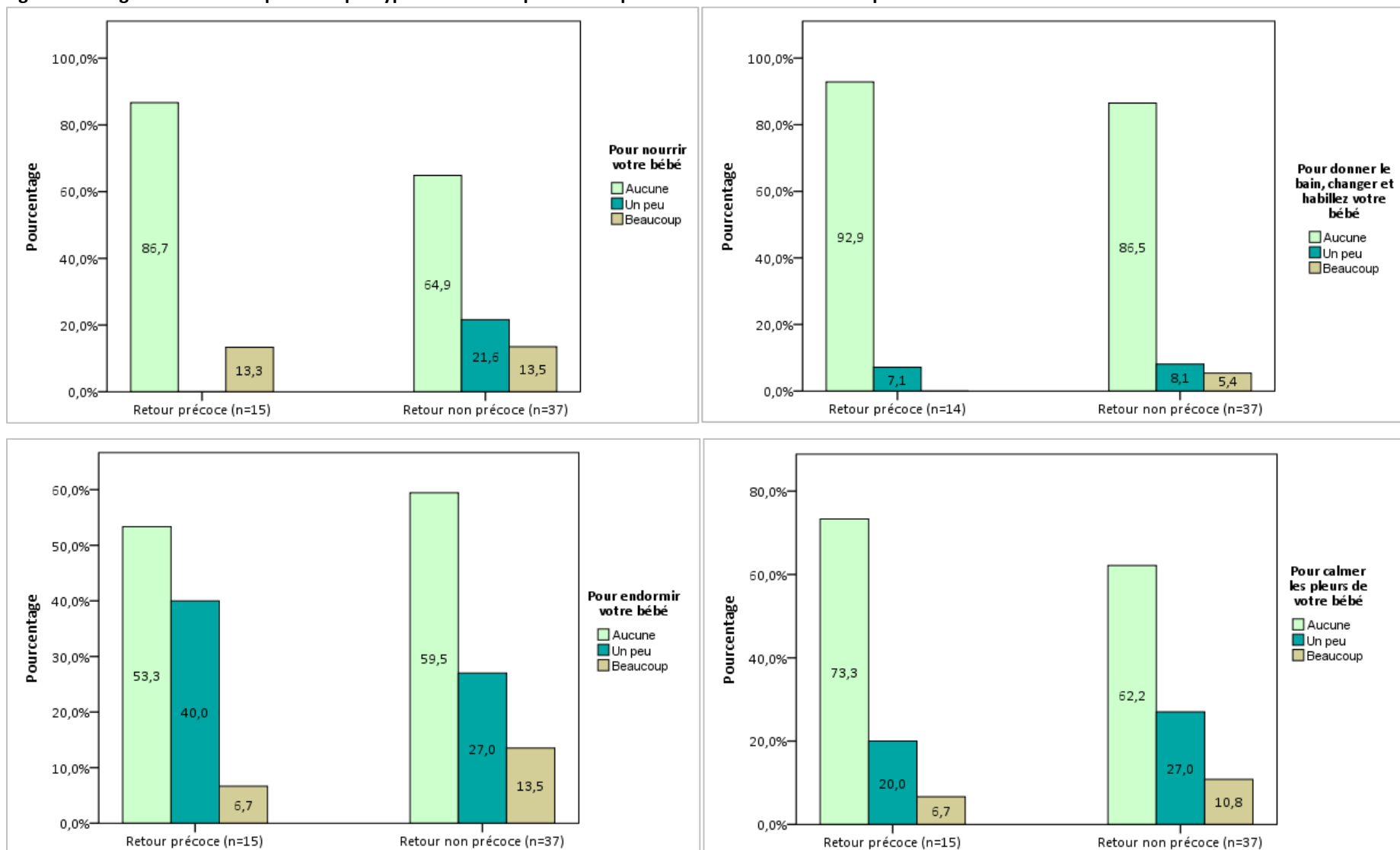
On observe que les mères rencontrent le plus souvent des difficultés pour endormir leur bébé (42,3% ont un peu ou beaucoup de difficultés). La deuxième difficulté la plus rencontrée est le fait de calmer les pleurs du bébé (33,9%), suivi de l'alimentation du bébé (28,3%). Les mères rencontrent le moins de difficultés pour donner le bain, changer et habiller le bébé (11,7%).

Deux mères ont cité d'autres difficultés : l'une sortie précocement a eu beaucoup de difficultés pour s'organiser à la maison avec trois enfants et retrouver son rythme, l'autre sortie non précocement a eu un peu de difficultés pour les démarches administratives (commune, mutuelle, allocations) qu'elle trouvait trop peu centralisées et fastidieuses pour quelqu'un de fatigué et peu disponible.

On n'observe pas de lien statistiquement significatif entre le degré de difficulté rencontré par type de difficultés (regroupées en deux catégories « oui », « non » ou non regroupées) et la précocité du retour à domicile, peu importe la parité ou le mode d'accouchement.

Toutefois, on remarque que la proportion de mères n'ayant aucune difficulté est supérieure parmi celles sorties précocement pour toutes les types de difficultés, sauf pour endormir le bébé où cette proportion est légèrement inférieure (53,3% contre 59,5%) (voir la figure 47 page suivante). Pour endormir le bébé, la proportion de mères ayant un peu de difficultés est supérieure parmi celles sorties précocement (40,0% contre 27,0%).

Figure 47. Degré de difficultés pour chaque type de difficulté pour s'occuper du bébé en fonction de la précocité du retour à domicile.



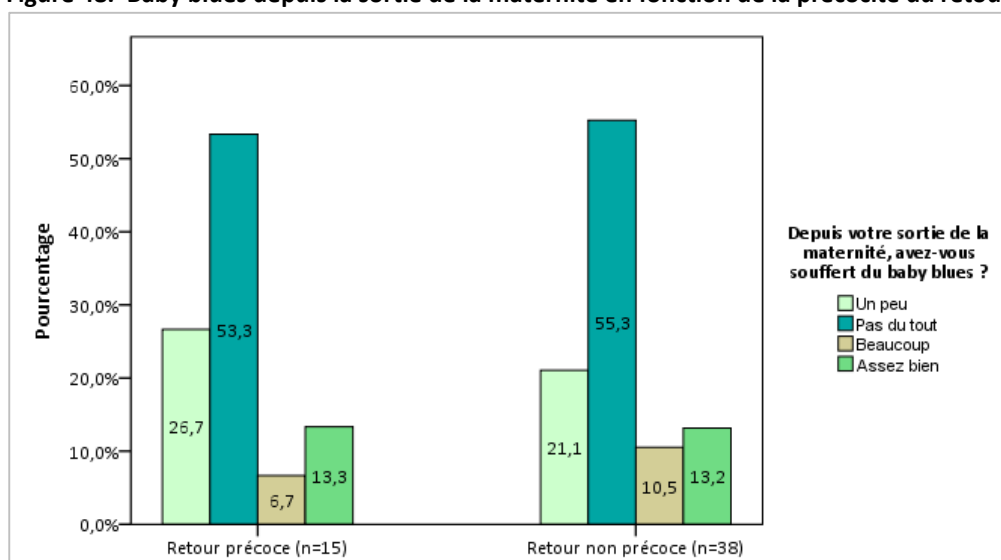
C. Baby blues

Tableau 58. Baby blues depuis la sortie de la maternité.

	n	%
Pas du tout	29	54,7
Un peu	12	22,6
Assez bien	7	13,2
Beaucoup	5	9,4
Total	53	100,0

Concernant le baby blues depuis la sortie de la maternité, environ une mère sur deux dit ne pas du tout en avoir souffert, environ une mère sur quatre en a un peu souffert et environ une mère sur quatre en assez bien ou beaucoup souffert. Les mères ayant souffert du baby blues parle d'un sentiment diffus de tristesse et de culpabilité ainsi que de pleurs plus fréquents que d'habitude. Elles ont par moment l'impression de ne pas être capables, ont peur de ne pas réussir à gérer quand elles se retrouvent toutes seules avec leur bébé et/ou leur(s) autre(s) enfant(s). Une mère dans ce cas aurait aimé qu'il existe des ateliers postnataux où l'on puisse parler de ses pleurs et de sa fatigue.

Figure 48. Baby blues depuis la sortie de la maternité en fonction de la précocité du retour à domicile.



On n'observe aucune association significative entre le fait d'avoir souffert du baby blues depuis la sortie de la maternité (regroupée en deux catégories « oui » « non » ou non regroupée) et la précocité du retour à domicile (p de Pearson et p de Monte Carlo non significatifs), peu importe la parité ou le mode d'accouchement. La proportion de mères ayant souffert du baby blues se distribue de façon quasi identique dans les deux groupes.

3.6.2 Hospitalisations de la mère et du bébé

Tableau 59. Hospitalisations de la mère et/ou du bébé depuis la sortie de la maternité.

	La mère		Le bébé	
	n	%	n	%
Non	51	98,9	51	96,2
Oui	1	1,9	2	3,8
Total	53	100,0	53	100,0

Seule une mère (sortie non précocement) a dû être hospitalisée à deux reprises pour une pneumonie. Deux bébés (sortis non précocement) ont dû être hospitalisés une fois : l'un pour de la fièvre suite à la venue d'une première dent, l'autre préventivement pour faire le test du sommeil.

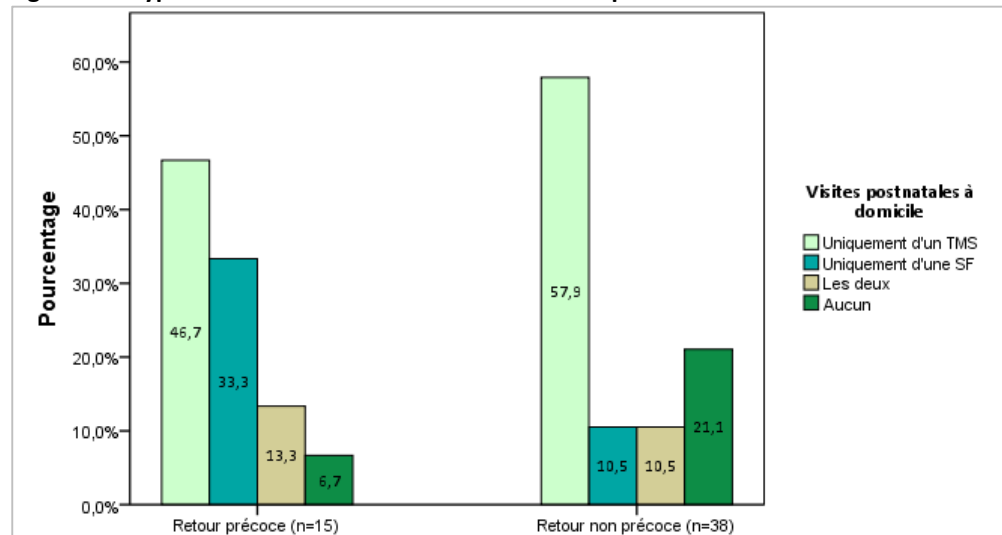
3.6.3 Visites à domicile d'une sage-femme et/ou d'un TMS

Tableau 60. Types de visites à domicile.

	n	%
Sage-femme uniquement	9	17,0
TMS (ou équivalent néerlandophone) uniquement	29	54,7
Les deux	6	11,3
Aucun	9	17,0
Total	53	100,0

Près d'une mère sur deux a eu uniquement la visite d'un travailleur médico-social de l'O.N.E. ou l'équivalent néerlandophone et 17% uniquement la visite d'une sage-femme. 11,3% ont eu les deux types de visites et 17% n'en ont eu aucune des deux.

Figure 49. Type de visites à domicile en fonction de la précocité du retour à domicile.



Bien qu'il n'y ait pas de lien statistiquement significatif entre les visites postnatales à domicile et la précocité du retour à domicile, on observe que la proportion de mères ayant eu uniquement la visite d'une sage-femme est plus de trois fois supérieure parmi celles sorties précocement (33,3% contre 10,5%). Il y a également moins de mères n'ayant eu aucune visite parmi celles sorties précocement (6,7% contre 21,1%). Une mère sortie précocement de la maternité n'a pas eu de visites à domicile car elle n'habite pas sur le territoire belge pour avoir la visite d'un TMS et ignorait l'existence des visites à domicile par des sages-femmes.

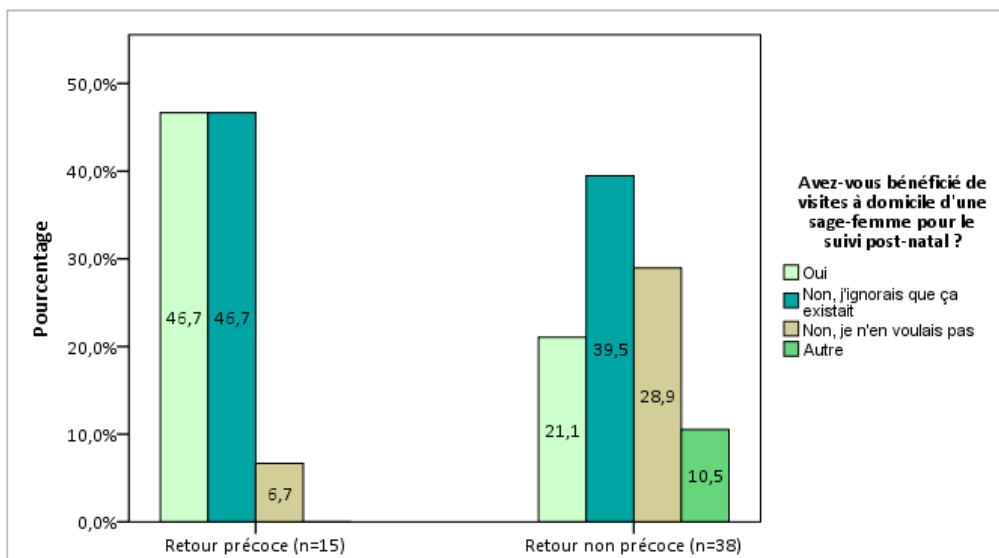
A. Visites à domicile d'une sage-femme

Tableau 61. Visites à domicile d'une sage-femme (uniquement ou notamment).

	n	%
Oui	15	28,3
Non pas encore, mais une visite à domicile est programmée	1	1,9
Non, j'ignorais que ça existait	22	41,5
Non, je n'en voulais pas	12	22,6
Autre	3	5,7
J'en voulais une mais je n'ai pas pu en avoir par manque de disponibilités des sages-femmes.	1	1,9
Non, je n'en voulais pas mais maintenant j'en ressens le besoin. Je ne sais pas à qui m'adresser et on ne m'a pas informé à l'hôpital.	1	1,9
Non, je n'en voulais pas mais si on m'avait proposé, j'aurais essayé au moins une fois.	1	1,9
Total	53	100,0

28,3% des mères ont eu au moins une visite à domicile ou une visite programmée d'une sage-femme. On remarque que 41,5% des mères disent ne pas avoir eu de visites à domicile d'une sage-femme parce qu'elles n'en connaissaient pas l'existence. 22,6% des mères n'en voulaient pas.

Figure 50. Visites à domicile d'une sage-femme (uniquement ou notamment) en fonction de la précocité du retour à domicile.

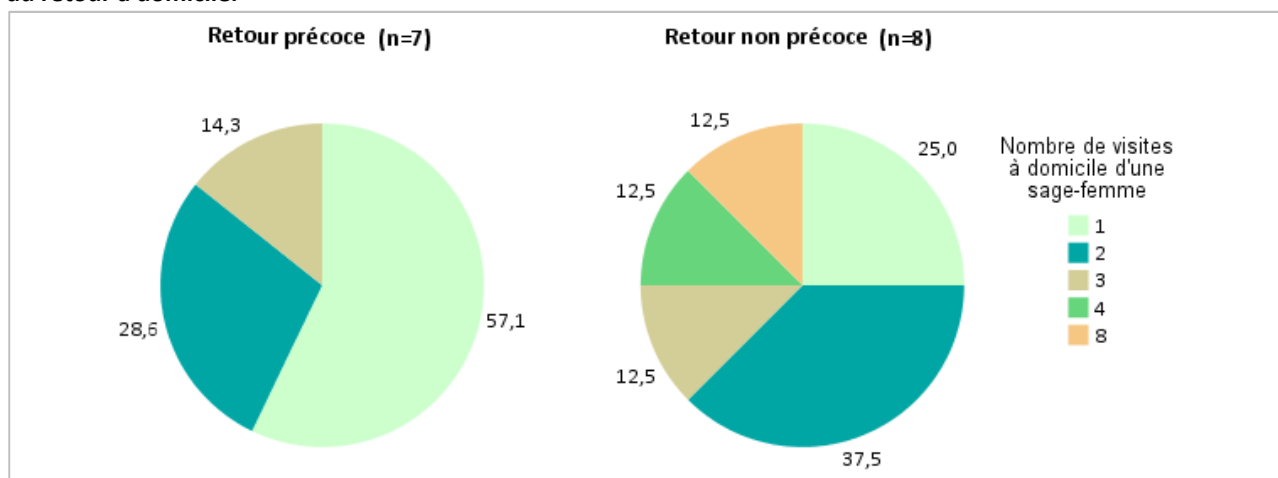


Il n'y a pas de lien statistique entre le fait d'avoir eu uniquement ou notamment la visite d'une sage-femme (recodée en deux catégories « oui » « autre » ou non recodée) et la précocité du retour à domicile (p de Fisher et p de Monte Carlo non significatif). Pourtant, on remarque que 46,7% des mères sorties précocement de la maternité ont eu la visite d'une sage-femme contre 20,1% des mères sorties non précocement de la maternité.

On constate également qu'une grande proportion de mères sorties précocement (46,7%, soit 7 mères sur les 15) n'ont pas eu de visite à domicile car elles n'en connaissaient pas l'existence. Seule une mère sortie précocement n'a pas souhaité avoir la visite d'une sage-femme contre 11 mères sorties non précocement sur 38.

Concernant les mères ayant une visite à domicile, celles-ci ont eu un nombre médian de deux visites d'une sage-femme (min. : une visite – max. : huit visites).

Figure 51. Nombre de visites à domicile d'une sage-femme (uniquement ou notamment) en fonction de la précocité du retour à domicile.



On n'observe aucun lien statistiquement significatif entre le nombre de visites à domicile d'une sage-femme et la précocité du retour à domicile (p de Monte Carlo non significatif) peu importe le mode d'accouchement ou la parité.

Toutefois, on remarque que les mères sorties précocement ont moins de visites. Elles ont un nombre médian d'une visite (min. : une visite – max. : trois visites) contre un nombre médian de deux visites pour les mères sorties non précocement (min. : une visite – max. : huit visites).

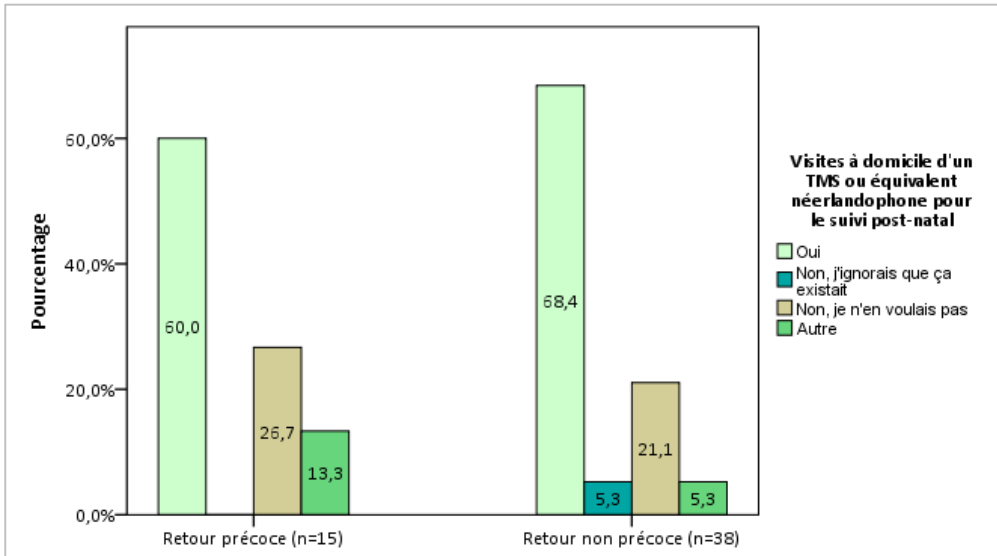
B. Visites à domicile d'un TMS

Tableau 62. Visites à domicile d'un TMS (ou équivalent néerlandophone) (uniquement ou notamment).

	n	%
Oui	35	66,0
Non pas encore, mais une visite à domicile est programmée	1	1,9
Non, j'ignorais que ça existait	3	5,7
Non, je n'en voulais pas	12	22,6
Autre	2	3,7
Un rendez-vous était programmé puis a été annulé car il tombait en même temps qu'une consultation à l'hôpital	1	1,9
Non car j'habite en France à la frontière avec la Belgique. Autrement, j'aurais peut-être bien aimé avoir la visite d'un TMS pour les deux premières semaines après l'accouchement	1	1,9
Total	53	100,0

67,9% des mères ont eu une visite à domicile ou ont une visite programmée d'un TMS ou équivalent néerlandophone (seule une mère a eu une visite à domicile d'une personne de *Kind en Gezin*). On remarque que 5,7% disent ne pas avoir eu de visite à domicile d'un TMS parce qu'elles n'en connaissaient pas l'existence (ces mères connaissaient l'O.N.E. mais seulement les consultations). 22,6% des mères n'en voulaient pas.

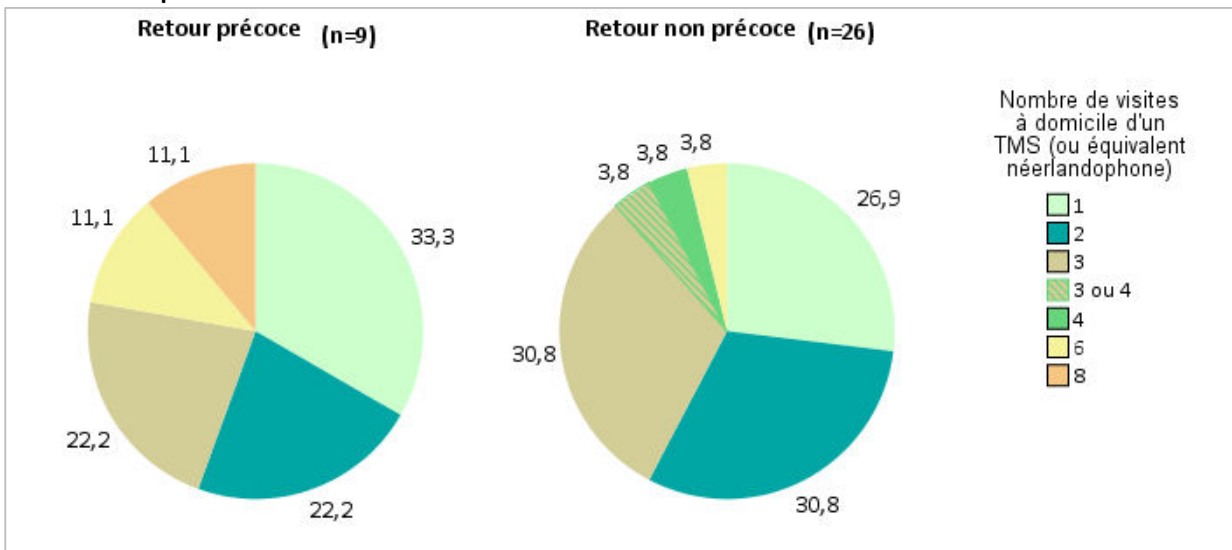
Figure 52. Visites à domicile d'un TMS ou équivalent néerlandophone (uniquement ou notamment) en fonction de la précocité du retour à domicile.



Il n'y a pas de lien statistique entre le fait d'avoir eu uniquement ou notamment la visite d'un TMS (recodée en deux catégories « oui » « autre » ou non recodée) et la précocité du retour à domicile (p de Fisher et p de Monte Carlo non significatifs).

Concernant les mères ayant une visite à domicile, celles-ci ont eu un nombre médian de 2,5 visites d'un TMS ou équivalent néerlandophone (min. : une visite – max. : huit visites).

Figure 53. Nombre de visites à domicile d'un TMS ou équivalent néerlandophone (uniquement ou notamment) en fonction de la précocité du retour à domicile.



On n'observe aucun lien statistiquement significatif entre le nombre de visites à domicile d'un TMS (ou équivalent néerlandophone) et la précocité du retour à domicile (p de Monte Carlo non significatif) peu importe le mode d'accouchement ou la parité.

Les mères sorties précocement ont un nombre médian de deux visites (min. : une visite – maximum : huit visites) à l'instar de celles sorties non précocement (min. : une visite – maximum : six visites).

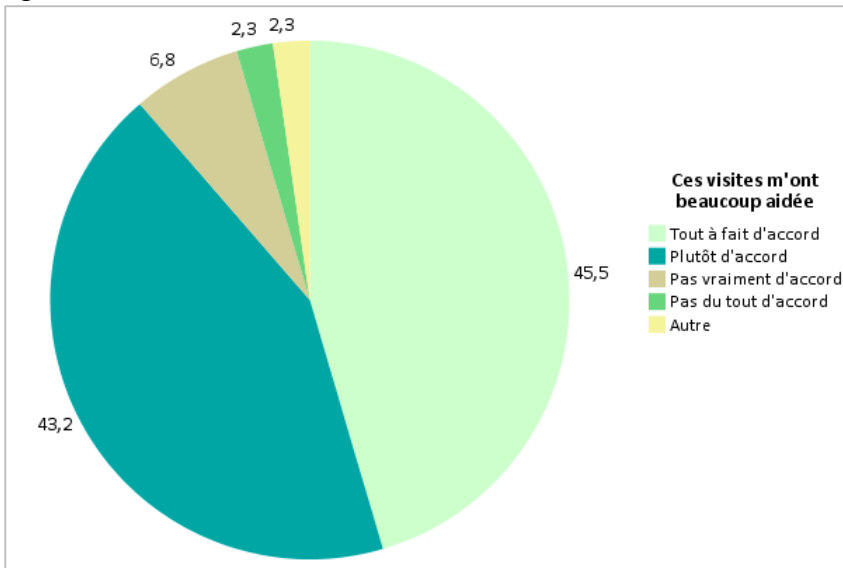
C. Avis par rapport aux visites à domicile

Nous avons demandé aux mères ayant déjà eu une visite (d'une sage-femme, d'un TMS ou des deux) de nous donner leur avis à propos de deux affirmations :

- « ces visites m'ont beaucoup aidée »
- « Lorsqu'elle est venue, j'étais malgré tout mal à l'aise de la laisser entrer chez moi »

Les mères qui avaient la visite à la fois d'une sage-femme ou d'un TMS pouvaient nous indiquer si elles avaient un avis différent selon le type de professionnel rencontré mais aucune mère concernée n'a souhaité faire de distinction.

Figure 54. Avis des mères concernant l'affirmation « ces visites m'ont beaucoup aidée » (n =44).

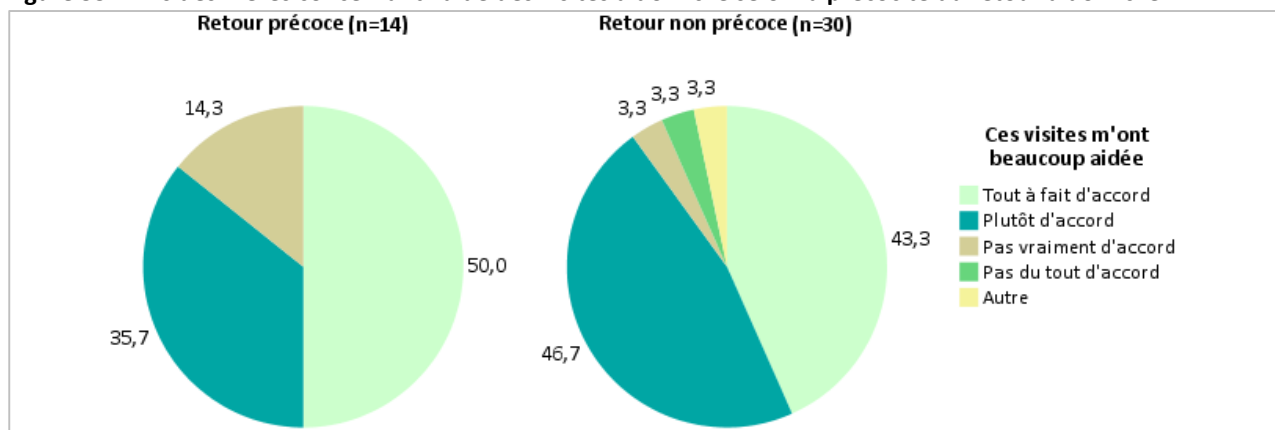


On observe que 88,7 % des mères sont d'accord avec l'affirmation «ces visites m'ont beaucoup aidée » (45,5% sont tout à fait d'accord et 43,2% plutôt d'accord). 9,1% des mères ne sont pas d'accord. 3 mères sur les 44 ayant répondu ne sont pas vraiment d'accord. Une mère n'est pas du tout d'accord par rapport à la visite d'une sage-femme de l'hôpital. Elle avait des problèmes pour allaiter suite à une réduction mammaire et a trouvé très exagéré que la sage-femme de l'hôpital lui donne un rendez-vous pour mettre des cathéters. Son avis ne semblait pas être pris compte.

Une mère a signalé un autre avis. Concernant le bébé, elle est tout à fait d'accord. Par contre pour les soins pour elle, elle n'est pas du tout d'accord. Le T.M.S. n'a pas pu l'aider pour son infection suite à une épisiotomie. Son gynécologue lui a donné des antibiotiques mais elle a dû aller trois fois à l'hôpital en urgence et on lui a donné à chaque fois d'autres antibiotiques. Elle aurait aimé avoir une sage-femme à domicile pour l'aider mais elle ne savait pas que c'était possible.

Bien qu'elle est appréciée la visite du TMS, une autre maman a souhaité ajouter en fin d'entretien qu'il y avait beaucoup de soins pour le bébé après l'accouchement mais pas tellement pour la mère. Elle trouve qu'il faudrait un meilleur suivi des soins pour la mère surtout au niveau de l'épisiotomie. Dans son cas, ça lui a fait très mal et elle n'a eu un rendez-vous qu'après six semaines chez une kinésithérapeute. Elle aurait aimé avoir la visite d'une sage-femme mais elle n'en connaissait pas l'existence.

Figure 55. Avis des mères concernant l'aide des visites à domicile selon la précocité du retour à domicile.



Toutes visites confondues, on n'observe pas de lien entre l'avis des mères concernant l'aide des visites à domicile (regroupée en « d'accord » « autre » ou non regroupée) et la précocité du retour à domicile (p de Pearson et p de Monte Carlo non significatifs).

Parmi les mères sorties précocement, 85,7% sont d'accord avec l'affirmation «ces visites m'ont beaucoup aidée » contre 90% parmi les mères sorties non précocement.

Tableau 63. Avis des mères concernant l'affirmation « ces visites m'ont beaucoup aidée » en fonction du type de visites à domicile (n =44).

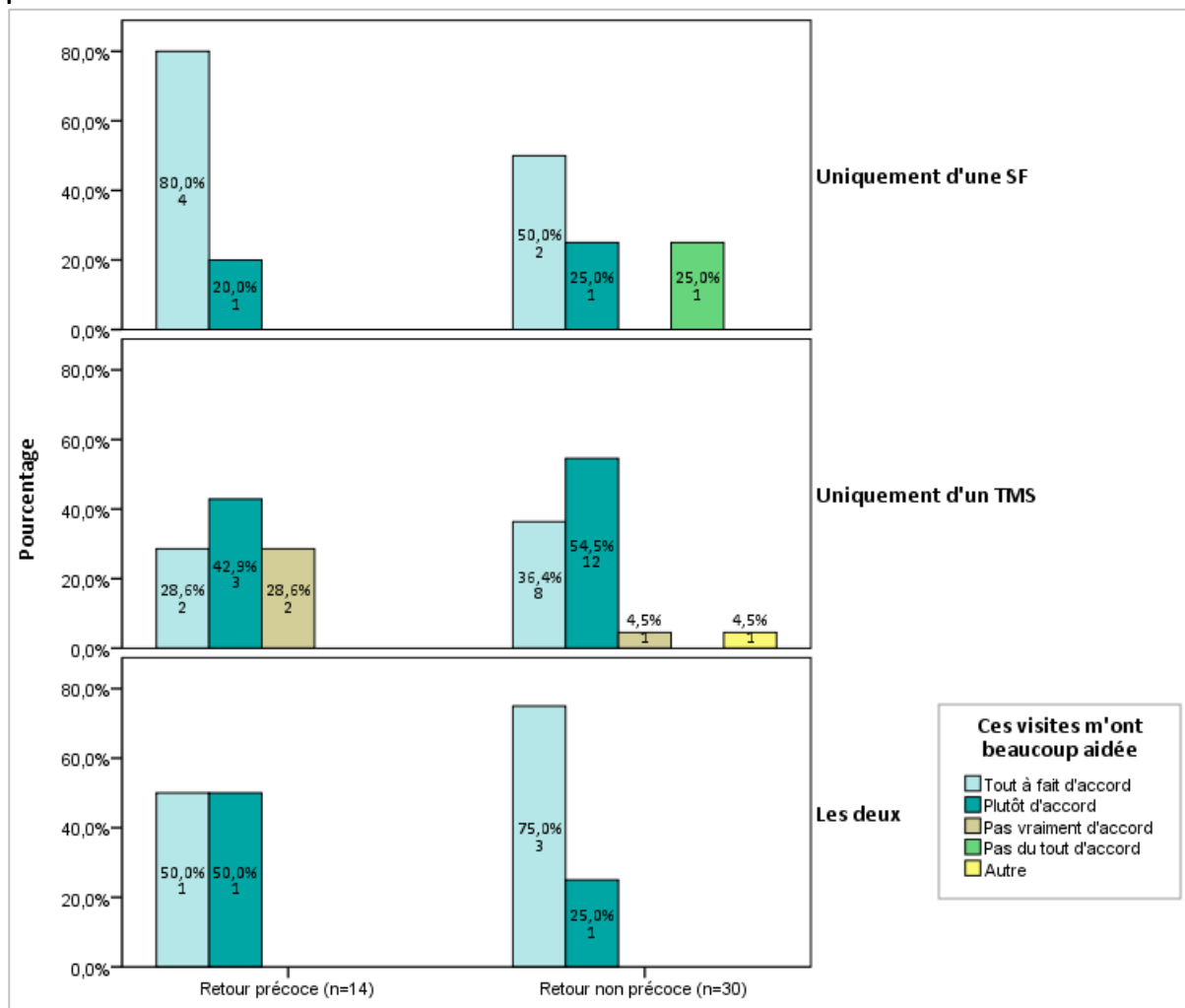
Ces visites m'ont beaucoup aidée	Visites postnatales à domicile						
	Total	Uniquement d'une SF		Uniquement d'un TMS		Les deux	
		n	n	%	n	%	n
Autre	1	0	0,0	1	3,4	0	0,0
Pas du tout d'accord	1	1	11,1	0	0,0	0	0,0
Pas vraiment d'accord	3	0	0,0	3	10,3	0	0,0
Plutôt d'accord	19	2	22,2	15	51,7	2	33,3
Tout à fait d'accord	20	6	66,7	10	34,5	4	66,7
Total	44	9	100,0	29	100,0	6	100,0

On observe que l'avis selon le type de visites est globalement identique au niveau du pourcentage de mères d'accord mais il est plus important pour les mères ayant les deux types de visites (100% contre 88,9% des mères ayant eu uniquement une sage-femme, 86,2% uniquement un TMS). On remarque aussi que les mères tout à fait d'accord sont plus nombreuses parmi celles ayant la visite uniquement d'une sage-femme ou les deux types de visite que parmi celles qui n'ont eu que la visite de la T.M.S. (66,7%, 66,7% contre 34,5%).

Ces différences sont peut-être dues au fait que les mères ayant la visite d'une sage-femme ont plus souvent fait la démarche d'en choisir une qui les a déjà suivies durant leur grossesse. Le contact est donc probablement différent avec un TMS dont elles ont la visite suite au passage d'une personne durant leur séjour à la maternité.

Il est possible aussi que les TMS et les sages-femmes proposent des services différents. Comme indiqué plus haut, une mère était déçue de ne pas avoir eu des soins pour elle lors de la visite d'un TMS. D'autres mères ont précisé qu'elles n'avaient pas de grandes attentes par rapport à la venue du TMS, qu'elles étaient contentes de juste pouvoir peser et mesurer le bébé mais qu'elles n'avaient pas d'autres questions.

Figure 56. Avis des mères concernant l'affirmation « ces visites m'ont beaucoup aidée » par type de visites selon la précocité du retour à domicile.



Selon le type de visites, on n'observe pas de lien entre l'avis des mères concernant l'aide des visites à domicile (regroupée en « d'accord » « autre » ou non regroupée) et la précocité du retour à domicile (p de Pearson et p de Monte Carlo non significatifs). On observe toutefois des différences de pourcentage selon le type de visites à domicile. La proportion de mères tout à fait d'accord est plus importante parmi celles ayant eu uniquement la visite d'une sage-femme (80,0%) que parmi celles ayant eu uniquement celle d'un TMS (28,6%). Il n'y a pas de différence au niveau des mères ayant les deux types de visites mais le pourcentage porte sur seulement deux mères.

Tableau 64. Avis des mères concernant l'affirmation « Lorsqu'elle est venue, j'étais malgré tout mal à l'aise de la laisser entrer chez moi » (n =44).

	n	%
Tout à fait d'accord	1	2,3
Plutôt d'accord	0	0
Pas vraiment d'accord	2	4,5
Pas du tout d'accord	41	93,2
Total	44	100,0

93,2% des mères ne se sentaient pas du tout mal à l'aise de laisser entrer chez elles une sage-femme et/ou un TMS chez elles pour la visite à domicile. Une mère sortie non précocement était malgré tout mal à l'aise car elle se sentait jugée par le regard de la sage-femme de l'hôpital. Deux mères étaient un peu mal à l'aise (une sortie précocement ayant eu uniquement la visite d'une sage-femme privée qu'elle avait choisie, l'autre sortie non précocement ayant eu uniquement la visite d'un TMS).

D. Raisons du refus des visites à domicile

17% des mères (9/53) n'ont aucune visite à domicile d'une sage-femme ou d'un TMS.

Parmi celles-ci, cinq mères n'en voulaient pas du tout et quatre se trouvaient dans un autre cas :

- Une mère ignorait l'existence de ces deux types de services.
- Deux mères ignoraient l'existence des visites à domicile des sages-femmes et n'ont pas pu avoir un rendez-vous avec un TMS : l'une (la seule sortie précocement parmi les 17%) habite à la frontière franco-belge, l'autre a eu son rendez-vous annulé car il tombait en même temps qu'une consultation à l'hôpital.
- Une mère ne voulait pas la visite d'un TMS et n'a pas pu avoir la visite d'une sage-femme par manque de disponibilités des services contactés. Cette mère a appelé un service de sages-femmes près de chez elle pour avoir des soins pour son infection. La sage-femme lui a dit d'aller dans un service d'urgence à l'hôpital. Finalement, cette mère qui a une formation en médecine a préféré se soigner elle-même.

Nous avons demandé aux cinq mères qui ne voulaient pas de visites à domicile (ni d'une sage-femme ni d'un TMS) la raison de leur refus.

Tableau 65. Raisons du refus des visites à domicile.

J'ai préféré ne pas en avoir car ...	Pas du tout d'accord		Pas vraiment d'accord		Plutôt d'accord		Tout à fait d'accord	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ça me mettait mal à l'aise de laisser un(e) inconnu(e) entrer chez moi	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
je craignais d'être mal jugée	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
pour moi, ces visites ne sont pas nécessaires	1	20,0	0	0,0	1	20,0	3	60,0
ma vie personnelle était trop compliquée à ce moment-là	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
je n'ai pas de mutuelle prenant en charge le coût de ces visites	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

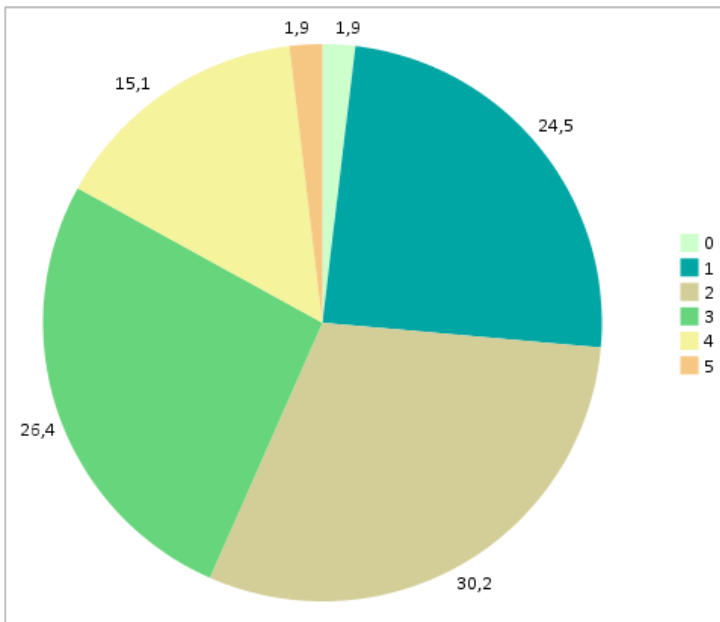
Quatre mères n'ont pas souhaité avoir de visites à domicile car elles ne les trouvaient pas nécessaires. Une mère les trouvait nécessaires mais elle a précisé qu'elle n'en voulait pas dans les conditions proposées car elle a déjà eu des mauvaises expériences par le passé pour ces autres enfants :

- avec l'O.N.E. pour son aîné où la personne est arrivée en avance sur le rendez-vous sans prévenir ;
- avec une sage-femme pour la préparation à l'accouchement. Cette sage-femme a donné une image très négative de l'accouchement en hôpital qui a stressé le couple et s'est avérée fautive par la suite (par exemple, le fait de devoir signer un papier à signer pour pouvoir sortir avant mais aussi pour ne pas devoir avoir une épisiotomie, le fait de ne pas pouvoir travailler avec un ballon).

Au final, elle a préféré consulter son médecin traitant qui est plus attentionné.

3.6.4 Consultations postnatales

Figure 57. Nombre de professionnels de santé différents consultés depuis la sortie de la maternité (n=53).



Presque toutes les mères ont eu au moins une consultation postnatale pour elles et/ou leur bébé depuis leur retour à la maison. Seule une mère n’a eu aucune consultation à six semaines après son accouchement mais avait tout de même parlé au téléphone avec son pédiatre et elle avait deux rendez-vous à venir dans la semaine (pédiatre de l’O.N.E et un gynécologue). Par ailleurs, elle avait eu la visite d’un T.M.S. à domicile. 24,5% des mères ont consulté un type de professionnels de santé, 30,2% deux types de professionnels de santé, 26,4% trois types et 17% quatre ou plus. Il n’y a pas de différences significatives entre les mères sorties précocement ou non (p de Monte Carlo non significatif).

Au moment de l’entretien, certaines mères ont indiqué qu’elles avaient un rendez-vous programmé ou l’intention de prendre un tel rendez-vous. C’était surtout le cas en ce qui concerne le gynécologue après six semaines. Comme nous l’avons précisé en début des résultats, les mères n’ont pas été toutes interviewées au même nombre de semaines après l’accouchement. On observe un lien entre le nombre de semaines après l’accouchement et une consultation postnatale uniquement en ce qui concerne la visite chez le gynécologue (p de Monte Carlo = 0,024).

Figure 58. Visites postnatales chez le gynécologue en fonction du moment de l’entretien téléphonique (nombre de semaines après l’accouchement).

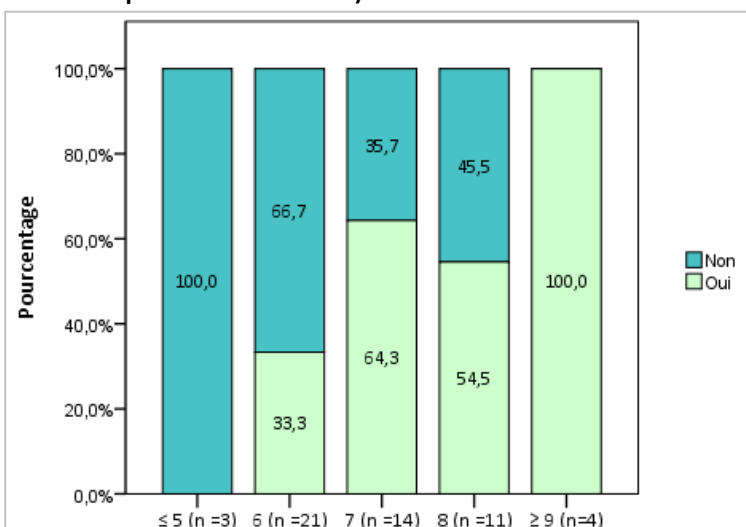
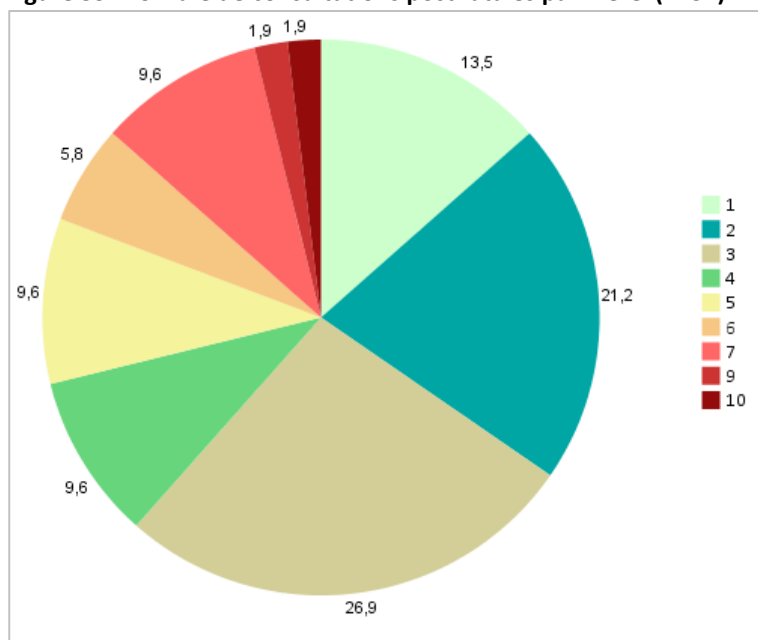


Figure 59. Nombre de consultations postnatales par mère (n=52).



Parmi les 52 mères ayant eu une consultation, celles-ci ont eu un nombre médian de trois consultations (min. : 1 – max. 10). 34,7% des mères ont eu une ou deux consultations, 26,9% trois consultations et 38,4% quatre consultations ou plus. Il n’y a pas d’association significative entre le nombre de consultations et la précocité du retour à domicile (p de Monte Carlo non significatif).

Tableau 66. Consultations postnatales selon le type de professionnel de santé par ordre décroissant (n=53).

Type de professionnel de santé	Consultations postnatales		
	oui % (n)	non % (n)	médiane (min – max)
Un pédiatre	64,2 (34)	35,8 (19)	1 (1-3)
Un gynécologue	49,1 (26)	50,9 (27)	1 (1-2)
Une consultation O.N.E.	45,3 (24)	54,7 (29)	2 (1-6)
Un ostéopathe	18,9 (10)	81,1 (43)	1 (1-3)
Une sage-femme	17,0 (9)	83,0 (44)	1 (1-3)
Un service d’urgences	9,4 (5)	90,6 (48)	1 (1-3)
Un kinésithérapeute	7,5 (4)	92,5 (49)	2 (1-3)
Un O.R.L	7,5 (4)	92,5 (49)	1 (1-2)
Un médecin généraliste	5,7 (3)	94,3 (50)	1 (1-7)
Une consultation Kind & Gezin	3,8 (2)	96,1 (51)	1 (1-1)
Un cardiologue	1,9 (1)	98,1 (52)	
Un échographiste	1,9 (1)	98,1 (52)	
Un orthopédiste	1,9 (1)	98,1 (52)	
Une consultation dans une maison médicale	0	0	

Concernant les consultations postnatales, on remarque que 64,2% des mères ont vu un pédiatre (uniquement ou notamment). Près d’une même sur deux a vu un gynécologue et/ou s’est rendu à une consultation O.N.E. 19% des mères ont consulté un ostéopathe et 17% une sage-femme. Près d’une mère sur dix s’est rendue à un service d’urgence. Viennent ensuite le kinésithérapeute (7,5%), l’O.R.L (7,5%), le médecin généraliste (5,7%), la consultation chez *Kind en Gezin* (3,7%). Ont également été consultés trois spécialistes pour des problèmes particuliers : un cardiologue, un échographiste, un orthopédiste.

Tableau 67. Consultations pour la mère et/ou le bébé depuis le retour à la maison en fonction de la précocité du retour à domicile (réponses multiples).

Type de professionnel de santé	Précocité du retour à domicile					
	précoce (n=15)			non précoce (n=38)		
	oui % (n)	non % (n)	médiane* (min-max)	oui % (n)	non % (n)	médiane* (min-max)
Un pédiatre	73,3 (11)	26,7 (4)	1 (1-3)	60,5 (23)	39,5 (15)	1 (1-3)
Un gynécologue	60,0 (6)	40,0 (9)	1 (1-1)	52,6 (20)	40,0 (18)	1 (1-2)
Une consultation O.N.E	33,3 (5)	66,7 (10)	1 (1-6)	50,0 (19)	50,0 (19)	2 (1-4)
Un ostéopathe	13,3 (2)	86,7 (13)	1 (1-1)	21,1 (8)	78,9 (30)	1 (1-3)
Une sage-femme	20,0 (3)	80,0 (12)	2 (1-3)	15,8 (6)	84,5 (32)	1 (1-2)
Un service d'urgences	13,3 (2)	86,7 (13)	1 (1-1)	7,9 (3)	92,1 (35)	1 (1-3)
Un kinésithérapeute	13,3 (2)	86,7 (13)	2 (1-3)	5,3 (2)	94,7 (36)	2 (3-3)
Un O.R.L	6,7 (1)	93,3 (14)	2 (2-2)	7,9 (3)	92,1 (35)	1 (1-1)
Un médecin généraliste	0,0 (0)	100,0 (15)		7,9 (3)	92,1 (35)	
Une consultation Kind & Gezin	6,7 (1)	93,3 (14)		2,6 (1)	97,4 (37)	
Un cardiologue	0,0 (0)	100 (15)		2,6 (1)	97,4 (37)	
Un échographiste	0,0 (0)	100 (15)		2,6 (1)	97,4 (37)	
Un orthopédiste	0,0 (0)	100 (15)		2,6 (1)	97,4 (37)	

* Médiane du nombre de consultations selon le type de professionnel

On n'observe aucun lien significativement statistique entre les consultations postnatales (peu importe le type de professionnel) et la précocité du retour à domicile (p de Pearson ou de Fisher non significatif). On remarque toutefois qu'il y a une plus grande proportion de mères sorties précocement qui consultent uniquement ou notamment un pédiatre (73,3% contre 60,5%), un gynécologue (60,0% contre 52,6%), une sage-femme (20,0% contre 15,8%), un kinésithérapeute (13,3%) mais également un service d'urgences (13,3% contre 5,3%).

Nous avons demandé aux mères pour quels motifs elles avaient consulté. Nous mettons à titre informatif leurs réponses (voir tableau 68 page suivante). On n'observe pas de différence particulière selon que la mère soit sortie précocement ou non.

Tableau 68. Motifs de la consultation postnatale selon le type de professionnel rencontré (réponses multiples).

Motifs	n	%
Le pédiatre	41	100,0
Contrôle préventif	22	53,7
Coliques et reflux	3	7,3
Problème de selles	3	7,3
Rhume, toux	3	7,3
Suivi du test de Guthrie	2	4,9
Allaitement ou choix du lait	2	4,9
Une autre de ces raisons : vaccin, boutons, hernie, problème respiration, problème cardiaque, jaunisse quelques jours après la sortie (à J3) de la maternité	6	14,6
Le gynécologue	29	100,0
Contrôle préventif	24	82,8
Une autre de ces raisons : frottis et biopsie, infection vaginale, soins suite à la césarienne, hémorragie	5	17,2
La consultation O.N.E.	26	100,0
Contrôle préventif	22	84,6
Vaccin	4	15,4
L'ostéopathe	9	100,0
Contrôle préventif	3	33,3
Coliques et reflux	2	22,2
Une autre de ces raisons : mal au dos/redressement de la colonne pour la mère, maintien du bébé, allaitement, fatigue et stress	4	44,4
La sage-femme	12	100,0
Contrôle préventif	7	58,3
Soins pour la césarienne	3	25,0
Vécu de l'accouchement et relation mère-bébé	1	8,3
Soins pour la déchirure et hémorroïdes, test du taux de fer	1	8,3
Un service d'urgences	5	100,0
Toux du bébé	1	20,0
Problème de respiration du bébé	1	20,0
Réaction allergique au lactose	1	20,0
Infection vaginale	1	20,0
Pneumonie pour la mère	1	20,0
Un kinésithérapeute	4	100,0
Rééducation du périnée	3	75,0
Mal au cou pour la mère	1	25,0
Un O.R.L.	4	100,0
Dépistage de la surdité	3	75,0
Problème de respiration du bébé	1	25,0
Un médecin généraliste	5	100,0
Contrôle préventif	1	20,0
Coliques et reflux	1	20,0
Rhume	1	20,0
Une autre de ces raisons : dégagement des bronches, mains froides, érythème fessier	3	60,0
Une consultation Kind & Gezin : pour un contrôle préventif	2	100,0
Un cardiologue : pour une communication intraventriculaire	1	100,0
Un échographe : pour la vérification des hanches du bébé	1	100,0
Un orthopédiste : pour des pieds bots bilatéraux	1	100,0

3.6.5 Alimentation du bébé actuellement et durant le séjour à la maternité

L'abandon de l'allaitement au retour à la maison est une des craintes par rapport aux sorties précoces. Nous allons ici détailler le mode d'alimentation du bébé durant le séjour à la maternité et actuellement pour ensuite les comparer.

Tableau 69. Alimentation du bébé durant le séjour à la maternité.

	n	%
Uniquement par allaitement	42	79,2
Mixte	6	11,3
Uniquement au biberon (lait non maternel)	5	9,4
Total	53	100,0

Durant leur séjour à la maternité, 79,2% des mères allaitaient uniquement (dont deux au biberon après avoir utilisé un tire-lait). Six mères nourrissaient leur bébé de façon mixte (lait maternel et non maternel) dont une mère a arrêté au bout de deux jours et est passée au biberon.

Cinq mères nourrissaient le bébé au biberon avec du lait non maternel. Parmi celles-ci, trois mères ne souhaitent pas allaiter dès le départ, une mère sous médication ne pouvait pas allaiter et une autre mère ne pouvait pas allaiter à cause d'une réduction mammaire (celle-ci s'est sentie fort culpabilisée par les sages-femmes).

Une mère a souhaité ajouter en fin d'entretien qu'elle trouve qu'il y a une forte insistance et pression psychologique pour l'allaitement après l'accouchement par le personnel médical à un moment où la mère est faible. Par contre, il n'y a pas en amont de préparation à l'allaitement. Par exemple, sa sage-femme ne lui a pas demandé si elle souhaitait allaiter lors des consultations prénatales. Elle trouve qu'il devrait y avoir des séances d'informations ou que la sage-femme qui suit la maman en prénatale doit en parler, évoquer les douleurs, comment y remédier, ...

Tableau 70. Alimentation du bébé actuellement.

	total		précoce		non précoce	
	n	%	n	%	n	%
Uniquement par allaitement maternel	35	66,0	10	66,7	25	65,8
Mixte	6	11,3	3	20,0	3	7,5
Uniquement au biberon (lait non maternel)	12	22,6	2	13,3	10	26,3
Total	53	100,0	15	100,0	38	100,0

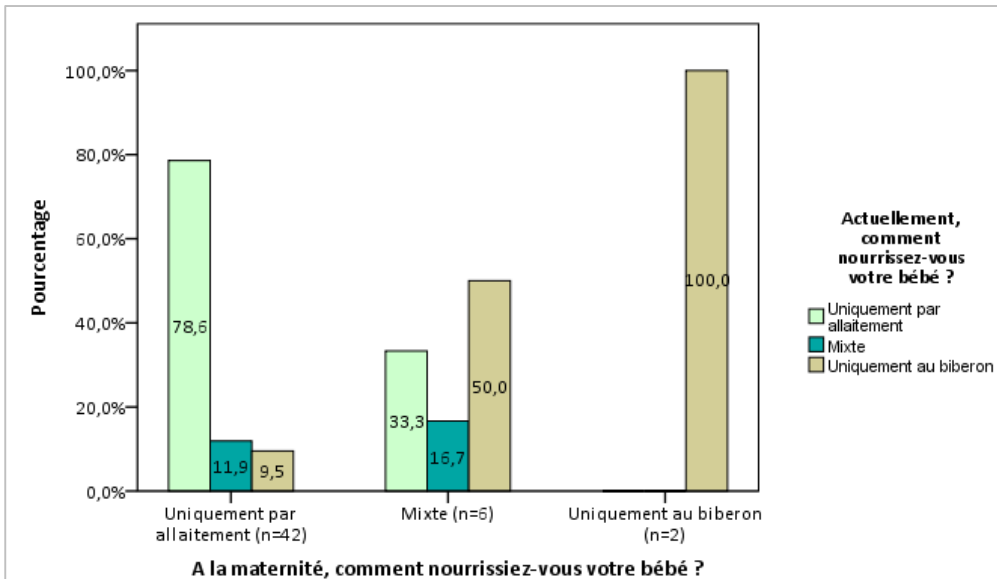
Depuis le retour à la maison, 66% des mères allaitent uniquement, 11,3% nourrissent leur bébé de façon mixte et 22,6% nourrissent leur bébé uniquement au biberon avec du lait non maternel. Par rapport au séjour à la maternité, on remarque que six mères sont passées au biberon (si on ne compte pas celle qui avait abandonné après deux jours à la maternité).

Les raisons sont connues pour cinq d'entre elles : deux mères n'avaient pas assez de lait, une mère avait des douleurs trop importantes, une mère devait utiliser un tire-lait pendant trois semaines car son bébé s'était habitué au biberon à la maternité et a trouvé cela trop contraignant. Enfin, une mère en situation de précarité n'a pas pu se payer un tire-lait. Cette mère est dans un centre d'accueil et dépend du CPAS qui n'a pas voulu lui avancer de l'argent pour louer un tire-lait. Elle doit retourner à chaque fois au CPAS et à l'O.N.E. pour pouvoir acheter du lait. Nous l'avons appelé au moment d'un long week-end pendant les jours fériés. Elle n'avait plus assez de lait et ne savait pas à qui s'adresser.

Il n'y a pas de lien entre le mode d'alimentation du bébé actuellement et la précocité du retour à domicile. Les proportions de mères qui nourrissent leur bébé au lait maternel sont identiques dans les deux groupes. Par contre, on observe qu'il y a plus de mères qui donnent uniquement le biberon parmi les mères sorties non précocement (26,3% 10/38) mais parmi celles-ci, trois mères ne donnaient pas le sein dès le départ parce qu'elles ne le souhaitaient pas.

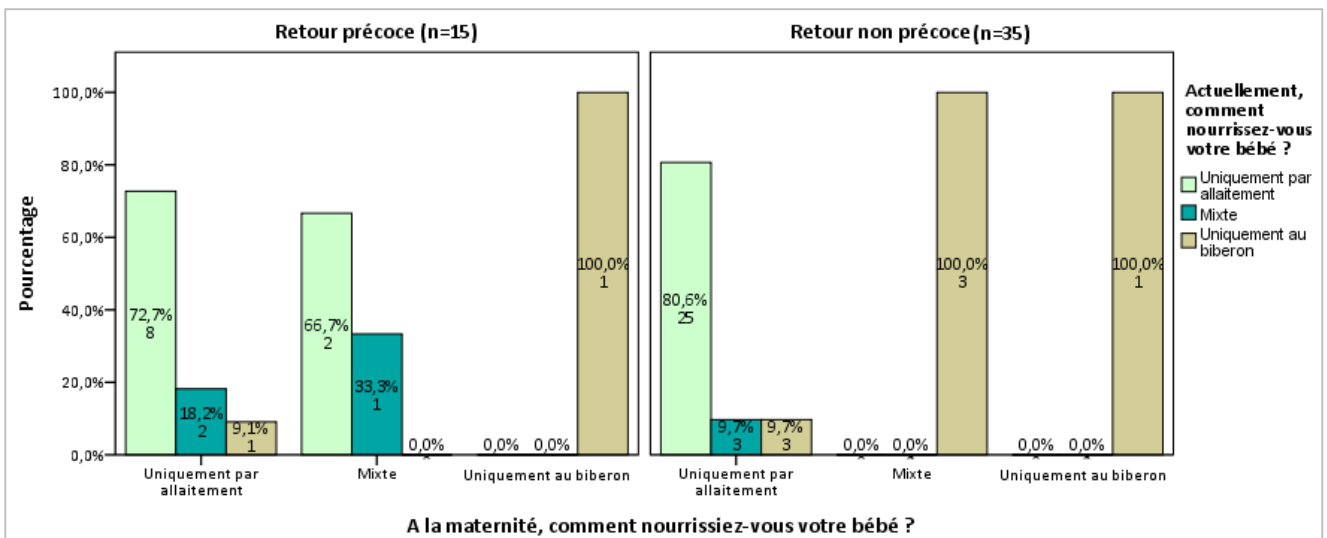
Nous avons retiré ces trois mères pour comparer le mode d'alimentation du bébé durant et après le séjour de la maternité.

Figure 60. Alimentation du bébé durant le séjour à la maternité et actuellement (n=50).



On observe un lien entre le mode d'alimentation du bébé durant le séjour à la maternité et celui après le séjour à la maternité (p de Monte Carlo = 0,010). Parmi les mères qui nourrissaient leur bébé uniquement au lait maternel à la maternité, 78,6% ont continué à le faire, 11,9% sont passées à une alimentation mixte et 9,5% au biberon avec du lait non maternel. Parmi les mères qui nourrissaient leur bébé de façon mixte, on n'observe qu'une mère sur trois nourrit actuellement son bébé au lait maternel. Par contre, une mère sur deux est passée au biberon avec lait non maternel.

Figure 61. Alimentation du bébé durant le séjour à la maternité et actuellement en fonction de la précocité du retour à domicile.



Concernant les différences entre les mères sorties précocement ou non, on observe que parmi celles qui allaitaient uniquement à la maternité, il y a environ les mêmes proportions dans les deux groupes. Par contre parmi les mères qui nourrissaient leur bébé de façon mixte, on observe que les mères sorties non précocement sont passées uniquement au biberon contrairement aux mères sorties précocement.

4 Conclusion

4.1 Principales constatations

On constate que globalement les résultats sont très positifs concernant le déroulement du séjour en maternité et du retour à la maison tant pour l'ensemble de l'échantillon (53 mères) que pour les mères sorties précocement (15 mères).

Concernant la planification de la sortie, la majorité des mères avaient déjà réfléchi à la durée de leur séjour en maternité. La proportion parmi les mères sorties précocement est plus importante sans pour autant être significative. Par contre, on observe que les mères sorties précocement désiraient significativement rester moins longtemps en maternité.

La majorité des mères disent avoir choisi de quitter la maternité (80%). D'autres auraient préféré rester mais n'ont pas eu le choix du fait de contraintes qui leur sont extérieures. Seule une mère sortie non précocement s'est sentie forcée par le personnel de quitter la maternité. Il n'y a pas de lien entre la précocité du retour à domicile et les conditions de sortie de la maternité. Les raisons de rester ou de partir sont très diverses et ne différaient pas sensiblement pour les mères sorties précocement. On remarque tout de même que pour les mères sorties précocement le fait de retrouver son (ses) autre(s) enfant(s) et d'être en famille et/ou avec son conjoint sont des raisons plus souvent citées. Ce constat rejoint le fait que les mères sorties précocement avaient significativement moins la présence d'un proche pour dormir avec elle dans la chambre durant leur séjour à la maternité. On peut faire l'hypothèse que ces mères ont un conjoint ou un autre proche qui n'a pas la possibilité de le faire et/ou qu'elles sont plus en chambre double.

A posteriori, la majorité des mères sont satisfaites de la durée de leur séjour (66%). On remarque avec étonnement que les mères qui ont trouvé leur séjour trop court sont plus nombreuses parmi celles sorties non précocement (28,9% contre 13,3%, différence non significative). Les mères qui ont trouvé leur séjour trop court sont caractérisées par le fait d'avoir une appréciation moins bonne concernant les informations reçues durant leur séjour et le personnel de la maternité, d'avoir souhaité rester à la maternité mais de ne pas avoir pu le faire, de se sentir peu à moyennement préparées pour rentrer à la maison, d'avoir plus de difficultés au retour à la maison pour nourrir le bébé et en prendre soin.

A la sortie de la maternité, la majorité des mères ont eu les coordonnées d'au moins un professionnel de santé. On constate également que la majorité des mères ont eu des visites à domicile d'une sage-femme et/ou d'un TMS dont elles sont globalement satisfaites et ont consulté au moins une fois un professionnel de santé. Seuls une mère et deux bébés ont été hospitalisés. On remarque que les mères sorties précocement n'ont pas significativement plus de visites ou de consultations. Elles ne rencontrent pas significativement plus de difficultés pour s'occuper du bébé, par rapport au baby blues ou encore par rapport à l'allaitement. Par contre, elles reçoivent significativement moins d'aide pour entretenir la maison. On peut toutefois faire des constats pour l'ensemble des 53 mères. On remarque que 41,5% disent ne pas avoir reçu un numéro de téléphone à la sortie de la maternité auquel elle pourrait appeler en cas d'urgence, d'inquiétude ou de questions. On note aussi que 41,5% des mères ne connaissaient pas l'existence de visites à domicile par des sages-femmes. Or, certaines mères auraient eu besoin de soins pour elle avant la visite à six semaines chez le gynécologue. Ce constat est d'autant plus frappant qu'une très grande proportion de mères a une épisiotomie et/ou une déchirure, parfois très douloureuse suite à l'utilisation de forceps.

Les mères sorties précocement n'ont pas un profil socio-culturel particulier, quoiqu'il y ait une tendance en faveur de patientes moins instruites, moins francophones natives et plus multipares. On n'observe pas non plus d'association significative entre les caractéristiques de la grossesse, de l'accouchement, du bébé et la précocité du retour à domicile, hormis pour le mode d'accouchement. En effet, la proportion d'accouchées par césarienne est beaucoup plus importante parmi les mères sorties précocement. Il est probablement

beaucoup mieux accepté de sortir avant J5 pour un accouchement par césarienne que de sortir avant J3 pour un accouchement par voie basse.

4.2 Forces et faiblesses de l'enquête

Le choix de l'enquête téléphonique a permis de récolter de nombreux commentaires éclairant les réponses des mères aux questions fermées. Ces commentaires pourront aider pour chacun des points abordés dans ce rapport à l'amélioration des services proposés.

L'enquête présente quelques faiblesses. Les modalités de l'enquête sélectionnent un certain profil de mères. Sont exclues de fait les mères qui ne parlent pas suffisamment le français, qui n'ont pas de téléphone, qui ont un vécu difficile (toxicomanie, maladie psychiatrique, VIH, ...). De plus, le fait de remplir un registre et de demander l'accord aux mères est trop contraignant pour certaines maternités. Téléphoner aux mères sans leur accord, même après envoi d'une lettre, soulève des questions au niveau du respect de la vie privée.

Au niveau de la représentativité de l'échantillon, les mères auraient dû avoir exactement toutes la même chance de faire partie de l'enquête mais le retard dans les registres a entraîné une surreprésentation des mères d'une des maternités participantes. De plus, la contrainte de temps n'a pas permis de récolter un échantillon suffisamment grand pour pouvoir faire des tests statistiques plus précis.

5 Annexes

5.1 Questionnaire « femmes accouchées »

Introduction

Bonjour,

Je m'appelle Magali Ruttiens. Je suis chercheuse à l'École de Santé Publique de l'ULB.

[Pour les mères dont l'accord a été demandé :] Je vous appelle car une sage-femme de la maternité où vous avez accouché nous a informées que vous étiez d'accord de participer à notre étude.

[Pour les mères ayant reçu une lettre de la maternité :] Je vous appelle par rapport à une étude intitulée ADELE. Vous avez normalement reçu un courrier de la maternité où vous avez accouché pour vous en informer. Avez-vous reçu ce courrier ? Êtes-vous d'accord de participer ?

Je réalise cette étude avec le Docteur Sophie Alexander. Cette recherche vise à identifier les difficultés rencontrées par les mamans lorsqu'elles rentrent à la maison après l'accouchement (afin d'adapter les services pour qu'ils répondent au mieux à leurs besoins).

Notre recherche est réalisée de façon anonyme. Votre nom n'apparaîtra donc jamais. L'enquête devrait durer environ 20 minutes. Vous avez bien sûr le droit de refuser de répondre à n'importe quelle question si vous le souhaitez.

Etiquette de la mère :

1. Êtes-vous toujours d'accord de participer à notre étude ?

Oui Non

→ Si NON : **1.bis Pourquoi ne désirez-vous plus participer à notre étude ? (Réponse ouverte)**

→ Si OUI : **Pouvez-vous y répondre maintenant (sachant qu'il faut compter une petite demi-heure) ?**

Oui Non

→ Si NON : **Quand seriez-vous disponible (à quel moment puis-je vous rappeler) ?**

2. Tout d'abord, comment allez-vous ainsi que votre bébé ?

Tout s'est bien passé depuis que vous êtes sorti avec votre bébé de la maternité ?

(Féliciter la maman. Vérifier par la même occasion que la mère et l'enfant sont sortis ensemble de la maternité)

Je souhaiterais vous poser tout d'abord quelques questions concernant votre grossesse

3. Avez-vous fait suivre votre grossesse (par une sage-femme, un médecin généraliste ou un gynécologue) ?

Oui Non

→ Si la grossesse a été suivie :

- 3bis. A partir de quel mois de grossesse avez-vous fait suivre votre grossesse (par une sage-femme ou un médecin généraliste ou un gynécologue)?

J'ai fait suivre ma grossesse à partir du ^{ème} mois

- 3ter. Par qui votre grossesse a-t-elle été suivie ? (Plusieurs réponses sont possibles).

- Gynécologue privé
 Sage-femme privée
 Médecin généraliste privé
 Aux consultations de l'ONE
 Aux consultations d'un planning familial
 Aux consultations d'une maison médicale
 Aux consultations non privées (hôpital, polyclinique)

4. Pourriez-vous me donner une note entre 1 et 10 pour me dire dans quelle mesure vous sentiez-vous préparée pour l'accouchement à votre entrée à la maternité ?
(1= insuffisamment préparée, 10 = très bien préparée)

Note :

5. Avant d'entrer à la maternité pour accoucher, aviez-vous déjà réfléchi à la durée de votre séjour, c'est-à-dire au nombre de jours que vous alliez y séjourner?

Oui Non

→ Si OUI : 5bis. Combien de jours pensiez-vous rester à la maternité ? jours

Voici quelques questions concernant votre accouchement et votre séjour à la maternité

6. À quelle date vous êtes-vous présentée à l'hôpital ? // (jj/mm/aa)

7. À quelle heure vous êtes-vous présentée à l'hôpital ? H min

8. À quelle date vous avez-vous accouché ? // (jj/mm/aa)

9. À quelle heure avez-vous accouché ? H min

10. S'agit-il de votre premier enfant ?

Oui Non

→ Si NON : 10bis. Combien d'autres enfants avez-vous (en dehors de celui-ci) ?

11. À combien de semaines de grossesse étiez-vous lorsque vous avez accouché ?

semaines

12. Quelqu'un de proche était-il présent près de vous lors de l'accouchement ?

Oui Non

→ **Si OUI : 12bis. Qui était présent près de vous lors de l'accouchement ?**

13. Durant votre séjour à la maternité, un de vos proches a-t'il dormi près de vous dans la chambre ?

Oui tous les jours Oui certains jours Non, jamais

→ **Si OUI : 13bis. Qui était cette personne (ou ces personnes) ?**

14. Avez-vous accouché par césarienne ? Oui Non

→ **Si OUI : 14bis. Est-ce que c'était prévu à l'avance ?** Oui Non

→ **Si NON : 14ter. Comment s'est passé l'accouchement (par voie basse)?**

Spontanément Avec l'aide de forceps ou ventouse

15. Je vais vous poser quelques questions à propos de 3 problèmes fréquemment rencontrés :

1. Avez-vous eu de l'hypertension durant la grossesse ? Oui Non

2. Avez-vous eu du diabète durant la grossesse?

Oui Non

3. Vous a-t-on fait une épisiotomie après l'accouchement ou avez-vous eu une déchirure du périnée?

Oui Non

(Si la mère ne sait pas, demander si elle a eu des fils)

16. Quel était le poids de votre bébé à la naissance ? Kg gr

17. A la maternité, comment nourrissiez-vous votre bébé ?

Uniquement par allaitement

Uniquement au biberon

Mixte

18. A quelle date êtes-vous sortie de la maternité ?

// (jj/mm/aa)

18bis. A quelle heure êtes-vous sortie de la maternité ? *(Si elle ne sait pas, demander matin/après-midi)*

18ter. Combien de temps êtes-vous resté à la maternité **après la naissance du bébé** ? (en jours)

19. Je vais vous lire 4 propositions pour décrire les conditions de votre sortie de la maternité et vous choisirez celle qui vous correspond :

1 J'ai choisi de quitter la maternité en accord avec le personnel → **questions 20 et 21**

2 J'ai choisi de quitter la maternité sans consulter ou tenir compte de l'avis du personnel

→ **questions 20 et 21**

3 J'aurais préféré rester à la maternité mais le personnel ne m'a pas laissé le choix → **question 22**

- 4 J'aurais préféré rester à la maternité mais je n'avais pas le choix (contraintes familiales, ...) → **question 22**
 Missing : question non posée
 Missing : elle préfère ne pas répondre
 Missing : elle dit qu'elle ne sait pas

→ Uniquement si réponse 1 ou 2 à la question 20 (si la mère a choisi de rentrer chez elle) :

20. Pour quelles raisons souhaitiez-vous rentrer chez vous ? (Réponse ouverte à recoder par après)

21. Souhaitiez-vous rentrer chez vous parce que vous sentiez mal à l'aise à l'hôpital ?

Oui Non

→ Uniquement si réponse 3 ou 4 à la question 20 (si la mère aurait préféré rester plus longtemps) :

22. Pour quelles raisons souhaitiez-vous rester à la maternité ? Je vais vous lire plusieurs propositions de réponses. Plusieurs choix sont possibles.

- Pour pouvoir me reposer encore un peu
- Parce que ça me rassurait de savoir que la santé de mon bébé était surveillée par un personnel médical
- Parce que ça me rassurait de savoir que ma santé était surveillée par un personnel médical
- Pour avoir plus d'aide et de conseils pour l'allaitement
- Pour avoir plus d'aide et de conseils pour prendre soin de mon bébé
- Pour avoir plus de temps avec mon bébé
- Pour discuter avec les autres mères
- Pour acquérir plus d'expérience et être plus à l'aise pour prendre soin du bébé

23. Si vous deviez donner une note sur 10 pour les informations reçues durant votre séjour à la maternité, quelle cote donneriez-vous pour les informations reçues ... ?

(1 = pas assez d'informations, 10 = suffisamment d'informations)

1. Au moment de l'accouchement Note :

2. Sur la mise au sein et l'allaitement Note :

3. Sur les soins et la manière de les apporter au bébé (laver, habiller, changer, ...) Note :

4. Sur vos besoins de santé et les soins pour vous (problèmes médicaux pouvant survenir en post-partum, rééducation périnéale, ...) Note :

5. Sur le dépistage surdité Note :

6. Sur les autres dépistages (prise de sang au talon du bébé, Guthrie, ...) Note :

7. Sur les services/personnes à contacter pour le suivi postnatal à domicile Note :

Sur autre chose ? Précisez : Note :

→ Si supérieure à 5 :

6bis. Est-ce que vous vous rappelez ce qu'on vous a expliqué concernant le test Guthrie, que vous a-t-on expliqué ? (Réponse ouverte)

24. Si vous deviez donner une note entre 1 et 10 à l'équipe de soins, quelle note donneriez-vous concernant ? (1 = pas du tout, 10 = tout à fait)

1. la possibilité de poser toutes vos questions Note :
2. la qualité des réponses apportées à vos questions (claires et compréhensibles) Note :
3. la prise en compte de votre avis Note :
4. les informations que vous receviez des différents membres du personnel n'étaient jamais contradictoires Note :
5. le soutien apporté par le personnel sur le plan émotionnel Note :

25. Pourriez-vous me donner une note entre 1 et 10 pour me dire dans quelle mesure vous sentiez-vous préparée rentrer à la maison à votre sortie de la maternité ?
(1= insuffisamment préparée, 10 = très bien préparée)

Note :

26. A votre sortie de la maternité, vous a-t-on donné les coordonnées d'un(e) professionnel(le) de santé pour organiser le suivi postnatal après votre retour à la maison?

Oui Non

→ Si OUI : 26bis. De qui s'agissait-il ? Le choix de plusieurs réponses est possible.

- Une sage-femme
- Une consultation ONE
- Une maison médicale
- Un gynécologue privé
- Un médecin généraliste
- Un pédiatre privé

27.A votre sortie de la maternité, vous a-t-on donné un numéro de téléphone auquel vous pouviez appeler en cas de questions et/ou inquiétudes une fois rentrée à la maison ?

(Remarques : on fait référence ici à un numéro générique d'informations plutôt qu'une personne de contact pour des soins postnataux).

Oui Non

→ Si oui : 27bis. De qui s'agissait-il ?

Voici maintenant quelques questions sur la période qui a suivi votre retour de la maternité

28.A votre retour à la maison, avez-vous été aidée (sur le plan pratique ou sur le plan émotionnel) par votre entourage ?

Oui Non

→ Si OUI : 28bis. Pour quelle activité ?

28ter. Et par qui ?

1. Pour faire les courses, les repas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
2. Pour entretenir la maison (lessive, repassage, nettoyage, ...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
3. Pour prendre soin/garder votre bébé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<i>Si elle a plusieurs enfants :</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
4. Pour prendre soin/garder votre (vos) autre(s) enfant(s)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
5. Pour vous soutenir sur le plan émotionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autre activité : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

29.A votre retour à la maison, avez-vous rencontré des difficultés ... ?

	Beaucoup	Un peu	Aucune
1. Pour nourrir votre bébé			
2. Pour donner le bain, changer et habillez votre bébé			
3. Pour endormir votre bébé			
4. Pour calmer les pleurs de votre bébé			
Autre : _____			

30.Depuis votre sortie de la maternité, avez-vous souffert du baby blues ?

Beaucoup Assez bien Un peu Pas du tout

31.Depuis votre sortie de la maternité, avez-vous dû être hospitalisée ?

Oui Non

→ Si OUI : 31bis. Combien de fois ?

→ Et : 31ter. Pour quelle(s) raison(s) ?

.....

32.Depuis votre sortie de la maternité, votre bébé a-t-il dû être hospitalisé ?

Oui Non

→ Si OUI : 32bis. Si oui, combien de fois ?

→ 32ter. Pour quelle(s) raison(s) ?

33. Avez-vous bénéficié de visites à domicile d'une sage-femme pour le suivi postnatal ?

- Oui
 Non pas encore, mais une visite à domicile est programmée
 Non, j'ignorais que ça existait
 Non, je n'en voulais pas

→ Si OUI : 33bis. Combien de fois la sage-femme est-elle venue à votre domicile depuis votre sortie de la maternité ? fois

34. Avez-vous bénéficié de visites à domicile d'une(un) travailleuse(eur) médico-social*(TMS) pour le suivi postnatal ? (*ou d'un(e) regioverpleegkundige de Kind en Gezin)

- Oui
 Non pas encore, mais une visite à domicile est programmée
 Non, j'ignorais que ça existait
 Non, je n'en voulais pas

→ Si OUI : 34bis. Combien de fois une(un) travailleuse(eur) médico-social (ou équivalent néerlandophone) est-elle(il) venue(venu) à votre domicile depuis votre sortie de la maternité ? fois

→ Si la mère a déjà eu des visites à domicile :

35. Que pensez-vous des visites à domicile (d'une sage-femme ou d'un TMS) ?

	Pas d'accord	Pas vraiment d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Missing
1. Ces visites m'ont beaucoup aidée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Lorsqu'elle est venue, j'étais malgré tout mal à l'aise de la laisser entrer chez moi (intimité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Si la mère n'a pas eu de visite à domicile car elle n'en voulait pas (sage-femme et/ou TMS):

Ne pas poser la question si la mère ne connaissait pas l'existence de ces services ou si elle a une visite programmée

36. Que pensez-vous des visites à domicile (d'une sage-femme ou d'une(un) TMS)?

	Pas d'accord	Pas vraiment d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Missing
1. J'ai préféré ne pas en avoir car ça me mettait mal à l'aise de laisser un(e) inconnu(e) entrer chez moi (intimité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'ai préféré ne pas en avoir car je craignais d'être mal jugée (à cause de son âge, du nombre d'enfants, du désordre dans la maison, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pour moi, ces visites ne sont pas nécessaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'ai préféré ne pas en avoir car ma vie personnelle était trop compliquée à ce moment-là (par exemple drogue, maladie psychiatrique, conflit conjugal, ...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je n'ai pas de mutuelle prenant en charge le coût de ces visites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5bis. Ça doit être difficile pour vous...

Si ça vous ne dérange pas, je peux vous demander comment ça se fait ?

37. Depuis votre retour à domicile, vous êtes-vous rendue à une consultation pour vous ou votre bébé :
(citer toutes les possibilités)

	Oui	Non	37bis. Combien de fois ?	37ter. Pour quels motifs ?
1. Une sage-femme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Un médecin généraliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Un pédiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Un gynécologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Un service d'urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Une consultation ONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Une consultation dans une maison médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

38. En y repensant maintenant, pensez-vous que

- La durée de votre séjour à la maternité était tout à fait adéquate
 Votre séjour a été trop court
 Votre séjour a été trop long

39. Actuellement, comment nourrissez-vous votre bébé ?

- Uniquement allaitement maternel
 Uniquement biberon
 Mixte allaitement maternel ou biberon

Nous allons terminer par quelques questions sur votre situation familiale et sur votre situation personnelle. Vous pouvez répondre sans crainte, le questionnaire est anonyme et aucune information ne sera utilisée à d'autres fins que celles de l'étude.

40. Quelle est votre date de naissance ? (jj/mm/aa)

41. (Etat d'union de la mère) Pouvez-vous me dire si : (Lire les propositions. 1 choix possible)

- Vous vivez seule (n'a pas de conjoint(e)) Missing : question non posée
 Vous vivez en couple avec votre conjoint(e) Missing : elle préfère ne pas répondre
 Vous êtes en couple mais ne vivez pas avec votre conjoint(e) Missing : elle dit qu'elle ne sait pas
 Autre : précisez _____

42. Etes-vous née en Belgique ?

- Oui Missing : question non posée
 Non Missing : elle préfère ne pas répondre
 Missing : elle dit qu'elle ne sait pas

→ Si NON : 42bis. En quelle année ou à quel âge êtes-vous arrivée en Belgique ?

Année OU Age Missing : question non posée
 Missing : elle préfère ne pas répondre
 Missing : elle dit qu'elle ne sait pas

43. Quel est le dernier diplôme que vous avez obtenu ? (Qu'est-ce que vous avez étudié ?)

(Si nécessaire, lire les propositions. 1 choix possible)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aucune scolarité | <input type="checkbox"/> Missing : question non posée |
| <input type="checkbox"/> Primaires non terminées | <input type="checkbox"/> Missing : elle préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Primaires terminées | <input type="checkbox"/> Missing : elle dit qu'elle ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Secondaires inférieures terminées | |
| <input type="checkbox"/> Secondaires supérieures terminées | |
| <input type="checkbox"/> Supérieures de type court terminées (graduat/bachelier) | |
| <input type="checkbox"/> Supérieures de type long ou universitaires terminées | |
| <input type="checkbox"/> Post-universitaires terminées | |
| <input type="checkbox"/> Autre : précisez : _____ | |

44. Quelle est ou quelles sont votre/vos langue(s) maternelle(s) ? _____

- Missing : question non posée
 Missing : elle préfère ne pas répondre
 Missing : elle dit qu'elle ne sait pas

→ Si ELLE A UN CONJOINT:

Je souhaiterais vous poser les mêmes questions pour votre conjoint

45. Votre conjoint est-il né en Belgique ?

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Missing : question non posée |
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Missing : elle préfère ne pas répondre |
| | <input type="checkbox"/> Missing : elle dit qu'elle ne sait pas |

→ Si NON : 45bis. En quelle année ou à quel âge est-il arrivé en Belgique ?

Année OU Age Missing : question non posée
 Missing : elle préfère ne pas répondre
 Missing : elle dit qu'elle ne sait pas

46. Quel est le dernier diplôme qu'il a obtenu ? (Qu'est-ce qu'il a étudié ?)

(Si nécessaire, lire les propositions et cochez celle qui convient : 1 choix possible)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aucune scolarité | <input type="checkbox"/> Missing : question non posée |
| <input type="checkbox"/> Primaires non terminées | <input type="checkbox"/> Missing : elle préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Primaires terminées | <input type="checkbox"/> Missing : elle dit qu'elle ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> Secondaires inférieures terminées | |
| <input type="checkbox"/> Secondaires supérieures terminées | |
| <input type="checkbox"/> Supérieures de type court terminées (graduat/bachelier) | |
| <input type="checkbox"/> Supérieures de type long ou universitaires terminées | |
| <input type="checkbox"/> Post-universitaires terminées | |

Autre : précisez : _____

47. Quelle est ou quelles sont sa/ses langue(s) maternelle(s) ? _____

- Missing : question non posée
- Missing : elle préfère ne pas répondre
- Missing : elle dit qu'elle ne sait pas

Voilà, nous avons terminé le questionnaire. Merci pour votre participation !

48.Y a-t-il autre chose que vous aimeriez ajouter ?

Encore merci pour votre aide. N'hésitez pas à me contacter si vous désirez modifier une réponse ou en savoir plus sur l'étude. Voici mes coordonnées : mon téléphone 02 555 40 71 et l'adresse e-mail adele.ulb@gmail.com avec laquelle vous pouvez me joindre.

Que tout se passe bien pour vous et votre bébé !

49. Notes particulières de la chercheuse sur le déroulement de l'entretien

5.2 Registre des accouchements à remplir par les maternités

Etiquette de la mère	Eligibilité de la mère	Date Accouchement	N°accouchement	Maîtrise du français	Parité avec dernière naissance	Mode accouchement	Jour de sortie	Couverture soins de santé	Suivi postnatal SF planifié	Sortie "appropriée"	Accord de la mère pour contact	Téléphone de la mère

Légende accompagnant registre à remplir par les maternités

Case du registre	Objectif	Réponse attendue
Critères d'éligibilité	Inclure uniquement les femmes éligibles pour l'enquête	1=Oui 2= Non, mère et enfant pas sortis ensemble (bébé ou mère décédé(e), transféré(e) car gravement malade, ...) 3= Non, sortie après plus de 10 jours après accouchement 4= Non, mère déficiente mentalement 5=Non, autre raison
Date d'admission	Date d'admission à la maternité	JJ/MM/AA
N°accouchement		
Maîtrise du français	Maîtrise suffisante du français pour participer à l'enquête ?	OUI/NON
Parité hors dernière naissance	Nombre d'enfants précédant cette naissance	
Mode accouchement		1= voie basse spontanée; 2= voie basse assistée; 3= césarienne planifiée; 4= césarienne en urgence
Jour sortie	Jour de sortie de la maternité après accouchement	J0 ou J1 ou J2
Couverture soins de santé	De quelle couverture de santé bénéficie la mère ?	1= En ordre de mutuelle sans aide CPAS 2= Mutuelle + CPAS 3= Aide médicale d'urgence (AMU) 4=Touriste étranger 5= Autre, précisez en note de bas de page
Suivi postnatal SF planifié	Le suivi postnatal par une sage-femme a-t-il été planifié durant les 6 semaines après la sortie de la maternité ?	Oui, visite d'une sage-femme à domicile Oui, à la consultation postnatale Non, pas nécessaire Non, refusé Non, impossible. Précisez pourquoi en bas de page
Sortie "appropriées"	A votre avis, le jour de sortie de la maternité était-il approprié ?	Oui Non, précoce Non, tardif
Accord de la mère	La mère est-elle d'accord de participer à notre étude ?	OUI/NON
Téléphone de la mère	Numéro de téléphone de la mère auquel nous pourrions la joindre	

5.3 Lettre d'information pour les mères à la sortie de la maternité

Etude ADELE – Ecole de Santé Publique, ULB et ONE
« Accompagner le retour au Domicile de l'Enfant et sa mère : organiser les Liens et Evaluer »

Chère Madame,

Tout d'abord, permettez-nous de vous adresser nos plus chaleureuses félicitations pour la naissance de votre bébé.

Nous avons le plaisir de vous inviter à participer à notre étude dont l'objectif est d'identifier les difficultés rencontrées par les mamans lorsqu'elles rentrent à la maison après l'accouchement.

Cette étude est dirigée par les Professeurs Humblet Perrine et Alexander Sophie de l'Ecole de Santé Publique de l'ULB. Elle est organisée avec le support de l'ONE.

Nous souhaitons obtenir votre autorisation pour la transmission par le personnel de la maternité de quelques informations extraites de votre dossier médical (antécédents de maternité(s), informations relatives à votre dernier accouchement et votre couverture sociale). Nous souhaiterions pouvoir vous contacter par téléphone environ 6 semaines après votre accouchement et vous inviter à répondre à quelques questions concernant le suivi de votre grossesse, votre séjour à la maternité et votre retour à la maison. L'entretien devrait durer environ 20 minutes.

Si vous acceptez de participer à cette recherche, vous devez savoir que :

- Cette recherche est mise en œuvre après évaluation par le comité d'éthique Erasme-ULB.
- Votre participation est volontaire. Vous pouvez donc manifester d'emblée votre refus de participer en informant la sage-femme ou l'infirmière qui vous aura remis ce document et qui ne nous transmettra alors aucune information vous concernant.
- Si vous acceptez de participer à notre recherche, nous vous remercions de bien vouloir en informer la sage-femme ou l'infirmière qui vous aura remis ce document et lui transmettre votre numéro de téléphone.
- Les données recueillies sont confidentielles et votre anonymat est garanti lors de la publication des résultats.
- Vous pouvez toujours contacter Mme Moreau Nathalie (02 555 40 30) si vous avez besoin d'informations complémentaires.
- Conformément à la loi belge du 7 mai 2004 relative aux études sur la personne humaine (article 29), le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage éventuel causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à l'étude. Dans cette optique, le promoteur a souscrit un contrat d'assurance.

Sauf objection de votre part, nous vous contacterons dans les 6 semaines.

- A cette occasion, nous vous rappellerons brièvement les objectifs de notre recherche et vous aurez toujours le droit de refuser l'entretien. Nous nous engageons alors à détruire les données qui nous auront été transmises.

Votre éventuel refus de participer n'aura aucune conséquence négative dans vos éventuelles relations futures avec la maternité où vous avez accouché.

Grâce à votre participation, nous souhaitons proposer des recommandations en vue d'adapter les services de santé pour qu'ils répondent au mieux aux besoins des mamans et de leurs bébés. C'est pourquoi, nous vous remercions d'avance de votre aimable collaboration.

En vous souhaitant tous nos vœux de bonheur pour votre famille, nous vous prions de croire, Chère Madame, en nos meilleurs sentiments.

Professeur S. Alexander

Professeur P. Humblet

5.4 Lettre envoyée par les maternités aux mères

Chère Madame,

Nous avons le plaisir de vous inviter à participer à une étude intitulée ADELE « Accompagner le retour au Domicile de l'Enfant et sa mère : organiser les Liens et Evaluer » dont l'objectif est d'identifier les difficultés et les opportunités rencontrées par les mamans lorsqu'elles rentrent à la maison après l'accouchement.

Cette étude est dirigée par les Professeurs Perrine Humblet et Sophie Alexander de l'Ecole de Santé Publique de l'ULB. Elle est commanditée par l'ONE.

L'équipe de recherche souhaiterait vous contacter par téléphone pour vous inviter à répondre à quelques questions concernant le suivi de votre grossesse, votre séjour à la maternité et votre retour à la maison. L'entretien dure environ 20 minutes.

Nous souhaitons transmettre à l'équipe de recherche quelques informations extraites de votre dossier médical (antécédents de maternité(s), informations relatives à votre dernier accouchement et votre couverture sociale) ainsi que votre numéro de téléphone.

Si vous acceptez de participer à cette recherche, vous devez savoir que :

- Cette recherche est mise en œuvre après évaluation par le comité d'éthique Erasme-ULB.
- Votre participation est volontaire. Vous avez donc le droit de refuser.
- Nous transmettrons à l'équipe de recherche quelques informations extraites de votre dossier médical (antécédents de maternité(s), informations relatives à votre dernier accouchement et votre couverture sociale) ainsi que votre numéro de téléphone.
- Les données recueillies sont confidentielles et votre anonymat est garanti lors de la publication des résultats.
- Vous pouvez toujours contacter la chercheuse responsable des enquêtes auprès des mamans, Mme Magali Ruttiens (02 555 40 71; adele.ulb@gmail.com) si vous avez besoin d'informations complémentaires.
- Conformément à la loi belge du 7 mai 2004 relative aux études sur la personne humaine (article 29), le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage éventuel causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à l'étude. Dans cette optique, le promoteur a souscrit un contrat d'assurance.
- Lorsque Mme Ruttiens vous contactera, vous aurez toujours le droit de refuser l'entretien prévu même si vous n'avez pas manifesté d'opposition auparavant. L'équipe de recherche s'engage alors à détruire les données qui lui auraient été transmises.

Si vous ne souhaitez pas participer à cette étude,

- Nous vous remercions de bien vouloir contacter Mme Magali Ruttiens le plus rapidement possible soit par téléphone (02 555 40 71), soit par mail (adele.ulb@gmail.com) afin de lui faire part de votre refus.
- Nous ne transmettrons alors aucune information vous concernant à l'équipe de recherche.

Votre participation devrait nous aider à élaborer des recommandations en vue d'adapter les services de santé pour qu'ils répondent au mieux aux besoins des mamans et de leurs bébés. C'est pourquoi, nous vous remercions d'avance de votre aimable collaboration.

En vous souhaitant tous nos vœux de bonheur pour votre famille, nous vous prions de croire, Chère Madame, en nos meilleurs sentiments.

[Signature du conseiller gynécologue O.N.E.]

IV-Discussion et recommandations

Si les professionnels de la santé et les mamans s'accordent pour reconnaître que la durée du séjour à la maternité a diminué au fil du temps, il ressort de notre étude que les sorties précoces en Belgique (<J3 si accouchement par voie basse & <J5 si césarienne) étaient peu fréquentes en 2010 (une femme sur dix). L'enquête auprès des maternités montrent également que celles-ci sont en général réticentes à l'égard des sorties précoces.

Les données de l'AIM font également état de nombreuses disparités tant entre les Communautés qu'entre les provinces et région de la Fédération Wallonie-Bruxelles en matière de sorties précoces, de suivi postnatal par une sage-femme ou d'absence de suivi postnatal.

Par ailleurs, malgré les limites inhérentes aux données, l'existence d'inégalités sociales de santé a été clairement démontrée. Les sorties précoces sont plus fréquentes parmi les femmes plus vulnérables, ces dernières ont plus difficilement accès aux visites des sages-femmes à domicile et dans certaines provinces de la FWB, l'absence de suivi est plus fréquente parmi ces femmes vulnérables sorties précocement de la maternité.

Si l'enquête auprès des maternités décrit également une situation pour le moins hétérogène en matière de procédures structurées pour l'accompagnement à domicile par une sage-femme lors d'une sortie précoce, elle illustre également qu'à défaut de procédures structurées, des initiatives informelles et locales sont mises en place pour encadrer au mieux la mère et l'enfant, notamment des initiatives spécifiques pour la prise en charge des femmes en situation de grande vulnérabilité.

Notre étude montre également que si la santé de la mère et de l'enfant reste le premier critère qui détermine la durée du séjour à la maternité, la prise en compte du souhait de la maman est unanimement reconnue. Cependant, la politique d'une maternité à l'égard des sorties précoces peut être influencée par une réalité plus économique, à savoir la « pression démographique » à laquelle elle doit faire face, c'est-à-dire le nombre d'accouchements par lit par an. Au plus ce ratio augmente, au plus la maternité risque d'encourager les sorties précoces par manque de places.

L'organisation des services de santé pour le suivi postnatal et, notamment, les limites de celle-ci sont également largement documentées tant par les professionnels que par les mamans. Outre les difficultés rencontrées par les professionnels pour réaliser leur travail durant le séjour à la maternité (soins, prévention, informations à transmettre,...), les maternités témoignent des problèmes rencontrés pour coordonner les différents professionnels en charge du suivi, assurer la transmission des informations entre ces derniers, définir les responsabilités de chacun, pallier le manque d'effectifs, les périodes d'indisponibilité (week-ends et jours fériés) et l'inaccessibilité des services pour les mamans géographiquement « hors zone » (hors de la zone couverte par la maternité).

Il ressort également de cette étude que préparer le retour à domicile et le suivi postnatal au cours de la grossesse pourrait avoir un impact sur la durée du séjour car les mamans se sentiraient plus rassurées pour rentrer à la maison si elles se savaient entourées par différents acteurs identifiés clairement au préalable et disponibles. Cela pourrait également favoriser l'établissement de relations de confiance avec les professionnels et permettre d'individualiser l'accompagnement et le suivi postnatal en tenant compte des besoins spécifiques de chaque maman (tant sur le plan physique que psychologique, opérationnel, administratif et autre).

Au vu de l'ensemble des données recueillies et des limites de notre étude, il nous semble qu'en l'état actuel, la seule recommandation que nous pourrions faire viserait à améliorer l'organisation des services de santé pour le suivi postnatal et à rendre ces services à tout le moins accessibles à toutes les mamans. L'absence de guidelines définissant de façon claire et précise le contenu et le calendrier d'un suivi postnatal de qualité pour la mère et l'enfant ne nous permet pas d'évaluer la qualité de ce suivi à l'heure actuelle. Par ailleurs, il serait également utile de disposer de données plus précises, pour pouvoir estimer la durée des séjours à la maternité en heures, et plus complètes pour pouvoir évaluer de façon globale le suivi postnatal dont les mamans et les bébés auront bénéficié (tous acteurs confondus). Ces deux éléments permettraient alors d'évaluer dans quelles mesures l'utilisation des soins de santé pour le suivi postnatal rejoint ou non les guidelines établis.

V-Bibliographie

Amartya S. Rationalité et liberté en économie. Odile Jacobs, Paris, 2005:371-372.

Bar-Zeev SJ, Barclay L, Farrington C, Kildea S. From hospital to home: The quality and safety of a postnatal discharge system used for remote dwelling Aboriginal mothers and infants in the top end of Australia. *Midwifery*, 2012;28(3):366-73.

Brand E, Kothari C, Stark MA. Factors related to breastfeeding discontinuation between hospital discharge and 2 weeks postpartum. *J Perinat Educ*. 2011; 20:36-44.

Bravo P, Uribe C, Contreras A. Early postnatal hospital discharge : the consequences of reducing length of stay for women and newborns. *Rev Esc Enferm USP*, 2001; 45(3) :758-63.

Britton JR, Britton HL and Gronvaldt V. Early perinatal hospital discharge and parenting during infancy. *Pediatrics*, 1999; 104:1070-76.

Brown S, Bruinsma F, Darcy MA et al. Early discharge : no evidence of adverse outcomes in three consecutive population-based Australian surveys of recent mothers, conducted in 1989, 1994 and 2000. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2004; 18:202-13.

Brown S, Small R, Argus B, Davis PG, Krastev A. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, Issue 3.

Brun N. Enquête périnatalité : regards de femme sur leur maternité. Union nationale des associations familiales, Paris 2010 : 34-6.
Disponible en ligne : http://www.unaf.fr/IMG/pdf/ENQUETE_PERINATALITE.pdf.

Dedicated Research. Enquête sur les parcours des enfants âgés d'un an dans les champs d'action de la santé, du soutien à la parentalité et de l'accueil. Étude commanditée par l'O.N.E., 2012, p. 68.

Fenwick J, Butt J, Dhaliwal S et al. Western Australian women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital and at home. *Women and Birth*, 2010; 23:10-21.

Haute Autorité de Santé (HAS). « Sortie de maternité après accouchement : conditions optimales pour proposer un retour à domicile » (actualisation) - NOTE DE CADRAGE, 2012.

Hodnett, ED. « Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth ». *Cochrane Database of Systematic Review*, (2): CD000062. Mise à jour dans (2008). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4): CD000062, 2000.

Humblet P, Cremers A, Labat A, Sow M. Etat des lieux et analyse de l'offre et des besoins dans le domaine des services pré- et périnataux en Fédération Wallonie-Bruxelles et en Communauté germanophone – Focalisation sur les familles en situation de vulnérabilité, mai 2013; 71pp.

Jack SM, DiCenso A, Lohfeld L. A theory of maternal engagement with public health nurses and family visitors. *Journal of Advanced Nursing*, 2005; 49 (2) :182-190.

Kenny P, King MT, Cameron S, Shiell A. Satisfaction with postnatal care – the choice of home or hospital », *Midwifery*, 1993; 9(3) : 146-53.

Kurtz Landy C, Sword W, Ciliska D. Urban women's socioeconomic status, health service needs and utilization in the four weeks after postpartum hospital discharge: findings of a Canadian cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res* 2008; oct 3;8:203.

Haute Autorité de Santé (HAS). Sortie précoce après accouchement – conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Recommandations pour la pratique clinique, 2004.

Leroy Ch, Van Leeuw V, Minsart A-F, Englert Y. Données périnatales en Wallonie - année 2010, Centre d'Épidémiologie Périnatale asbl, 2012 ; p.18. (http://www.cepip.info/version-francaise#!__version-francaise/publications)

Leroy Ch, Van Leeuw V, Minsart A-F, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – année 2010, Centre d'Épidémiologie Périnatale asbl, 2012b ;p.18. (http://www.cepip.info/version-francaise#!__version-francaise/publications)

Lucet Catherine, Dizinno T, Degauquier K, Remacle A. Recours à la césarienne en Belgique : évolution générale et disparités. Une étude de l'Agence intermutualiste, 2005.

Martin, O. *L'enquête et ses méthodes : L'analyse des données quantitatives*. Paris : Armand Colin, 2009.

Moreau N, Zhang WH, Alexander S. AGNES - Profil des mères nouvellement accouchées et parcours de suivis de la grossesse, de la maternité et de la période postnatale. Étude réalisée par l'École de Santé Publique de l'ULB pour l'O.N.E. ; 2008.

Nardin JM, Mignini L. Sortie précoce de l'hôpital après l'accouchement pour les mères et les nouveau-nés à terme en bonne santé. Commentaire de la BSG (dernière mise à jour : 1^{er} octobre 2009). Bibliothèque de Santé Génésique de l'O.M.S. ; Genève : Organisation Mondiale de la Santé.

O'Mahony J & Donnelly T. Immigrant and refugee women's post-partum depression help-seeking experiences and access to care: a review and analysis of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010; 17:917-28.

Parizot I. Soigner les exclus, P.U.F., coll. Le lien social, 2003.

Zadoroznyj M. Postnatal care in the community : report of an evaluation of birthing women's assessments of a postnatal home-care programme. *Health and Social Care in the Community*, 2006; 15(1):35-44.

Weiss ME, Yakusheva O, Bobay KL. Quality and cost analysis of nurse staffing, discharge preparation, and postdischarge utilization. *Health Serv Res*. 2011; 46:1473-94.

Waldenström U., Rudman A., Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied». *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2006; 85(5): 551-60.