

Sommaire

Glossaire	5
Introduction	6
I. Présentation conceptuelle et contextuelle	7
1. Le concept de la parentalité	7
1.1 Approche historique du concept.....	7
1.2 Tentative de définition de la parentalité	8
2. La parentalité et le post-partum	10
2.1 La rencontre initiale.....	10
2.2 La reconnaissance du lien parental.....	11
2.3 Le décalage entre les attentes des parents et l'offre de soins	13
3. Le contexte législatif et réglementaire	14
3.1 La place du patient à travers les lois.....	14
3.1.1 La charte du patient hospitalisé	14
3.1.2 L'ordonnance de réforme hospitalière.....	14
3.1.3 Les Etats Généraux de santé de 1998-1999	15
3.1.4 La loi du 4 mars 2002	15
3.1.5 La Charte européenne de l'enfant hospitalisé.....	16
3.2 Les recommandations, communiqués de presse, plans et décrets en périnatalité ..	16
3.2.1 Les plans et décrets de périnatalité	16
3.2.2 Les recommandations professionnelles pour la préparation à la naissance et la parentalité de la HAS	18
3.3 Les représentants des usagers.....	18
3.4 Les compétences professionnelles des sages-femmes.....	19
4. Le cas du Centre hospitalier du Mans	20
4.1 Constat dans les unités de suites de couches	20
4.2 Le projet de prise en charge globale.....	20
4.2.1 La conception du projet	20
4.2.2 La méthode de mise en place du projet	22
4.3 Une journée de prise en charge globale en suites de couches	26
4.3.1 Une journée d'AS-AP.....	26
4.3.2 Une journée de sage-femme	27
II. Présentation de l'Etude	29
1. Les objectifs et les hypothèses de l'étude	29
2. Type d'étude	29
3. Les populations	29
4. Les questionnaires.....	29
4.1 Le questionnaire des patients	29
4.2 Le questionnaire des professionnels.....	30

5. L'exploitation des questionnaires	30
III. Présentation des Résultats.....	31
1. En ce qui concerne les couples	31
1.1 Profil socio-économique.....	31
1.2 Profil obstétrical	32
1.3 Profil pédiatrique.....	34
1.4 Concernant la prise en charge	35
2. En ce qui concerne les professionnels.....	42
IV. Discussion des Résultats.....	49
1. Critique de l'étude.....	49
2. Profil socio-économique des couples.....	50
3. Profil obstétrical.....	50
4. L'allaitement	52
5. Les attentes de couples.....	53
6. Le binôme SF/AS-AP	56
6.1 D'un point de vue des couples	56
6.2 D'un point de vue des professionnels.....	56
7. Autres propositions	62
Conclusion.....	64
Bibliographie	65
Annexes	68
Abstract	89

Glossaire

UNESCO:	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
PMI:	Protection Maternelle et Infantile.
HCSP :	Haut Comité de Santé Publique.
HAS :	Haute Autorité de Santé.
CASSF :	Collectif Associatif et Syndical des Sages-Femmes.
CNOSF :	Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes.
CHM :	Centre Hospitalier du Mans.
PFME :	Pôle Femme-Mère-Enfant.
AP :	Auxiliaire de Puériculture.
AS :	Aide-Soignante.
ASH :	Agent de Service Hospitalier.
DMS :	Durée Moyenne de Séjour.
SF :	Sage-Femme.
SFAO :	Sage-Femme d'Accueil et d'Orientation en salles de naissances.
SDC :	Suites De Couches.
Puer :	Puéricultrice.
Nné :	Nouveau-né.
PEC :	Prise En Charge.
MAP :	Menace d'Accouchement Prématuro.
HTA :	Hyper Tension Artérielle.
SA :	Semaine d'Aménorrhée.
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire.
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et Evaluation en Santé.

Introduction

Depuis les années 1980, des évolutions considérables dans le domaine psychosocial sont observées. Le concept de parentalité, né de ces évolutions, prend progressivement son importance en définissant les parents comme acteurs principaux dans l'éducation de leurs enfants. Aujourd'hui, ce concept est essentiel dans le domaine de la naissance afin de faciliter la mise en place des liens mère-enfant.

De nombreuses enquêtes et témoignages, réalisés auprès des couples, mettent en évidence que l'offre de soins ne répond pas toujours à leurs attentes qui s'alignent sur ce mouvement sociétal. De nos jours, un professionnel qui se cantonne seulement à ses pratiques cliniques et médicales ne peut prétendre satisfaire pleinement les besoins des couples. Leurs demandes vont bien au-delà et c'est ce que nous allons tenter de définir dans ce travail.

Les textes législatifs ont également évolué en ce sens afin de satisfaire et d'assurer une meilleure prise en charge. Les établissements se sont aussi adaptés à la nouvelle législation en mettant en place de nouvelles organisations dans certains services de maternité afin de répondre aux désirs des couples. Ils sont alors placés au centre des activités de soins dans la période périnatale.

Depuis l'année 2007, au Centre Hospitalier du Mans et plus particulièrement dans les unités de suites de couches, les sages-femmes sont placées au centre de l'organisation en s'appuyant sur leurs compétences actuelles. Une nouvelle politique de soins a été progressivement mise en place. En effet, la prise en charge de la mère et son enfant entre dans une approche globale. Cependant, cette organisation répond-t-elle aux attentes des couples ? Les professionnels sont-ils satisfaits de ces bouleversements ?

C'est l'évaluation de cette nouvelle organisation des soins que nous présentons dans ce travail après avoir développé quelques généralités sur la parentalité et les droits du patient. En tant que future sage-femme, notre rôle est de nous questionner afin d'améliorer nos pratiques pour une prise en charge optimale des couples. En effet, l'étude de la satisfaction des couples et des professionnels permettra d'analyser et de discuter les résultats de cette enquête. Ainsi, nous pourrons proposer des actions à mener pour améliorer et pérenniser cette démarche.

I. PRESENTATION CONCEPTUELLE ET CONTEXTUELLE

1. Le concept de la parentalité

La famille a beaucoup évolué au cours des trente dernières années et des changements profonds ont été remarqués. Ainsi, le concept de la parentalité est entré dans le vocabulaire courant mais il ne bénéficie d'aucune définition dans les dictionnaires de langue usuelle. Toutefois, ce terme prend ses racines dans une sphère médico-psycho-sociale et tente de définir la fonction d'« être parent » en prenant en compte les aspects économiques, culturels et institutionnels. L'évolution des différentes situations familiales dans la société actuelle (famille monoparentales, recomposées, homoparentales...) et la nécessité d'en reconnaître aujourd'hui la diversité expliquent l'émergence de cette notion qui tend à devenir le dénominateur commun des différents modèles familiaux.

1.1 Approche historique du concept [1] [2] [3] [4]

Depuis plusieurs décennies, de nombreux auteurs se sont attachés à définir des termes autour de la grossesse et le fait d'être parent. Ainsi dans les années soixante, les termes de *maternalité* et de *maternité* ont émergés.

Cette première notion, proposée par P.C Racamier (psychiatre et psychanalyste français), désigne « *le processus (dynamique) psychique normal se déroulant au sein de la psyché maternelle ainsi que le processus physique normal se déroulant chez toute future maman et tout au long de son expérience de parent* ». [1]

Quant au terme de *maternité*, il date de plusieurs siècles et tout le monde semble s'accorder sur la réalité qu'il désigne : « *l'expérience que représente pour une femme le fait d'avoir un enfant et de l'élever* » [2]. Cette dernière définition dépasse la désignation sociale d'une place parentale, simple expression du versant féminin de la parenté. Il est donc important de définir ici ce qu'est la parenté. Elle englobe l'ensemble des relations existant entre les parents d'une même famille ou d'un même groupe.

Par la suite, D. Delecourt a remarqué qu'« [...] être parent pouvait opter de multiples formes [...] » [2], il était donc nécessaire de trouver un terme pour chaque situation familiale rencontrée avec comme dénominateur commun le terme « *parentalité* ». En découlent les mots que nous utilisons aujourd'hui tels que monoparentalité, homoparentalité, beau-parentalité... Ainsi, au cours des années quatre-vingt, l'expression « *monoparentalité* » entre dans le langage courant.

En 1990, la notion de « *paternalité* » entre à son tour dans le langage usuel désignant le « *processus psychique qui se déploie chez le futur père au cours de l'avènement de son rôle parental et tout au long de son expérience de parent* » [2] toujours selon D Delecourt. De plus, le terme de « *paternité* » apparaît à cette même période, signifiant bien plus que la

place du père dans les rapports de parenté tout comme la *maternité*. La psyché paternelle n'a été que peu approfondie car les études étaient centrées au début sur la mère et son enfant, pensant que le père n'intervenait pas dans cette période déterminante de l'Être Humain. Cependant, depuis une vingtaine d'années, la *paternité* fait l'objet d'un questionnement. Cette dernière est, en effet, constamment remise en cause par l'évolution sociale. Toutefois, les fonctions maternelles et paternelles sont encore énormément déterminées par une forte division du rôle des sexes.

La complexité des différentes situations familiales actuelles montre l'éclatement et la diversification de la notion même de *maternité*, que cette dernière ne se réfère plus forcément à un lien biologique et que le mot génitrice n'est pas forcément synonyme de mère. Ainsi, le rôle de mère peut se voir être distribué, à l'image de la paternité, à différents « *acteurs* ». Parentalité et parenté peuvent être divisées entre différents parents. De cette manière, nous vivons dans un contexte qui voit les contours de la *parentalité* se complexifier davantage de jour en jour, c'est pourquoi de nombreux auteurs s'évertuent à définir ce qu'est la parentalité.

1.2 Tentative de définition de la parentalité [3] [5] [6] [7] [8]

Pour paraphraser Simone de Beauvoir : « *On ne naît pas parent, on le devient, au travers des processus de parentalisation [...]* » [5].

Ces mots soulignent bien le fait que quand nous employons les termes de *maternité* et de *paternité*, nous avons tendance à les considérer comme un état, un fait. Or, l'accès à la *paternité* ou la *maternité* n'est pas inné chez l'Être Humain. Le fait de concevoir n'est pas une condition nécessaire pour être père ou mère, comme nous l'avons mentionné précédemment, mais cela nécessite un processus psychique de changement induit individuellement et/ou par la société. Devenir père/mère relève d'une crise d'identité que l'on peut apparenter à un long processus de maturation psychique. Simone de Beauvoir utilise le terme de « *processus* » ce qui décrit un évènement dynamique, un mouvement et non quelque chose de statique, fixe. Les anglo-saxons utilisent les termes de « *parenthood* » et de « *parenting* » qui désignent, pour le premier, l'état d'être parent, et pour le second, les pratiques parentales tout au long de la vie. Cette première notion reste indéfinie et c'est justement cette souplesse de définition qui constitue un de ses atouts car de nombreuses utilisations sont possibles.

Cependant, une question émerge de toutes ces observations et elle est soulignée par C. Martin (directeur de recherche au CNRS): qu'apporte de plus le mot *parentalité* « *au lexique déjà riche et complexe de la parenté : père, mère, paternité, maternité, maternage [...]*? » [6]. C'est en tentant de répondre à cette question que de nombreux auteurs se sont essayés à élaborer une définition de ce mot si vague. La première caractéristique relevée par la plupart des auteurs est la neutralité du terme que nous avons déjà évoquée grâce au

terme anglo-saxon, ce qui rend neutre du point de vue du genre la place de parent. La place du « *faisant fonction* » de parent peut être diversement occupée. Ainsi, nous pouvons considérer que le mot *parentalité* a pour première fonction de ne pas faire de différence entre *maternité* et *paternité* ce qui nous laisse penser que les deux parents occupent « *une position équivalente et développent les mêmes pratiques éducatives* » [6] selon C. Martin.

S. Lebovici a été le premier à employer ce terme et selon lui : « *Avoir un enfant ne signifie pas qu'on en est le parent : le chemin qui mène à la parentalité suppose qu'on ait "co-construit" avec son enfant et les grands-parents de ce dernier un "arbre de vie" qui témoigne de la transmission intergénérationnelle et de l'existence d'un double processus de parentalisation-filiation grâce auquel les parents peuvent devenir père et mère* »[2].

Selon C. Sellenet (cité par D.Delecourt), « *La parentalité est un processus psychique évolutif et un codage social faisant accéder un homme et/ou une femme à un ensemble de fonctions parentales, indépendamment de la façon dont ils les mettront en œuvre dans une configuration familiale* » [3].

Quant à D.Houzel, il propose une projection de la parentalité à partir de trois axes :

- l'axe de l'exercice de la parentalité concernant les droits et les devoirs dont est responsable tout parent à la naissance de son enfant,
- l'axe de l'expérience subjective qui « est l'axe du ressenti, de l'éprouvé, du vécu, de toute la dimension psychique subjective, le fait de se sentir ou non parent de cet enfant-là » [3],
- l'axe de la pratique de la parentalité désignant l'ensemble des actes de la vie de tous les jours (soins parentaux, l'éducation, la socialisation).

D. Houzel définit de manière très pertinente la parentalité mais sa définition peut, cependant, être remise en cause car il ne prend pas en compte l'environnement dans lequel évoluent les parents et donc les enfants qu'ils élèvent.

Ainsi, D. Delecourt présente une définition contextualisée de la parentalité en prenant en compte les influences extérieures c'est-à-dire l'environnement de chaque famille.

A travers la multitude de définitions proposées par les auteurs, nous constatons qu'ils convergent tous vers le fait que la *parentalité* relève surtout d'une dimension psychologique et sociale. Son enjeu majeur est de rétablir les parents dans leur rôle de parents. Par ailleurs, nous savons que chaque famille fonctionne différemment, chaque famille apparaît comme un « *être* » à part entière avec ses spécificités, ses caractères, sa façon de vivre, sa personnalité. Des changements profonds quant aux modèles familiaux sont donc constatés et sont à l'origine d'une nouvelle terminologie parentale ce qui dégage un nouvel enjeu pour la société puisque c'est le rôle « *d'être parent* » qui demande à être redéfini. De cette manière, les rôles, places, devoirs et fonctions des parents sont

réinterrogés mais également ceux des professionnels et tel est l'enjeu des équipes soignantes.

2. La parentalité et le post-partum

Dans un grand nombre de maternités, la *parentalité* n'est pas forcément perçue par les professionnels. Ainsi, les nouveaux parents qui doivent apprendre « les bons gestes » vis-à-vis de leur nouveau-né auprès de professionnels qualifiés, sont souvent considérés comme des néophytes. Leurs compétences, leurs capacités et leur autonomie ne sont parfois pas reconnues comme elles le devraient.

2.1 La rencontre initiale

L'accouchement est à la fois une expérience psychique et une expérience physique. La femme devient mère physiquement mais quelques autres étapes lui seront nécessaires pour qu'elle le devienne psychiquement. Mettre au monde un enfant ne suffit pas pour devenir mère, il doit y avoir un travail psychique qui accompagne et qui suit cet événement. L'accouchement est un moment clef intense qui mène la femme au bout de ses limites physiques et psychiques. De cette manière l'accouchement peut être représenté comme une phase de transition importante dans l'intégration du sentiment de maternité et la mise en place de lien mère-enfant. Cette réorganisation lui permet d'aller à la rencontre du monde extérieur et surtout de son bébé. La grossesse est la première étape du devenir mère. En effet, des interactions précoces dès cette période débutent entre la mère et son enfant. L'accouchement est la deuxième étape. Il comporte des moments clefs importants dans l'élaboration du lien mère-enfant qui sont :

- le premier cri qui donne une réalité à l'enfant jusque là silencieux dans le ventre de sa maman,
- le bébé placé sur le ventre ce qui permet à cette dernière de retrouver une cohésion perdue,
- le regard, moment intense pour les couples,
- la mise au sein et le peau à peau permettant de toucher, de sentir son enfant et inversement pour l'enfant.
- Le sentiment d'accomplissement, de plénitude liée à la naissance.

Nous pouvons ainsi comprendre certaines femmes qui ont un sentiment de manque après une césarienne car certaines étapes se retrouvent shuntées.

La troisième étape réside dans la mise en place du lien parent-enfant après la naissance. Durant cette phase, éclot un sentiment d'amour de la part de la femme. Or, on ne peut avoir de l'amour que pour un être différencié de soi ce qui souligne bien le fait que c'est un être à part entière, différencié de sa maman doté de diverses capacités. Ainsi, pendant la

grossesse des interactions précoces entre la mère et son enfant ont lieu et se poursuivent dans la période du post-partum. Le personnel se doit donc d'accompagner les couples mère-enfant dans leurs relations. Néanmoins, elles peuvent se voir perturber en cas de situations pathologiques et en tant que future sage-femme, nous nous devons de dépister et de prendre en charge ces interactions dites difficiles.

2.2 La reconnaissance du lien parental [3] [4] [9] [10] [11] [12]

Nous venons d'étudier les étapes qui aident à la mise en place du lien parental après la naissance. La reconnaissance de ce lien reste assez récente puisque c'est environ vers la moitié du siècle dernier qu'il fut évoqué.

Dominique Lardièrre, pédiatre français, définit le bébé comme « *une personne, dotée d'une énergie vitale, capable de développer des compétences, un élan vers l'autre, de manifester une sensibilité aux gestes, à la voix de ses parents, de réagir à leurs états émotionnels. Un être de langage, corps et esprit étroitement mêlés, qui manifeste son bien être ou son mal être à travers ses attitudes corporelles, sa bonne ou sa mauvaise santé, sa manière d'entrer en relation. Un être inscrit dans le désir, dans l'histoire de ses parents, de sa famille* » [9].

L'extrême vulnérabilité des bébés les rend complètement dépendants de leur entourage familial, que ce soit sur le plan alimentaire, du sommeil et de la protection physique. Ainsi, une multitude de théories formulées en psychologie s'accordent sur l'importance fondamentale des premières relations qui s'établissent entre le bébé et ses parents. Frans Veldman (initiateur de l'haptonomie), nous apprend que « *les influences que reçoit l'enfant, bonnes ou mauvaises, sont extrêmement importantes, non seulement pendant la vie prénatale mais dès la vie postnatale, et tout particulièrement pendant les quatorze premiers jours* » [10]. De plus, comme l'a démontré J. Bowlby en 1979 avec sa théorie de l'attachement, la qualité de la formation des premiers liens entre le bébé et ses parents se révèle déterminante pour de multiples aspects du développement au cours de la petite enfance et tout au long de l'existence. J. Bowlby considère que le système d'attachement joue un rôle central tout au long de la vie car les interactions familiales précoces vont donner lieu à une construction du « *modèle intériorisé opérant (inner working model)* » [11] qui va progressivement structurer l'univers émotionnel et relationnel de l'individu. Le nouveau-né, grâce aux compétences dont il est doté à la naissance, interagit avec ses parents pour les inciter à assumer leur rôle. Ainsi, son comportement dès la naissance favorise l'établissement des liens avec sa mère et son père.

En 1957, D. W Winnicott insiste sur les compétences maternelles instinctives des femmes à prendre soin leur enfant. Il souligne que « *grâce à son intuition une mère sait ou découvre très vite comment porter et manier un bébé afin de lui procurer confort et sécurité* » [12]. Par ailleurs, D. Winnicott précise l'importance de créer « *une ambiance*

qui lui permette de croire en elle-même et de se fier à ses réactions intuitives » [12]. Ainsi, la mère et le père sont présentés comme des personnes responsables, capable d'assurer les besoins de leur enfant. De cette manière, pour accompagner les parents dans cette prise en charge M. Dugnat (psychiatre et pédopsychiatre français) propose de « *maintenir intacte la précieuse confiance qu'ils ont en leurs propres compétences de sentir ce qui est bon pour eux et pour leur(s) enfant(s)* » [10]. L'éclosion du lien parental ne peut se faire sans proximité des parents et de leurs enfants d'où l'importance de laisser les parents découvrir leur capacité à décoder les besoins de leurs enfants, leurs permettant de se conforter dans leur positionnement d'adulte responsable. De plus, M. Dugnat précise que « *la contenance chaleureuse, la préoccupation et la disponibilité des équipes donneront ainsi une première sécurité et une estime de soi nécessaires à la construction de la parentalité. Conforté dans ses compétences, sa valeur de parent sera valorisée narcissiquement* » [10]. Par ailleurs, C. Dolto (psychothérapeute française) ajoute que « *l'adaptation du sujet aux processus ne peut se trouver que dans un environnement calme, apaisant, encourageant, dans un profond sentiment de sécurité et une complète liberté de mouvement* » [10].

Ainsi les interactions précoces et la qualité du lien parental tissé dans les premiers jours qui suivent la naissance sont fondamentales dans la construction des relations entre le parent et son enfant dans l'avenir. Le professionnel soignant des maternités doit donc avoir conscience de ces instants d'échanges primordiaux et doivent les respecter et les soutenir afin que le processus puisse avoir lieu. Toujours selon D. Lardièrre, « *raisonner en terme de soutien, c'est aussi pouvoir partager avec les parents la confiance dans le développement de leur enfant, les rassurer dans leurs capacités et leur permettre de découvrir leurs propres ressources* » [9]. Une alliance de confiance entre les parents et le personnel est donc nécessaire.

Cependant, la période du post-partum est teintée d'ambivalence, comme Freud l'a démontré. Ainsi, les situations peuvent très vite évoluer vers un état pathologique. Les interactions entre la mère et l'enfant se voient alors bouleversées. D'où l'intérêt de la création de lieux spécialisés susceptibles d'accueillir des parents en difficulté avec leur enfant dans la période du post-partum comme les unités mères-enfants encore appelées *unités kangourous*. Ces dernières sont essentiellement destinées aux femmes dont l'enfant présente un état de santé nécessitant une surveillance plus rapprochée que la surveillance classique en service de suites de couches. Cependant, les mères qui rencontrent des difficultés de mise en place du lien parental peuvent bénéficier de cette prise en charge dans le but d'un accompagnement plus rapproché. Le personnel se doit donc d'être vigilant afin de dépister les situations à risque comme, par exemple, le baby blues ou la dépression du post-partum.

Le personnel soignant se doit donc de reconstituer un environnement favorable à la

mise en place de ce lien parental. Cet environnement se doit d'être rassurant pour les parents afin qu'ils se sentent réconfortés dans leurs compétences parentales. Ainsi, des parents rassurés seront plus disponibles pour répondre aux besoins de leur enfant. De cette manière, l'enfant se sent lui-même en sécurité et sera plus apte à communiquer avec le monde extérieur et donc avec ses parents. La relation parent-enfant se met ainsi progressivement en place. Cependant, les organisations de soins sont parfois décousues et impersonnelles de part la surcharge de travail, le manque de personnel, le manque de moyens... Ceci ne facilite pas une prise en charge, une évaluation attentive et intime. La mise en place du lien parental n'est pas facilitée dans ces conditions.

2.3 Le décalage entre les attentes des parents et l'offre de soins [3] [13]

L'importance du rôle des équipes obstétricales n'est donc plus à démontrer dans l'accompagnement des parents dans cette période fondamentale de la vie. Le regard et le positionnement des professionnels dans les services de suites de couches nécessitent une adéquation avec les besoins et les attentes des couples.

De nombreux plans périnatalité ont émergé ayant pour objectifs la baisse de mortalité périnatale, l'amélioration de la sécurité à la naissance et la réorganisation de la prise en charge du couple et de l'enfant, cette dernière se devant être plus humaine, plus proche et plus sûre en mettant l'accent sur la médicalisation et la technicité. La culture hospitalière est basée actuellement sur le savoir médical, sur les connaissances techniques du personnel et elle est beaucoup moins axée sur la prise en charge dans la dimension psychique du couple. Malheureusement, cette attitude peut être dommageable pour la mise en place des rapports entre les parents et leur nouveau-né. Or, F. Dolto (psychanalyste française) nous a appris que *« l'enfant est une personne, et si elle a été parfois mal interprétée, on peut entendre qu'il a des besoins, pas uniquement alimentaires mais tout aussi vitaux, qu'il a une capacité certaine à entendre et à comprendre, sinon tous les mots, tout au moins l'intention de ceux-ci »* [13].

Certains services d'obstétrique, notamment ceux des suites de couches, peuvent rencontrer des difficultés à assurer une prise en charge logique et intégrale de par la multiplicité des intervenants rendant difficile l'écoute des parents. Par ailleurs, les prises en charge de la femme et de l'enfant sont, dans certains services d'obstétrique, dissociées, la parcellisation des tâches entre les différents professionnels étant de rigueur dans ces services.

Il est donc important de tout mettre en œuvre pour aider les (nouveaux) parents à accomplir leur fonction parentale en leur offrant un accompagnement et des dispositifs d'écoute, en leur proposant des espaces de discussion et d'échanges. Il faut garder à l'esprit que chaque famille élabore ses propres modes de fonctionnement et développe une *« culture intrafamiliale »*. Il est donc important de soutenir et de favoriser le

développement de structures de prévention et de promotion de la santé afin d'améliorer « *l'environnement* » des familles. La sage-femme a donc un rôle essentiel dans ce domaine et notamment en suites de couches. La période postnatale étant une des périodes les plus fécondes en terme d'interventions qu'elles soient à vocation préventive ou éducative.

3. Le contexte législatif et réglementaire

La médecine est marquée par une constante évolution de données publiées ainsi que celle des technologies utilisées. Ceci modifie sans cesse les stratégies de prise en charge, de prévention, de diagnostic et de thérapeutique des patients. Ainsi, chaque professionnel de santé doit constamment réactualiser ses connaissances en prenant en compte les dernières informations, les assimiler et les incorporer dans leur pratique quotidienne. Le cadre législatif et réglementaire se doit donc d'évoluer, de s'adapter à ces nouvelles données tout en prenant en compte les nouvelles attentes qui émergent des parents.

3.1 La place du patient à travers les lois

En France, depuis les années 1990, la place du patient a subi un profond remaniement. Il voit, en effet, son rôle s'affirmer progressivement. De cette manière, différentes lois successives ont vu le jour afin de le représenter et de définir ses droits. Le patient devient alors acteur de sa propre prise en charge médicale. Il est donc important d'avoir connaissance de certains textes de législation.

3.1.1 La charte du patient hospitalisé [14] [15]

Sur notre territoire, la charte du patient hospitalisé est annexée à la circulaire ministériel n° 95-22 du 6 mai 1995, relative aux droits des patients hospitalisés. Elle s'est imposée progressivement dans les établissements publics de santé. Son objectif est de faire connaître aux patients accueillis leurs droits essentiels ainsi que les obligations qui s'appliquent à l'établissement, au personnel ainsi que leurs propres obligations. Cette charte a été intégrée dans les livrets d'accueil qui sont remis à chaque admission d'un patient dans un établissement de santé.

Ce texte fondamental relève dix grands principes (annexe I).

Cette charte a été réactualisée le 2 mars 2006 [15] et prend le nom de *Charte de la personne hospitalisée*. Cette réactualisation a été rendue nécessaire par l'évolution des textes législatifs.

3.1.2 L'ordonnance de réforme hospitalière [16]

Les ordonnances du 24 avril 1996, appelées aussi ordonnances Juppé, sont à l'origine de la création d'un réseau de soins en France afin d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et, enfin, de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité.

Une de ces ordonnances précise que « *la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé* » [16]. Par ces mots, nous relevons donc que le rôle du patient est réaffirmé que ce soit dans les établissements publics ou privés.

Ces textes donnent pour la première fois une place au patient devenu usager.

3.1.3 Les Etats Généraux de santé de 1998-1999 [17]

L'objectif de ces Etats Généraux était de donner avant tout la parole aux usagers du système de soins, personnes malades ou citoyens afin de connaître leurs préoccupations. Ainsi, une formule innovante a été créée puisque des « *forums citoyens* » ont été organisés dans chaque région au cours desquels jurés, experts, citoyens, professionnels de santé pouvaient débattre et confronter leur point de vue. De cette manière, les Etats généraux ont révélé les besoins et les attentes de ceux que l'on nomme « *usagers* » ou « *citoyens* » mais ils ont également permis d'ouvrir de nouvelles issues en matière de démocratie sanitaire au travers de ces modalités de concertation et de participation.

De plus, la démocratie sanitaire constitue une opportunité du patient à se transformer en acteur, d'où la nécessité absolue d'information, de consentement afin qu'il puisse participer activement à son traitement. La citoyenneté est incorporée progressivement dans le système de soins.

3.1.4 La loi du 4 mars 2002 [17] [18]

Puis, la loi Kouchner, adoptée le 4 mars 2002, inscrit cette dimension dans le code de santé publique. Elle fait référence aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Il s'agit donc d'une réforme majeure. Ainsi, ce texte fondateur place le patient au centre du dispositif de santé. Il réaffirme que les patients sont des personnes à part entière qui ont des droits tels que d'être le référent inévitable des soins et des informations le concernant. Un rééquilibrage des relations entre professionnels de santé et patient est donc réalisé. Le patient passe du statut « *d'objet de prestations* » au statut de sujet à part entière du système et devient alors acteur de sa santé.

Ainsi, la loi du 4 mars 2002, fixe un certain nombre de grands principes concernant les droits du patient, qui sont :

- Les droits concernant la personne : la personne malade a le droit au respect de sa dignité,
- Les informations des usagers du système de santé et l'expression de leur volonté,
- La participation des usagers au fonctionnement du système de santé.

3.1.5 La Charte européenne de l'enfant hospitalisé [19] [20]

Le cas particulier de l'enfant hospitalisé a été abordé, en 1988, lors de la première Conférence européenne des associations « *Enfant à l'hôpital* ». Ceci a donné lieu à la rédaction d'une Charte de l'enfant hospitalisé. L'UNESCO précise que « *le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants* »[19]. Ainsi, elle résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés.

Elle aborde le cas particulier des services de maternité. Elle précise entre autre que :« *Pour que la mère et l'enfant établissent un lien mutuel dès la naissance, ils doivent évidemment être en contact aussi étroit que possible. L'enfant doit donc rester dans la chambre de sa mère autant qu'elle le désire durant leur séjour en maternité. L'allaitement maternel présente, entre autres avantages, celui de renforcer le lien mère-enfant. Si la mère envisage d'allaiter, il faut l'aider à le faire, sans toutefois exercer de pressions dans ce domaine délicat* » [20] (annexe II).

A travers ces différents textes, nous constatons que le mode de fonctionnement des établissements de santé se trouve bouleversé. Ainsi, tous les secteurs de la médecine subissent cette évolution et c'est de cette manière que de nombreuses recommandations ont vu le jour afin de répondre à ces exigences citoyennes.

Ces différents textes et lois mettent bien en évidence le fait que la place du patient a évolué depuis les dernières années ainsi que ses attentes. La législation s'est donc adaptée au maximum afin de répondre à leurs besoins, à leurs attentes.

3.2 Les recommandations, communiqués de presse, plans et décrets en périnatalité

De nombreuses recommandations ont été élaborées dans le but d'aider les soignants. Leur développement et leur application doit contribuer à une amélioration de la qualité des soins et à une meilleure utilisation des ressources tout en répondant aux préoccupations des professionnels. En effet, ces derniers sont soucieux de fonder leur exercice sur des bases les plus objectives et rigoureuses possibles. Ainsi, de nombreux plans et décrets en périnatalité ont été conçus dans le but d'aiguiller les professionnels.

3.2.1 Les plans et décrets de périnatalité [21] [22] [23] [24] [25]

Le premier plan périnatalité a vu le jour dans les années 1970-1980. Il remet en cause les pratiques professionnelles afin d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge. C'est à ce plan que l'on doit, par exemple, la création de postes de sage-femme de PMI.

Puis, un rapport du HCSP est publié en janvier 1994 et plaide pour un second plan de périnatalité. Il nous permet, en effet, de faire un constat de la situation de l'époque. Il observe que « *les femmes demandent qu'on reconnaisse et développe leurs compétences [...]* » [21]. Leur demande « *la plus constante est celle de la reconnaissance pleine et*

entière [...] du statut de personne, comme femme enceinte, puis comme mère » [21]. Par ces mots, nous constatons que les femmes ont de nouvelles attentes qui émergent à côté de la prise en charge médicale optimale de la grossesse. Elles veulent être écoutées, être actives de leur prise en charge et non plus passives. Elles donnent leurs avis et « *en particulier, cette demande de participation concerne leur relation avec leur bébé : elles demandent à n'en être séparées que de façon strictement nécessaire, pour des impératifs majeurs de santé physique, à participer au nursing de l'établissement, à bénéficier d'une présence plus grande du père* » [22]. Elles souhaitent donc que leur prise en charge soit plus dans la dimension humaine et que la place du père soit redéfinie.

Ainsi, nous comprenons la nécessité de la part des équipes médicales d'intégrer dans leurs pratiques une meilleure compréhension des liens parentaux et la relation des parents avec leur entourage.

C'est dans cette optique qu'un second plan périnatalité a vu le jour en 1994 dont les objectifs sont fixés pour les années 2000. Il vise à améliorer la sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance.

Ensuite, des décrets de périnatalité ont été rédigés en 1998. Ils ont été établis d'après le rapport du HCSP de 1994 et sont relatifs aux établissements de santé publics et privés pratiquant les activités d'obstétrique, de néonatalogie et la réanimation néonatale. Ils précisent que leur but est de « *contribuer à l'amélioration de la sécurité de la grossesse, de la naissance et de l'environnement périnatal de la mère et de l'enfant des établissements de santé pratiquant l'obstétrique* » [23].

Pour assurer la sécurité de la naissance, les fonctionnements techniques des services de périnatalité sont précisément définis. Il en est de même pour les effectifs des professionnels qui doivent y intervenir. Il en découle la création de postes dans les maternités françaises pour tous les professionnels comme le prévoit l'article D. 712-84 [24]. Les objectifs des maternités s'inscrivent dans les attentes des couples comme le précise l'article D. 712-88 qui stipule qu'il faut « *privilégier la relation mère-enfant* » [24].

Puis, en 2004, émerge le plan périnatalité 2005-2007 qui est défini comme « *un plan d'action ambitieux pour moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance [...] en développant une offre plus humaine et plus proche* » [25]. Il est complémentaire de celui de 1994 mais il se veut être défini avec plus d'humanité, de proximité, de sécurité et de qualité. Il vise donc à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche, et à aménager les conditions d'exercice des professionnels de la naissance.

Il a pris fin en 2008 mais aucune évaluation n'a été réalisée en 2009. Or, elle s'avère primordiale car de nouveaux enjeux vont en ressortir. Par ailleurs, une enquête périnatale

est actuellement en cours afin d'évaluer les objectifs de la loi de santé publique de 2004 et du plan Périnatalité 2005-2007. Les résultats ne seront accessibles que courant 2010-2011. Un nouveau plan est en préparation avec la révision des décrets de 1998, des réformes hospitalières...

3.2.2 Les recommandations professionnelles pour la préparation à la naissance et la parentalité de la HAS [26] [27] [28]

La HAS a publié de nombreuses recommandations afin de soutenir et d'accompagner les professionnels de santé dans la mise en œuvre des mesures du plan périnatalité 2005-2007.

Les différentes recommandations *«proposent une approche plus humaniste de la naissance qui favorise la participation active de la femme et du couple dans leur projet de naissance. Cette approche prend en compte les désirs, les émotions, les perceptions de chaque femme ainsi que son contexte de vie et son environnement. Elle contribue à renforcer l'estime de soi, le sens critique, la capacité de prise de décision et la capacité d'action de la femme et du couple. De ce fait, le rôle des professionnels et les relations des professionnels de santé entre eux se trouvent modifiés [...]»* [26]. Ces recommandations ont donc pour objectif de proposer aux professionnels de santé *«une démarche préventive, éducative et d'orientation dans le système de santé »* [26] qui vise à :

- Préparer le couple à la naissance de leur enfant et à la parentalité grâce à des séances d'information adaptées aux besoins des couples, à des repères de construction des liens familiaux et sur les moyens matériels, éducatifs et affectifs qui permettent à l'enfant de grandir [26].
- Favoriser une meilleure coordination des professionnels autour et avec la femme enceinte et le couple, de l'anténatal au postnatal [26].

3.3 Les représentants des usagers [29]

Le mouvement associatif dans le domaine de la santé a joué, au cours des dernières décennies, un rôle important dans la prise en compte des usagers comme des détenteurs d'une expérience et de savoirs spécifiques. Les professionnels de santé ont, pour la plupart, compris l'importance d'une écoute mutuelle et d'une compréhension réciproque pour délivrer les meilleurs soins possibles. Par conséquent, c'est dans ce cadre que des mouvements se sont développés, depuis les années 1996, de représentation des usagers dans les instances de santé publique avec, par exemple, la présence d'usagers dans les conseils d'administration des hôpitaux.

En ce qui concerne le domaine de la périnatalité, la dialogue entre les différentes associations et les professionnels a permis de constater un réel décalage entre les attentes

des patients et l'offre de soins. Le Collectif Inter associatif Autour de la Naissance (CIANE) regroupe toutes les associations françaises concernées par les questions relatives à la naissance et aux premiers jours de la vie. Il travaille activement à améliorer l'écoute des attentes, des demandes, des droits des femmes et des couples. Par ailleurs, son but est d'améliorer également les conditions de la naissance dans notre pays. Ce collectif veut faire évoluer les attitudes et les pratiques entourant la maternité, de manière à les rendre plus respectueuses des personnes et de la physiologie de l'accouchement.

Ainsi, il est très important que les équipes prennent conscience de ce décalage afin que les conditions les plus favorables à l'élaboration du lien mère-enfant soient mises en place. La prise en charge doit se voir plus axée sur le versant humaniste. Cependant, la surveillance médicale ne doit pas être négligée pour autant mais elle doit se voir incorporée dans cette dimension plus humaine.

3.4 Les compétences professionnelles des sages-femmes [30] [31] [32]

En octobre 2007, « *un référentiel métier* » a été élaboré, sur la profession de sage-femme, par le CASSF avec l'aide du CNOSF. Son objectif était de fixer clairement leur statut, leurs compétences souvent méconnues. Différentes études ont été réalisées dans le monde sur cette profession afin d'identifier les difficultés communes rencontrées par les sages-femmes au cours des dernières décennies. Ces études convergent toutes vers le fait que les attentes actuelles des usagers et des politiques envers les missions des sages-femmes sont : une approche globale des soins en périnatalité ainsi qu'un humanisme et un rôle en santé publique. En France, depuis quelques années, la profession de sage-femme a vu ses missions s'élargir dans le cadre d'une meilleure réponse aux besoins actuels en santé maternelle et infantile. Cet élargissement des compétences s'inscrit, bien évidemment, au sein des recommandations et des données actuelles de la science.

Ce référentiel aborde trois axes qui se veulent complémentaires (annexe III).

Du point de vue de la profession, ce référentiel constitue une étape essentielle à l'évolution de son statut. Son élaboration constitue, en effet, un acte identitaire. De plus, la mise en lumière de ces compétences est une étape de légitimation du rôle de la sage-femme dans le champ de la santé périnatale en France. Ainsi, une reconnaissance sociale de la profession de sage-femme est facilitée. Ce texte réaffirme ceci lorsqu'il cite :

« *La sage-femme affirme son sens des responsabilités pour garantir la qualité des soins* » [31].

Cette dernière a donc un rôle fondamental dans les domaines d'orientation, de prévention et d'éducation à la santé dans le secteur de la périnatalité. Par ailleurs, la continuité des soins est un atout supplémentaire qui lui est reconnu. Ainsi, la sage-femme se voit assurer des missions capitales dans le domaine de la santé publique. La

reconnaissance de leurs capacités par les textes a permis une évolution de son statut que ce soit socialement ou médicalement parlant. De cette manière, un élargissement d'horizon de leur activité a vu le jour, complémentaire aux textes de lois ainsi qu'aux nouvelles attentes des couples émergeant de l'évolution de la société. « *L'humanisme* » devient alors le maître mot et doit se voir incorporé dans la prise en charge médicale. La sage-femme cadrée seulement à ses pratiques cliniques et médicales ne peut plus prétendre satisfaire pleinement les besoins. Les demandes vont bien au-delà. Grâce aux compétences fixées à notre profession, de nouveaux enjeux ont émergé. A coté de cela, la prise en charge de l'enfant se veut globale. C'est dans ce sens, que de nouveaux dispositifs, de nouvelles organisations ont été mis en place dans certains services de maternité afin de répondre aux désirs des couples : l'approche globale des soins en périnatalité.

4. Le cas du Centre hospitalier du Mans [33]



4.1 Constat dans les unités de suites de couches

En 2007, en réalisant un état des lieux de l'organisation de la prise en charge au CHM, nous remarquons une diversité d'intervenants auprès des patientes ce qui pouvait rendre difficile l'identification de ces derniers par les femmes mais cela pouvait également compromettre leurs temps de repos. Cette multitude d'intervenants s'expliquait par le fait que les prises en charge de la mère et de son enfant étaient dissociées. Une répartition bien spécifique des « *tâches* » était attribuée à chaque intervenant :

- Les auxiliaires de puériculture : les soins des bébés,
- Les aides-soignantes : les soins aux femmes,
- Les aides hôtelières : les prestations hôtelières,
- Les puéricultrices : le suivi des nouveau-nés,
- Les sages-femmes : le suivi médical des femmes.

Ainsi, de nombreux professionnels intervenaient ce qui pouvait dérouter certaines femmes de par la multiplicité des discours. L'équipe médicale pouvait alors paraître incohérente et décalée avec les attentes des femmes ce qui pouvait la discréditer.

Le nouveau projet organisationnel a été conçu en partant de cet état des lieux afin d'optimiser la prise en charge.

4.2 Le projet de prise en charge globale

4.2.1 La conception du projet (annexe IV)

Il y a quelques années, le CHM a opté pour la construction d'une nouvelle maternité, les locaux étant vétustes et inadaptés à l'activité en augmentation constante. L'élaboration

du projet a aboutit à une vision élargie du principe de départ : regrouper toutes les activités en lien avec la Femme, la Mère et l'Enfant dans un bâtiment spacieux et moderne. Ainsi, un Pôle Femme-Mère-Enfant (PFME) est élaboré.

L'activité du secteur gynécologie-obstétrique est en constante évolution et ne cessera d'augmenter puisque l'un des objectifs de la création de ce pôle est l'augmentation de son activité. En effet, grâce à lui, la maternité du Mans devient l'unique centre de niveau III de la Sarthe. Par ailleurs, la répartition inhomogène des maternités dans la Sarthe fait qu'il y a peu de concurrence comme l'illustre la carte suivante :



CHM : niveau III
3800accouchements/an

Clinique du Tertre Rouge (Pôle Santé Sud) :
niveau II
2300 accouchements/an

Centre Hospitalier de La Flèche (Le Bailleul) :
niveau I
660 accouchements/an

Tous ces éléments convergent donc vers une augmentation de l'activité en obstétrique du CHM.

En ce qui concerne la maternité, la construction de ce pôle constitue une réelle opportunité. En effet, il permet de renforcer le positionnement du CHM dans le réseau périnatal sarthois puisque vingt cinq lits supplémentaires sont créés dont six lits en unité kangourou. Il permet également d'engager une réflexion sur un projet d'amélioration des prestations sur la base d'un nouveau concept : la prise en charge globale et individualisée des couples parents-enfants. L'objectif est d'accompagner les femmes dans leur rôle de mère et dans la relation avec leur enfant en proposant une organisation médico-soignante visant à rendre optimale la prise en charge des parents et des enfants. Il doit favoriser la qualité des échanges familiaux. Ainsi, cette organisation ne peut se concevoir que si les professionnels ont bien à l'esprit de répondre aux attentes des couples axées, de nos jours, sur une humanisation des soins. Les sages-femmes, les auxiliaires de puériculture et les aides-soignantes ont un rôle fondamental car elles se doivent de créer un environnement favorisant la mise en place de la relation mère-enfant qui s'élabore très précocement. L'environnement doit favoriser un sentiment de sécurité des femmes afin qu'elles se sentent rassurer dans leurs compétences de mère. Ainsi, une femme sécurisée sera plus à l'écoute des besoins de son enfant et plus disponible pour créer un lien avec lui.

L'ambiance environnementale doit donc permettre de mettre en place le processus de maternité. Nous avons souligné précédemment que les facteurs extérieurs intervenants sont déterminants. L'enfant qui vient de naître doit être dans un milieu qui lui permette de s'imprégner de sa culture familiale.

Ainsi, lorsque l'on utilise l'expression « *d'environnement favorable* » différents versants des unités de suites de couches sont touchés. Néanmoins, l'organisation du service reste le dénominateur commun des préoccupations et des remaniements nécessaires. En effet, celle-ci impose de réduire le nombre d'intervenants auprès des mères de façon à privilégier la relation et la sécurisation des patientes.

Dans cet esprit, les sages-femmes sont donc positionnées comme coordonnatrices des unités du post-partum pour assurer le suivi des mères et de leur bébé. Les auxiliaires de puériculture et les aides-soignantes des services de suites de couches sont formées à la double compétence. Ces dernières effectuent une formation complémentaire d'auxiliaires de puériculture et les auxiliaires de puériculture effectuent, elles aussi, une formation complémentaire d'aide soignante. Elles deviennent alors le groupe des « AS-AP » sans distinction entre elles.

Le grand principe de ce projet décliné par le comité de pilotage est de passer d'un regroupement architectural à un regroupement organisationnel en déclinant sous forme de processus les principaux modes de prises en charge sur le PFME en proposant entre autre :

- Une prise en charge pluridisciplinaire en limitant le nombre d'intervenants auprès de chaque patient : mise en place d'un concept de binôme ou trinôme de soins,
- D'optimiser les moyens disponibles tout en améliorant la qualité de la prise en charge : compétences nécessaires et/ou réglementaires, fiches de fonction, fiches de poste.
- Une prise en charge globale du couple mère/nouveau-né en binômes de soins (Sages- femmes, AS/AP),
- Que le soignant soit au cœur des soins,
- Que la sage-femme soit détentrice des informations et coordinatrice des soins,
- Un même effectif du lundi au dimanche (hors hôtelières).

Ainsi, la nouvelle organisation s'appuie sur les compétences actuelles des sages-femmes, auxiliaires de puériculture et aides-soignantes ce qui bouleverse les pratiques jusqu'ici en place et ancrées dans les esprits.

4.2.2 La méthode de mise en place du projet (annexe IV)

En septembre 2007, suite à l'état des lieux qui a été réalisé, les remaniements organisationnels ont donc débuté.

Ainsi, dès octobre 2007, les ASH sont sortis du parcours de soins et de l'hôtellerie. Ils

se consacrent maintenant entièrement à l'entretien des locaux donnant lieu à la création d'une nouvelle équipe appelée l'équipe d'hygiène des locaux et des soins. Parallèlement, les AS sont recentrées sur les soins. Par conséquent, les compétences des AP sont également redéfinies. En effet, AS et AP vont acquérir les mêmes compétences.

Ensuite, en février et mars 2008, l'accompagnement de l'encadrement et le travail de l'équipe s'opèrent. Des groupes de travail ont été constitués. L'objectif du projet étant la prise en charge globale du couple mère-enfant par une même professionnelle qui a la double compétence AP/AS. Une formation institutionnelle a donc été mise en place assurée par les sages-femmes cadres en ce qui concerne les AP. Leur formation aborde la prise en charge des soins apportés aux patientes. Quant à la formation des AS, elle a été assurée par les cadres puéricultrices sur la prise en charge des nouveau-nés. Ceci constitue le versant théorique de leurs nouvelles connaissances. Ainsi, la formation des professionnelles AP et AS a permis de valoriser ces professions en leur proposant la double compétence AP/AS dans les services de suites de couches.

Puis, en avril et mai 2008, une phase de compagnonnage a débuté. Elle a consisté à la prise en charge de dix couples par une AS et une AP afin qu'elles s'échangent mutuellement leurs savoirs et pratiques. Leur complémentarité sur le terrain permet une meilleure assimilation des nouvelles connaissances pour chacune. Ceci constitue la partie pratique de leur formation. De fait, si l'on reprend les fiches de poste de chacune, on remarque qu'elles sont identiques (annexe V).

Pendant ce temps, l'effectif de sages-femmes n'étant pas suffisant pour assurer la prise en charge globale, une équipe soignante a été mise en place provisoirement constituée d'une sage-femme, une puéricultrice et d'un binôme AS-AP.

L'été 2008 a fait l'objet d'une vague de recrutement de douze sages-femmes afin de pouvoir mettre en place ce projet.

Puis, en mai 2009, a eu lieu le déménagement. Il s'est déroulé rapidement, dans de bonnes conditions et sans problème de prise en charge des patients.

Après le déménagement, la formation des sages-femmes a débuté avec les puéricultrices pour les accompagner dans les soins des nouveau-nés. Néanmoins, l'effectif des sages-femmes restant toujours insuffisant, le recrutement de dix sages-femmes au cours de l'année 2009 a été nécessaire.

Ensuite, en avril 2010, la suppression de postes de puéricultrices a eu lieu dans les unités de suites de couches. La transformation définitive des postes AS-AP s'est également opérée. La volonté de chacun a été au maximum respectée dans la limite des affectations prévues par le projet de pôle. Les puéricultrices et AS-AP ont donc été redéployées dans d'autres services en fonction de leurs choix (pédiatrie, néonatalogie...).

Cette nouvelle « *philosophie* » perturbe l'esprit de certains professionnels, des pédiatres émettent des doutes quant aux compétences des sages-femmes dans la prise en charge des nouveau-nés.

Le groupe pilotage du projet propose ainsi de revaloriser le rôle des sages-femmes en suites de couches, de leur permettre d'exercer leur entière compétence avec le souci d'une prise en charge globale du couple mère-enfant et du père (annexe VI). La création de binômes de professionnels auprès des couples mères-enfants est la base de cette nouvelle organisation.

Maintenant, le service de suites de couches comprend 63 lits et est divisé en deux secteurs. Néanmoins, une aile de dix lits a dû être fermée dans une des unités pour défaut d'effectif. La DMS est de 4,39 jours et le taux de remplissage des lits est de 90%. Les sages-femmes ont une amplitude horaire de douze heures. Quant aux AS-AP, leur journée est de huit heures.

La répartition de la journée est la suivante :

Du lundi au vendredi :

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ 6 AS-AP le matin (6h15-14h15) ➤ 6 AS-AP le soir (13h30-20h45) ➤ 2 AS-AP (7h30-15h30) ➤ 2 aides hôtelières (1^{ère} : 8h-12h15/15h-17h50 et la 2^{ème} : 8h-16h) ➤ 5 SF (7h30-19h30) | } | <p>Total :</p> <p>16 agents + 5 SF répartis sur les deux secteurs.</p> |
|---|---|--|

Le samedi :

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ 6 AS-AP le matin ➤ 6 AS-AP le soir ➤ 2 AS-AP (7h30-15h30) ➤ 5 SF (7h30-19h30) | } | <p>Total :</p> <p>14 agents + 5 SF répartis sur les deux secteurs</p> |
|--|---|---|

Le dimanche et jours fériés:

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ 6 AS-AP le matin ➤ 6 AS-AP le soir ➤ 5 SF (7h30-19h30) | } | <p>Total:</p> <p>13 agents + 5 SF répartis sur les deux secteurs.</p> |
|--|---|---|


L'effectif est alors composé comme suit la nuit :

Du lundi au dimanche :

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ 4 AS/AP la nuit (20h30-6h30) ➤ 2 SF (19h30-7h30) | } | <p>Total :</p> <p>4 agents + 2 SF répartis sur les deux secteurs.</p> |
|---|---|---|

Nous pouvons résumer la situation actuelle avec le tableau suivant :

Tableau I : Comparaison entre l'organisation prévisionnelle et l'organisation actuelle
(annexe IV):

Organisation actuelle	Organisation prévisionnelle	Analyse de l'écart Explications
5 binômes de soins soit \approx 12 à 16 couples pour 2 SF dans 28% des cas en 4,5mois 7 à 8 couples pour les AS-AP	6 binômes de soins SF/AS-AP 10-11 couples/binômes	Mise en place de la procédure SFAO ce qui a eu pour conséquence de diminuer le nombre de SF en SDC (5 SF au lieu de 6)
Pas de puéricultrice	Puéricultrice en transversalité prenant en charge des Nnés de gravité I	Trinôme SF/Puer/AS-AP difficile. Mission de la puer difficile à établir. PEC du Nné de gravité I impossible en maternité et sont redirigés en unité kangourou.
Transmissions par téléphone entre SF	La SF prend en charge la patiente dès la salle de naissance	La SF ne peut quitter le service dans l'optique d'assurer une continuité des soins et parce que la surcharge de travail est trop importante.
AS/AP ont des tâches hors secteur obstétrique (brancardage, nettoyage du bloc opératoire)	Binôme de soins ne quittera pas le secteur au cours de sa journée de travail.	Avec la mise en place de la procédure SFAO, AS-AP assignées au brancardage, nettoyage.
Interruption de la prise en charge des soins en binômes de soins surtout le week-end.	Même effectif la semaine et le week-end des agents.	Pas d'aide hôtelière le week-end, effectif réduit des agents le week-end et tâches hors secteur de ceux-ci.
Entre 14-16 agents du lundi au samedi 13 agents le dimanche et jours fériés (-1)  ainsi de mai 2009 \rightarrow mars2010 Depuis, solutions trouvées: ressources provenant d'autres secteurs= aléatoire, dépend de la charge de travail des "secteurs prêteurs" ou un étudiant vacataire le dimanche déjà fait mais refusé par la direction depuis.	14 AS/AP et deux aides hôtelières tous les jours de la semaine.	Cycle de travail des agents : obligation d'un repos un dimanche sur 2. Pas assez de temps partiel pour combler les repos. Les aides hôtelières ne travaillent pas le week-end.

Le tableau ci-dessus résume l'organisation actuelle et la confronte avec celle prévue. Des différences sont constatables et non négligeables. Ce déséquilibre est expliqué par différents phénomènes qui, comme nous l'observons, découlent d'un manque de personnel.

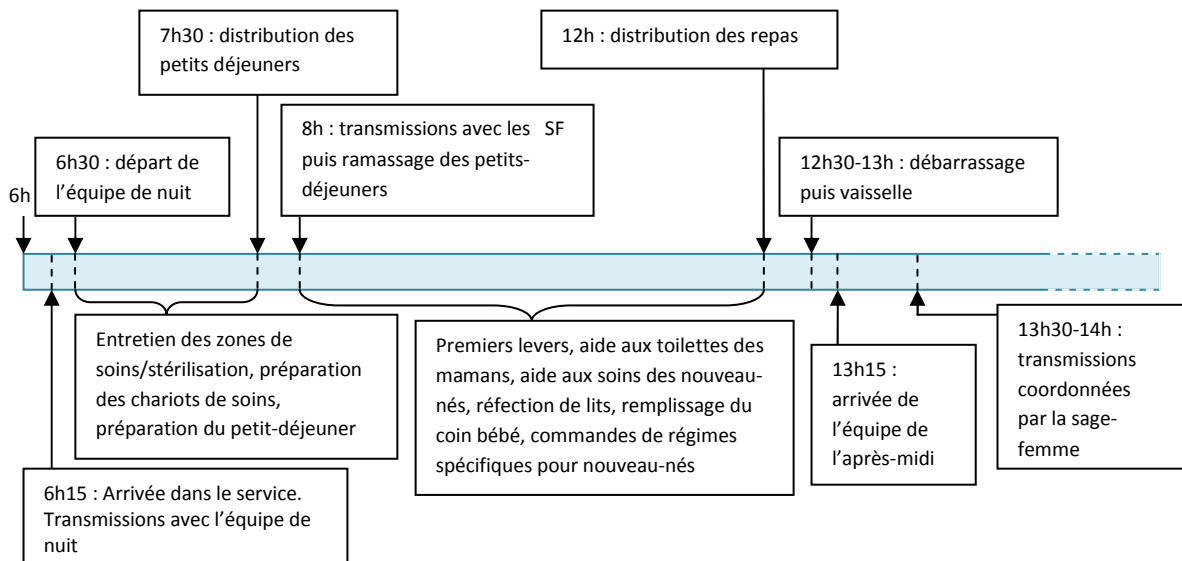
Ce projet a nécessité d'optimiser les moyens mis à dispositions, notamment en ressources humaines avec une évaluation des besoins au regard de l'activité, des moyens disponibles (compétences, effectifs autorisés) et de la réglementation (mise aux normes, décrets de périnatalité...). Néanmoins, les ressources restent encore trop insuffisantes pour pallier aux difficultés énoncées ci-dessus.

Cependant, dans toutes les situations, la priorité des binômes de professionnels est de privilégier la sécurité médicale de chaque couple mère-enfant et de personnaliser l'accompagnement psychologique, préventif et éducatif. Leur but n'est pas de se substituer aux parents mais de les accompagner dans leur relation avec l'enfant.

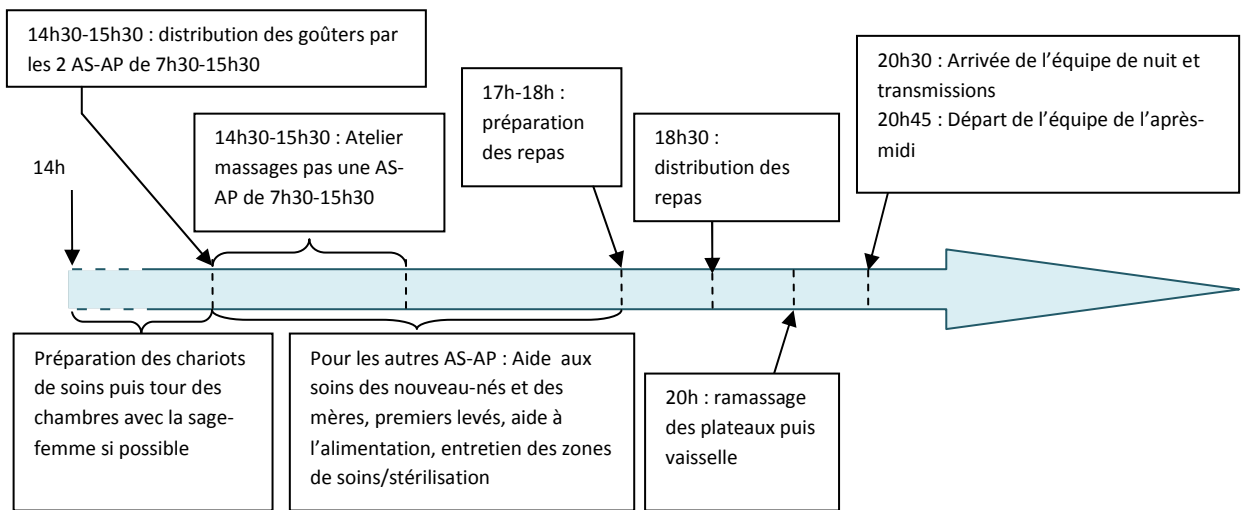
4.3 Une journée de prise en charge globale en suites de couches (annexe IV)

4.3.1 Une journée d'AS-AP

Les AS-AP ont pour rôle d'accueillir le couple mère-enfant dans le service et de les prendre en charge. En effet, elles soutiennent les mamans lors des toilettes et les soins administrés. Elles veillent à la bonne alimentation du nouveau-né, accompagnent et soutiennent les mamans qui allaitent. Elles ont un regard bienveillant sur les mères et ne se substituent en aucun cas à elles. Elles les aident et les réconfortent dans leurs compétences maternelles. Elles participent également à l'éducation parentale grâce aux différents conseils qu'elles adaptent en fonction des mères qu'elles encadrent. Elles créent un environnement autour des couples et de leurs enfants qui favorise le lien mère-enfant ce qui s'inscrit dans la parentalité. Outre les soins dispensés aux nouveau-nés, leur journée est également rythmée par les premiers levers des femmes en collaboration avec la sage-femme, les réfections de lit, les aides à la toilette ainsi que la gestion du mouvement (entrées et sorties des patientes quand les aides hôtelières sont absentes). Une journée d'AS-AP peut être reconstituée de manière schématique sur une frise chronologique ce qui permet de mieux saisir les moments clés de leur organisation :



La moitié de l'équipe du matin déjeune pendant que l'autre moitié sert les repas. Ensuite, la moitié qui a mangé débarrasse et fait la vaisselle avec l'équipe de l'après-midi qui arrive à 13h15. Le déroulement du reste de la journée peut être représenté de la manière suivante :



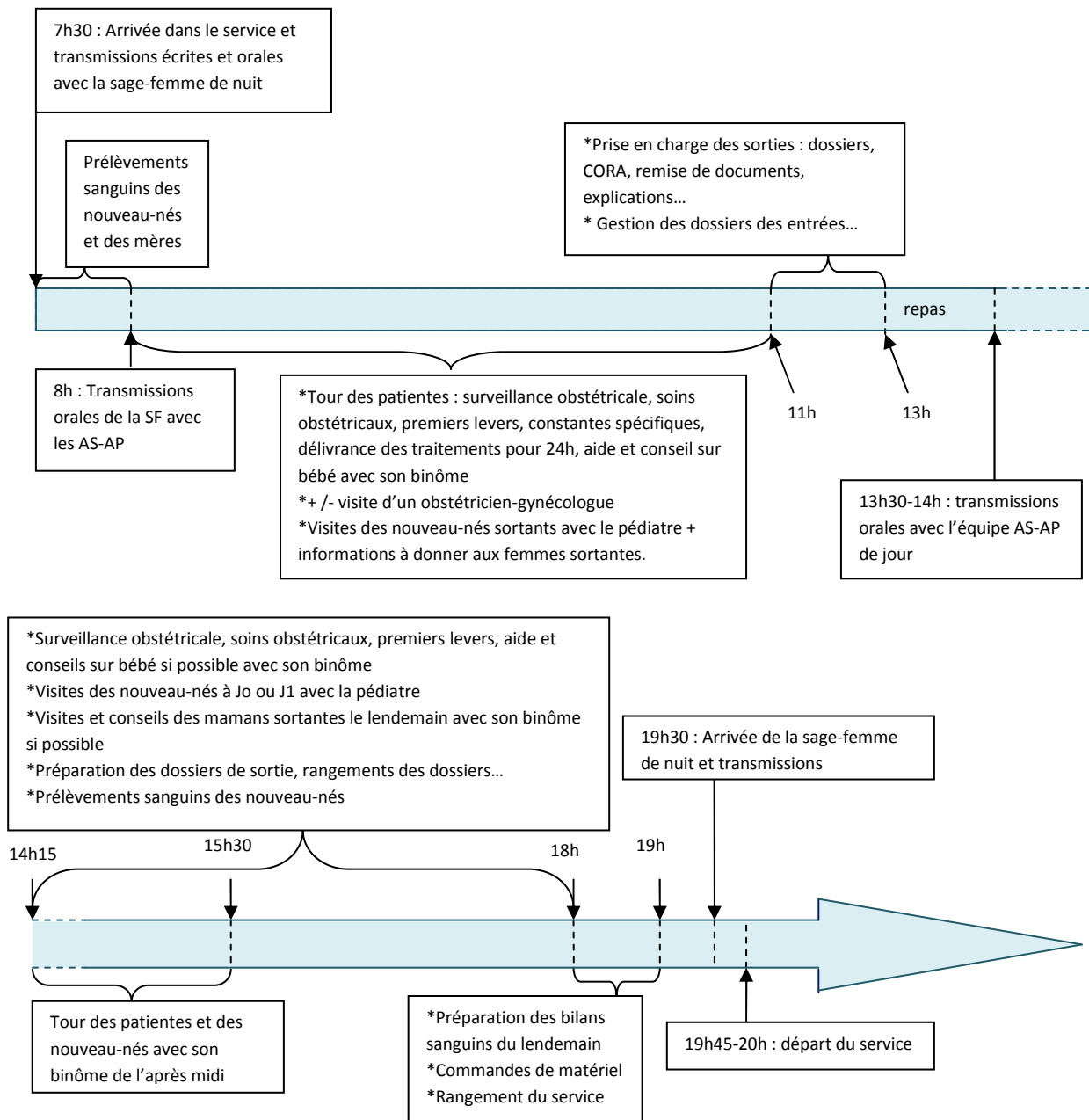
Dans cette organisation, la plupart des aides pour les toilettes et les soins de bébé se font dans la matinée. En effet, le travail est quantitativement moindre l'après-midi ce qui rend disponible l'équipe pour accompagner et conseiller les couples.

4.3.2 Une journée de sage-femme

La sage-femme est placée comme coordinatrice des unités du post-partum. En effet, elle planifie les soins de son unité, contrôle le dossier médical, recueille les données cliniques et élabore un dossier de soin du couple mère-enfant. Elle a donc un rôle primordial de leur suivi dans la période du post-partum. En association avec son binôme AS-AP, elle informe, aide et accompagne l'allaitement maternel. Elle prend en charge la douleur et prescrit quotidiennement les traitements médicaux adaptés. Elle est capable de dépister et d'évaluer le risque médical, social ou psychologique de la femme, de l'enfant, de la famille. Elle travaille en étroite collaboration avec les assistantes sociales, psychologues, puéricultrices de néonatalogie, tabacologues, conseillères conjugales... Ainsi la sage-femme trouve sa place dans les actions de prévention, d'éducation à la santé de la femme, du couple et de la famille.

La journée d'une sage-femme est donc rythmée par la gestion des soins de chaque couple mère-enfant, par les visites de sortie à réaliser auprès des femmes mais également par les visites des nouveau-nés en partenariat avec les pédiatres. Outre l'organisation qui s'articule autour des soins, la gestion du matériel, des équipements de son unité ainsi que la gestion informatique du séjour du couple mère-enfant relèvent également de sa responsabilité (annexe VI).

Une journée d'une sage-femme en suites de couches peut être résumée sur une frise chronologique de la façon suivante :



La journée d'une sage-femme est bien occupée et l'organisation illustrée ci-dessus est idéale. Néanmoins, nous pouvons déduire que lorsque tous les événements se bousculent (visites du pédiatre, personnel occupé par des femmes nécessitant un encadrement plus poussé, entrées de nouvelles accouchées...), elle peut se voir perturbée.

Ainsi, grâce au PFME, le CHM a fait émerger des enjeux de grande ampleur (autour de la naissance) : économiques, sociaux, culturels, enjeux de santé publique, d'organisation hospitalière et médicale. Les dimensions sociales et humaines, les aspirations et les besoins globaux de la population sont privilégiés et la sage-femme y participe activement. En effet, elle possède une autonomie obstétricale totale tout en respectant son champ de compétences. Cependant, les couples et les professionnels y trouvent-ils leur compte ?

II. PRESENTATION DE L'ETUDE

1. Les objectifs et les hypothèses de l'étude

Qu'en est-il un an et trois mois après le début de la mise en place de la prise en charge globale ?

A ce stade une évaluation de la situation actuelle s'avère nécessaire et nous permettra de pouvoir aborder l'avenir. Tel est l'objet de l'étude que nous allons développer afin de confirmer ou d'infirmer ces quatre hypothèses :

- La prise en charge globale répond aux attentes et aux besoins des couples,
- Les couples en sont satisfaits,
- Les professionnels se sont adaptés à cette nouvelle configuration de travail,
- Les professionnels aiment cette nouvelle façon de travailler.

L'objectif de notre enquête est de connaître la satisfaction des couples et des professionnels quant à cette nouvelle organisation.

2. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude par questionnaire du 16 août 2010 au 22 octobre 2010 à la maternité du Centre Hospitalier du Mans. Une deuxième période a été nécessaire du 1 décembre 2010 au 8 janvier 2011 pour étoffer notre population de professionnels.

3. Les populations

Durant cette période, 250 patientes hospitalisées en suites de couches étaient concernées par cette enquête. Ont été exclues toutes les patientes non francophones et celles dont les enfants étaient hospitalisés en néonatalogie.

Pour la deuxième enquête, nous avons inclus tous les professionnels intervenants dans le service des suites de couches. Cela concernait les sages-femmes, les auxiliaires de puériculture, les aides-soignantes, les psychologues ainsi que les pédiatres. Ont été exclus de cette étude les assistantes sociales, les aides hôtelières et les obstétriciens-gynécologues (n'intervenant pas auprès des couples dans le service sauf s'il y a une pathologie).

4. Les questionnaires

4.1 Le questionnaire des patients

Il aborde différents thèmes de leur suivi pendant le séjour. Les différentes questions formulées portent sur :

- Des questions générales afin d'identifier les situations familiales rencontrées,

- La qualité de l'organisation et de l'accompagnement des couples par le binôme de professionnels,
- La qualité et l'adaptabilité des informations données pendant le séjour par les professionnels,
- L'adéquation de l'accompagnement des soignants par rapports aux attentes et aux besoins des parents,
- La qualité de l'environnement créé (agencement des locaux, ambiance générale du service...)

Trois questions à réponses ouvertes ont été posées afin que chacun puisse s'exprimer librement (annexe VII).

4.2 Le questionnaire des professionnels

Les questions posées aux professionnels ont permis d'évaluer les sujets suivants :

- L'impact des modifications organisationnelles auprès des patientes,
- Le ressenti de chaque professionnel sur l'accompagnement des couples mère-enfant,
- L'influence des changements apportés par la prise en charge globale au niveau personnel et professionnel,
- Les difficultés et les facilités de gestions perçues par les professionnels par rapport à cette organisation.

Trois questions à réponses ouvertes ont également été posées toujours dans le but de mieux saisir la position de chacun quant à cette organisation (annexe VIII).

5. L'exploitation des questionnaires

Nous avons réalisé deux masques de saisie et la saisie informatique à partir du logiciel de bureautique Microsoft Excel.

III. PRESENTATION DES RESULTATS

1. En ce qui concerne les couples

Les résultats présentés concernent 151 patientes qui ont bien voulu participer à cette étude ce qui fait un taux de participation de 60,4%.

Les patientes ayant répondu aux questionnaires sont âgées entre 17 ans et 40 ans, soit un âge moyen de 29 ans (à +/- 4,7 ans).

1.1 Profil socio-économique

Tableau II : La situation familiale de la mère et du père de l'enfant :

	Femmes Effectif (%)	Conjoints Effectif (%)
Agricultrice	2 (1,3)	5(3,3)
Artisane, commerçante	2 (1,3)	9 (6,0)
Profession libérale, cadre supérieur, ingénieur, professeur, médecin	13 (8,7)	15 (10,0)
Profession intermédiaire, cadre moyen	12 (7,9)	14 (9,3)
Employée	72 (47,7)	72 (47,7)
Ouvrière	2 (1,3)	18 (11,9)
Sans profession	36 (23,9)	7 (4,5)
Autres	12 (7,9)	6 (4,0)
Aucune information	0 (0)	5 (3,3)

Le nombre de femmes qui a mentionné l'item « autres » est de 12. Parmi elles, nous retrouvons 2 femmes en congé parental, 1 étudiante, 2 assistantes maternelles, 4 mères au foyer, 2 personnes en formation ainsi qu'une animatrice sportive.

En ce qui concerne les pères qui ont coché l'item « autres », nous retrouvons : 3 intérimaires, 1 chef d'entreprise, 1 travailleur indépendant et 1 personne invalide ne pouvant avoir un emploi.

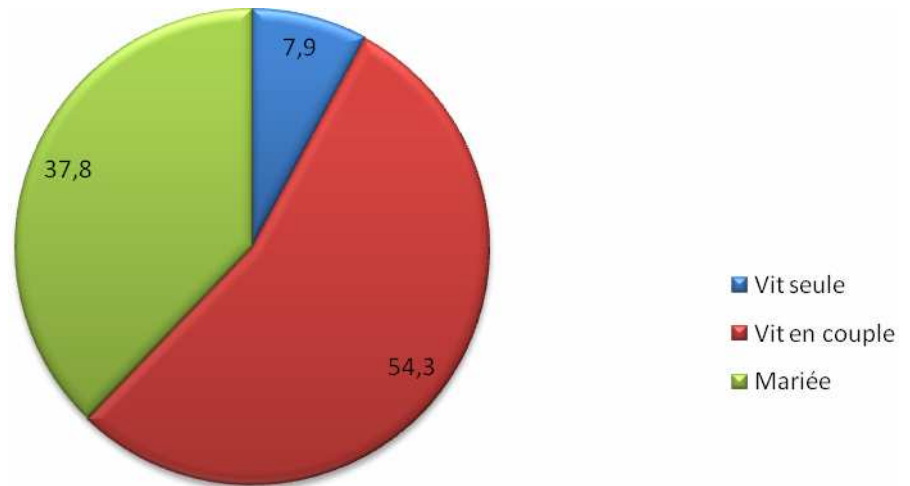


Figure 1 : situation familiale du couple

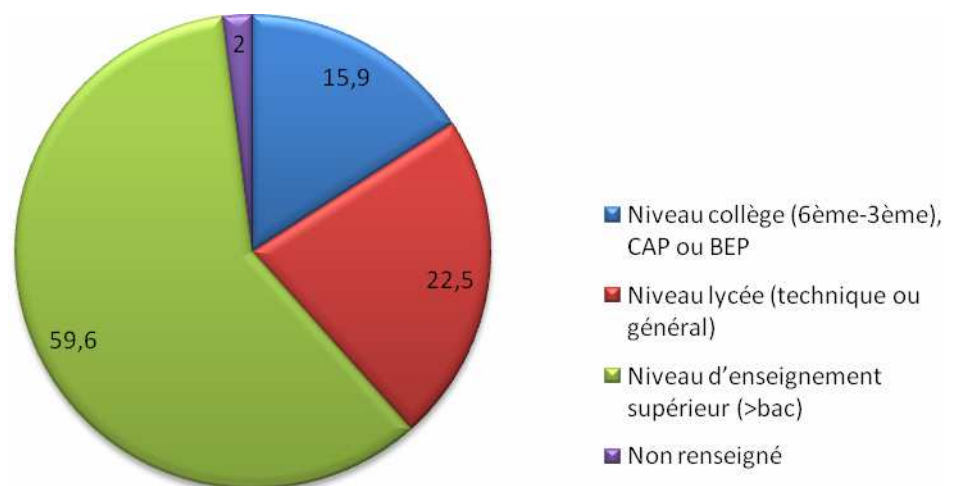


Figure 2 : Niveau d'études des mères

1.2 Profil obstétrical

Pour 45,7%, il s'agissait de leur premier accouchement alors que 54,3% avaient déjà au moins un enfant.

Pour la majorité des patientes, 98,7%, il s'agissait d'une grossesse simple.

Pour 83,4% des patientes, la grossesse s'est déroulée de manière physiologique alors que 16,6% d'entre elles ont développé une pathologie au cours de la grossesse

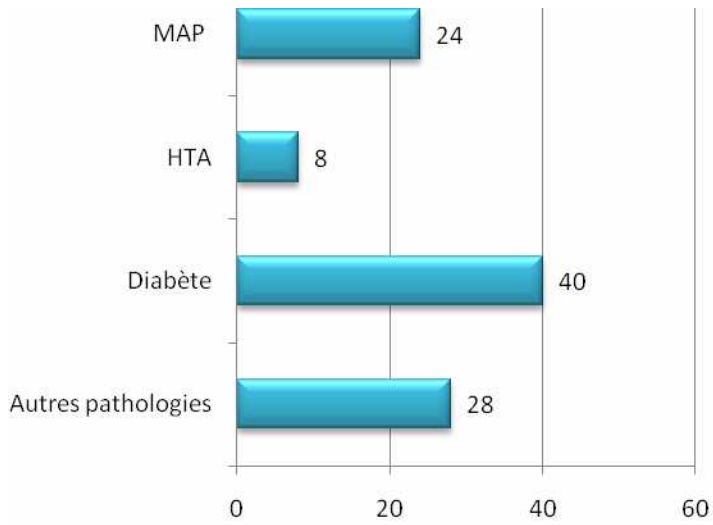


Figure 3 : Les pathologies de la grossesse

Cinquante sept pour cent (56,9%) des patientes ont suivi une préparation à l'accouchement pour cette grossesse.

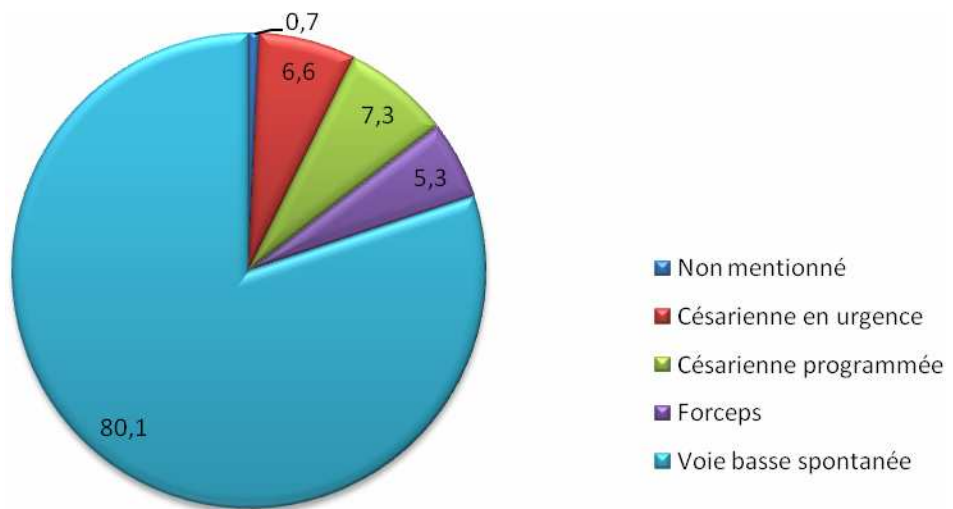


Figure 4 : Mode d'accouchement

Sur l'ensemble des femmes, 53% des mères allaitaient leur enfant sachant que 3,75% d'entre elles ont arrêté l'allaitement maternel au cours de séjour.

1.3 Profil pédiatrique

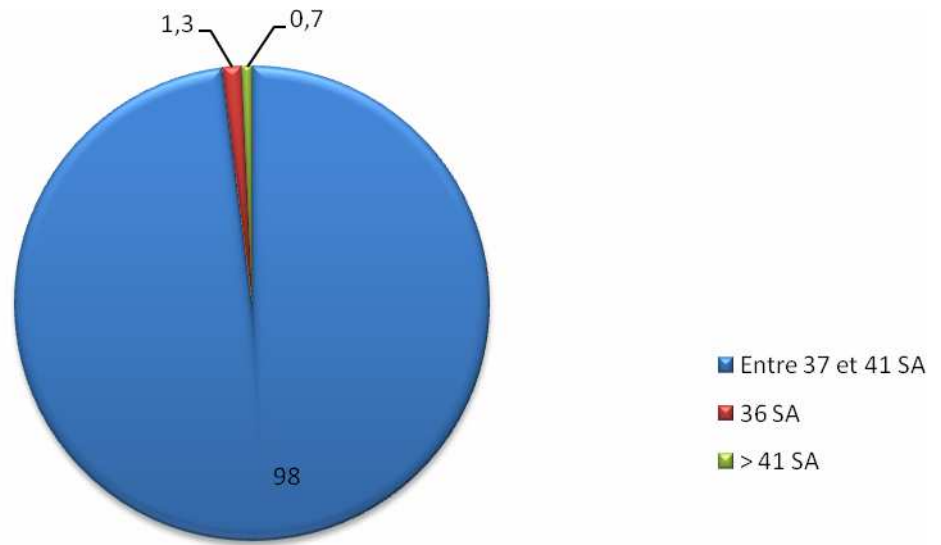


Figure 5 : Terme de l'enfant à la naissance

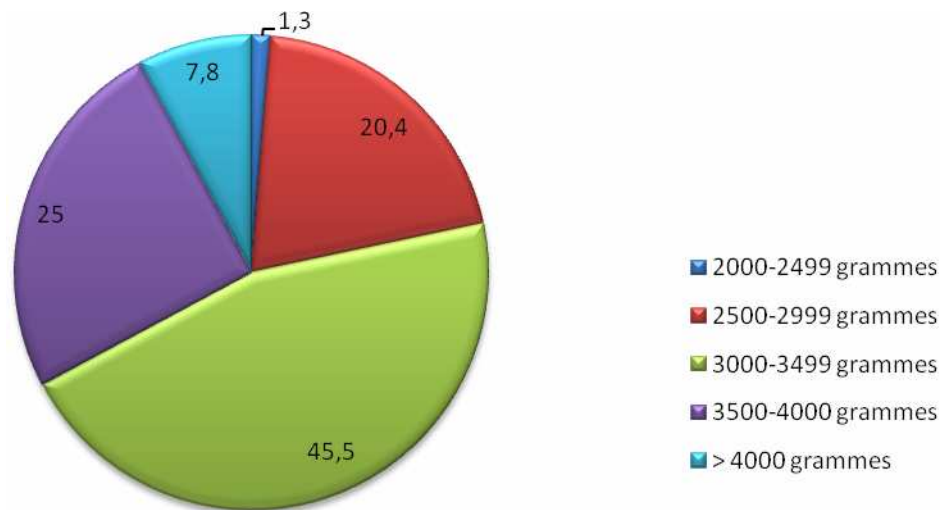
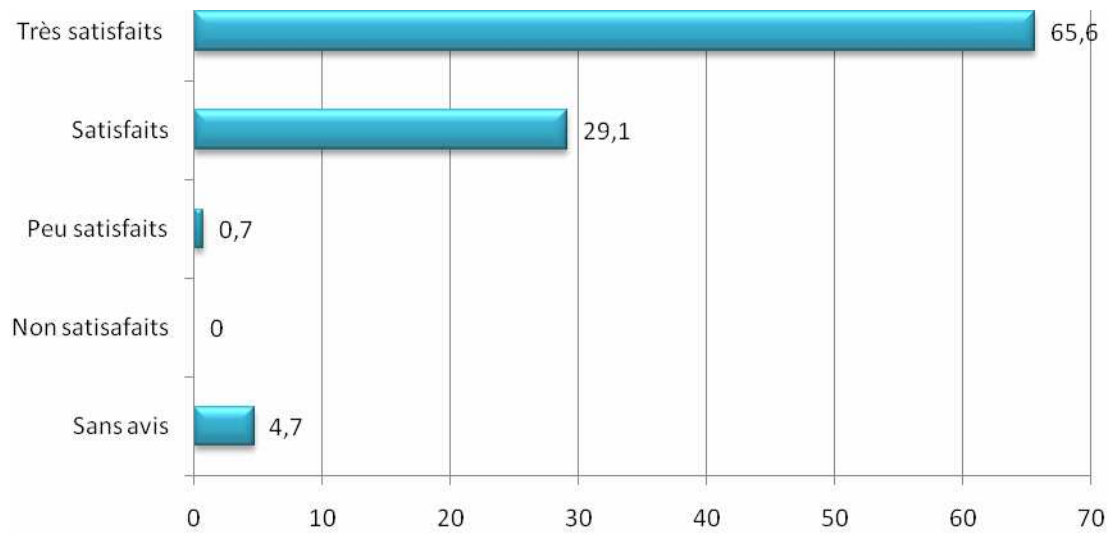
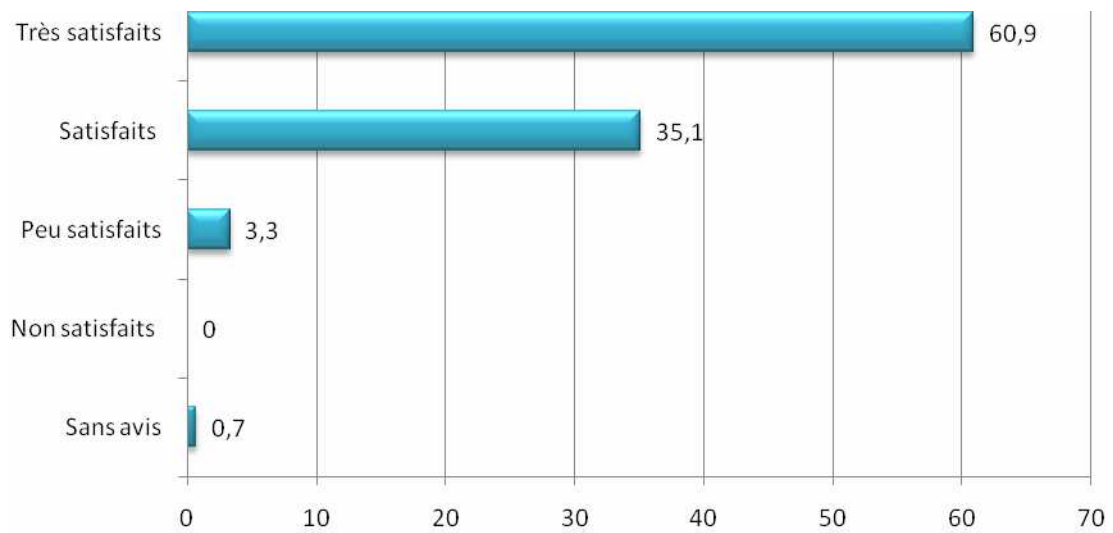


Figure 6 : Poids de naissance

1.4 Concernant la prise en charge



**Figure 7 : Satisfaction des couples de l'accueil en suites de
couches**



**Figure 8 : Satisfaction des couples de l'accueil dans la
chambre**

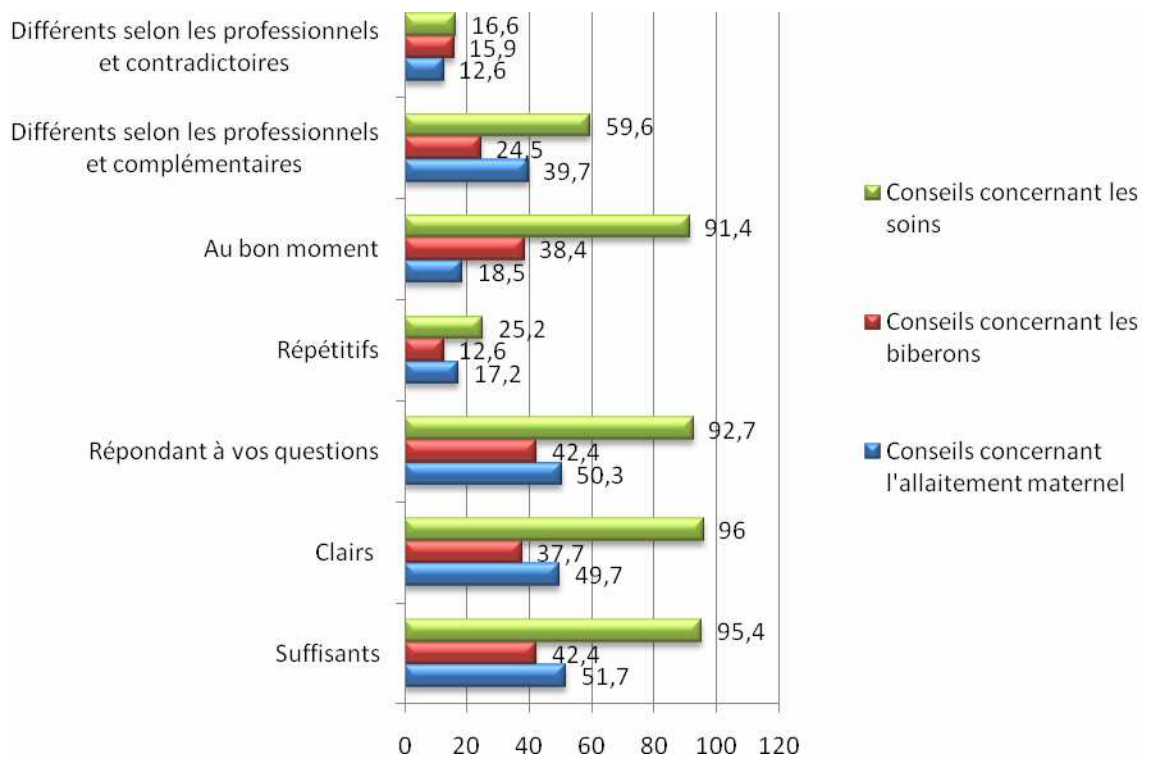


Figure 9 : Conseils reçus concernant l'allaitement maternel, les biberons et les soins des nouveau-nés

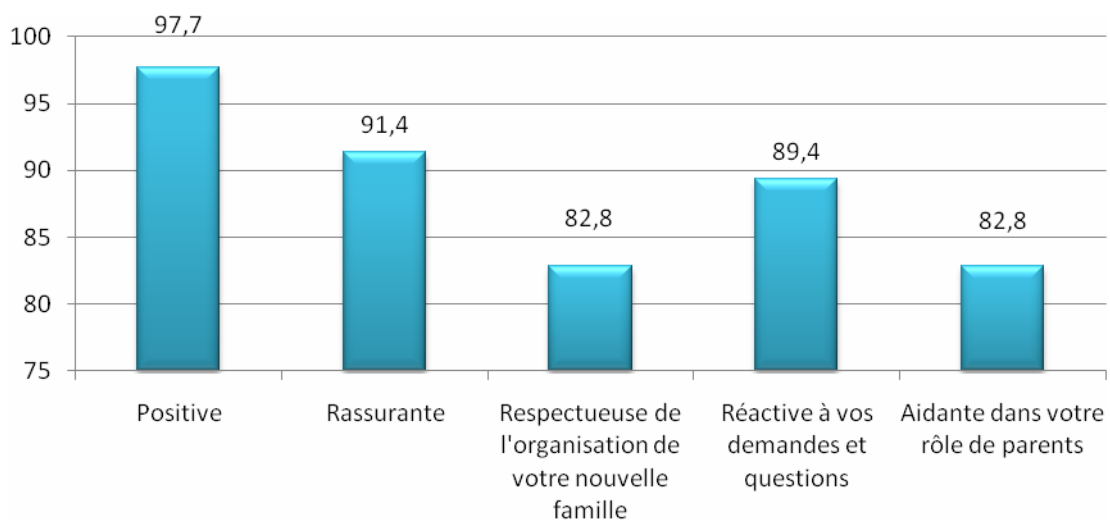


Figure 10 : Pensez-vous que l'intervention de professionnels, formés pour accompagner en même temps les mères et les enfants, soit :

La majorité des couples a été satisfait par l'intervention du duo sage-femme/AS-AP, soit 96% d'entre eux.

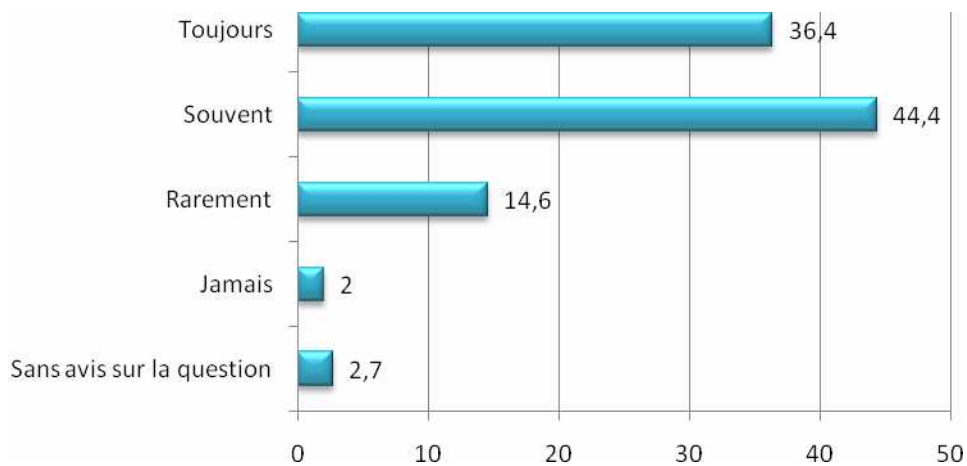


Figure 11 : Identification des membres du personnel

Seulement 13,3% des femmes ont été dérangées par les visites des différents intervenants.

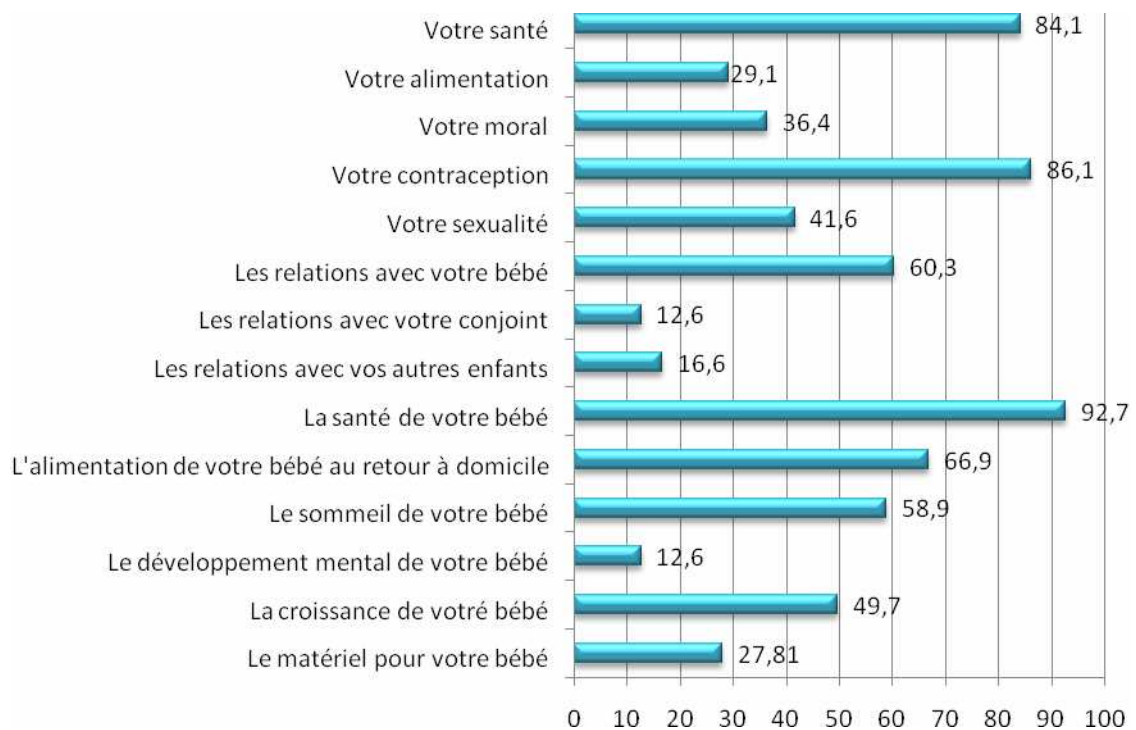


Figure 12 : Sujets abordés pendant le séjour

Réponses à la question ouverte « Quel(s) sujet(s) n'a pas été traité(s) ? » :

- Les informations concernant le bébé pendant le séjour à la maternité et au retour à domicile (santé, alimentation, sommeil, régurgitations...) : 2,6%
- Le baby blues et la dépression du post-partum : 1,3%
- L'allaitement et les angoisses des mères dont l'allaitement est difficile : 1,3%

Cinquante six pourcent (56%) des patientes ne souhaitent pas que des réunions soient organisées par le service pendant le séjour contre 35% qui en souhaiterait. Parmi les femmes désireuses de ces réunions, les thèmes des réunions proposés sont :

- La préparation à la sortie (conseils sur leur bébé, sa santé, son alimentation, son sommeil, ses pleurs...) :62,3%.
- L'allaitement (conseils, problèmes que l'on peut rencontrer..) :30,2%.
- La préparation de l'arrivée de bébé à la maison avec ses aînés, son papa, les relations familiales... :11,3%.
- Les massages : 5,7%.
- Le portage : 5,7%.
- Le développement psychomoteur de l'enfant : 3,8%.
- Le baby blues : 3,8%.
- L'homéopathie : 1,9%.
- Les situations d'urgence (exemple : brûlures) : 1,9%.
- La sexualité : 1,9%.

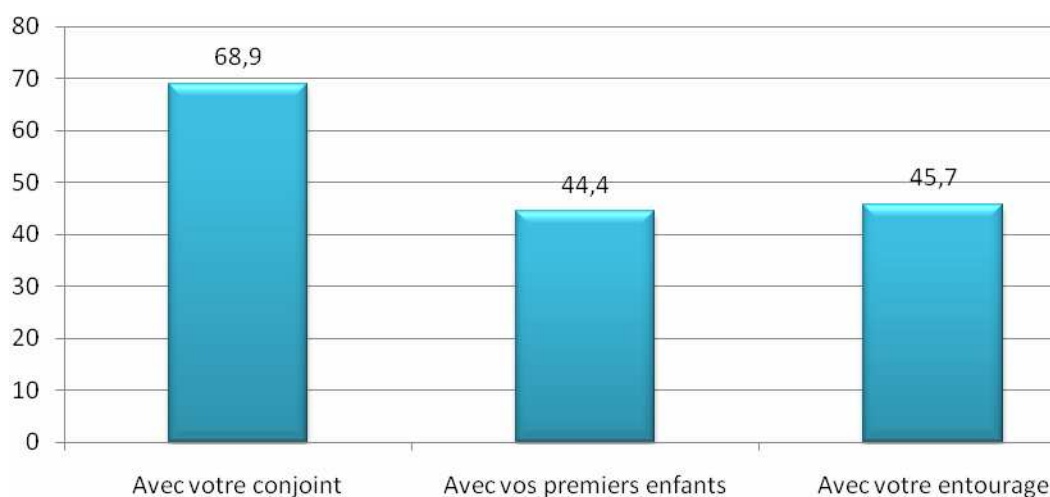


Figure 13 : Pensez-vous que le déroulement de votre séjour à la maternité vous permet de préparer votre sortie et votre retour dans votre famille :

La majorité des femmes a jugé que son séjour en maternité était positif, soit 91,4%.

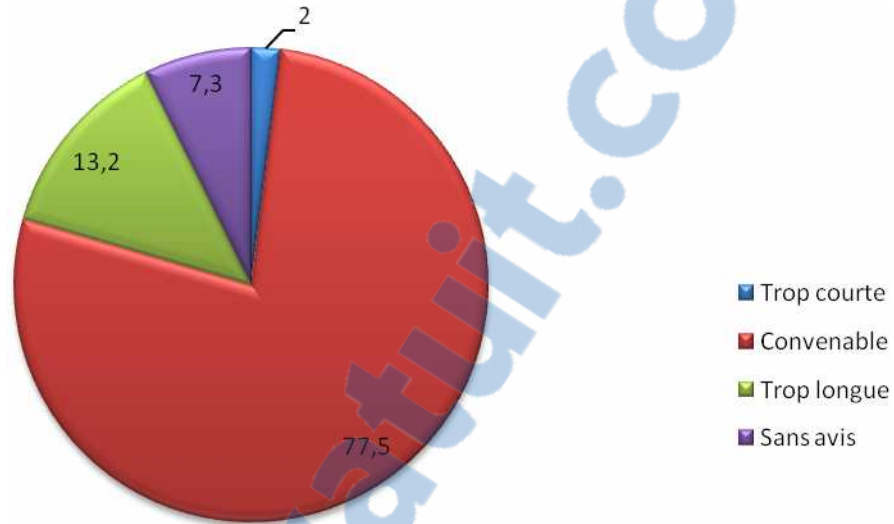


Figure 14 : Durée du séjour

En ce qui concerne les femmes, 18,5% d'entre elles ne savaient pas, avant de séjourner au CHM, que la sage-femme s'occupait de la femme et de son enfant dans la période du post-partum.

Réponses aux questions ouvertes :

« Selon vous, quels sont les points positifs de ce service ? »

- La disponibilité du personnel pour donner des conseils, répondre aux questions/demandes, pour accompagner et soutenir : 38,4%.
- Le personnel est à l'écoute, attentif : 37,7%.
- La gentillesse et l'amabilité des équipes : 24,5%.
- Le personnel est accueillant, souriant : 17,2%.
- Le personnel est compétent : 10,6%.
- Le personnel est rassurant et sécurisant : 9,3%.
- Le professionnalisme des équipes : 7,9%.
- Un bon équipement des chambres (agréables et matériel appréciable) : 7,3%.
- La prise en charge avec cette nouvelle organisation : 6,0%.
- Le personnel est réactif : 3,3%.
- Le personnel est agréable : 2,6%.
- Tout est positif 2,6%.

- Le service est calme : 2,6%.
- Les bains communs en nurserie : 2,0%.
- Une bonne communication entre les professionnels : 1,3%.
- La patience du personnel : 1,3%.
- Le respect du rythme des couples mère-enfants : 1,3%.

Quelques témoignages des patientes:

« L'aspect humain avec l'ensemble des différents corps de métier malgré tout le travail. Beaucoup d'écoute de votre part, on se sent à l'aise tout de suite, c'est top ! »,

« On ressent une énergie positive, de la bonne humeur [...] Le service est super et l'entraide est rassurante »,

« Les sages-femmes prennent le temps, sont à l'écoute et nous conseillent »,

« Être suivie par les mêmes personnes tout au long du séjour »,

« Les parents restent décisionnaires des directives qu'ils souhaitent pour leur bébé, on ne nous impose pas les choses ! »,

« Excellent accueil et écoute, grande disponibilité, qualités humaines ! »,

« Le côté « humain » est très important pour supporter la douleur de l'accouchement et les craintes des suites de couches »,

« Je recommande la maternité Aliénor » et « Je conseillerais à des amies d'accoucher ici »,

« Super service et super personnel »,

« Entièrement satisfaite »,

« Je trouve excellent que la mère et l'enfant soient vus dans leur globalité »,

« Pour ma part beaucoup de points positifs, c'est un très bon service. Je n'ai rien à reprocher. J'ai bien été encadrée du début jusqu'à la fin »,

« Grande qualité du personnel !!! »,

« Les sages-femmes et les AS-AP sont agréables et toujours disponibles »,

« Rien à redire ! J'ai été agréablement surprise. Je m'attendais à un accueil plus impersonnel, une « usine à bébé » mais c'est tout le contraire. Un très bon souvenir ! »,

« Pour moi RAS ! Rencontre avec bébé que du bonheur ! Merci ! »,

« D'après vous, quels éléments devraient être améliorés ? »:

- L'alimentation (plus de choix, plus en quantité, les horaires, adaptée aux végétariens) : 11,9%.
- Les conseils et techniques qui diffèrent selon les personnes (soins du cordon, alimentation au biberon, allaitement maternel) : 7,9%.
- Trop de passage dans les chambres : 6,0%.
- Personnel en nombre restreint : 3,3%.
- Plus d'informations, d'explications venant des pédiatres : 3,3%.
- Le personnel ne se présente pas assez (médecins, sages-femmes, AS-AP...) : 2,6%.
- Une nurserie pour se reposer la première nuit : 2,0%.
- Le personnel n'est pas assez réactif aux sonnettes : 2,0%.
- Le personnel n'est pas assez disponible pour les mamans (surtout le midi) : 2,0%.
- Des pancartes aux portes pour indiquer que la mère et l'enfant dorment pour respecter leurs sommeils, leurs rythmes : 2,0%.
- Plus d'ateliers mamans-enfant (massages...) : 1,3%.
- L'accueil et l'implication du papa pendant le séjour : 1,3%.
- La visite d'un gynécologue au moins une fois pendant le séjour : 1,3%.
- Donner les informations avant d'entrer à la maternité sur le matériel à prévoir : 0,7%.
- Trop de changement du personnel au cours du séjour : 0,7%.
- Le passage systématique dans toutes les chambres la nuit : 0,7%.
- Une salle de dialogue, un moment de rencontre : 0,7%.

Quelques témoignages des patientes:

« Chaque corps de métier passe à tour de rôle dans la chambre dès 7h30, de fait, pas de possibilité de se reposer entre les phases de repos de bébé. Est-il possible de coordonner leur venue ? »,

« On apprend une technique différente selon le personnel donc ça perturbe un peu »,

« [...] un regroupement des professionnels de santé pour éviter qu'ils viennent à peu de temps d'intervalle [...] »,

« [...] il faut plus de personnel »,

« Faire plus d'atelier maman-enfant pour apprendre à bien connaître bébé avant la sortie de la maternité »,

« Les pédiatres pourraient prendre plus de temps pour parler et expliquer ce qu'ils vérifient sur notre bébé »,

« La création de postes pour un meilleur accueil : le personnel est en surcharge de travail et la création de postes leur donnerait une disponibilité plus importante auprès des nouvelles mamans et pouvoir travailler dans des conditions plus adéquates »,

« Le personnel manque cruellement de temps, pas assez de personnel ! »,

« Difficile de se reposer car il y a un passage régulier des différents membres du personnel »,

« Pas vraiment d'échanges avec les pédiatres ».

2. En ce qui concerne les professionnels

Les résultats présentés concernent 53 professionnels. Parmi ces professionnels, nous pouvons compter : 28,3% (15) d'auxiliaires de puériculture, 13,2% (7) d'aides soignantes, 49,1% (26) de sages-femmes, 7,5% (4) de pédiatres ainsi que 1,9% (1) de psychologue. Ainsi, nous obtenons un taux de participation de 81,5%.

Les professionnels ayant participé à cette étude exercent leur profession depuis une période allant de 1 mois à 34 ans, ce qui fait une moyenne d'ancienneté de 13,7 ans (à +/- 12,3 ans).

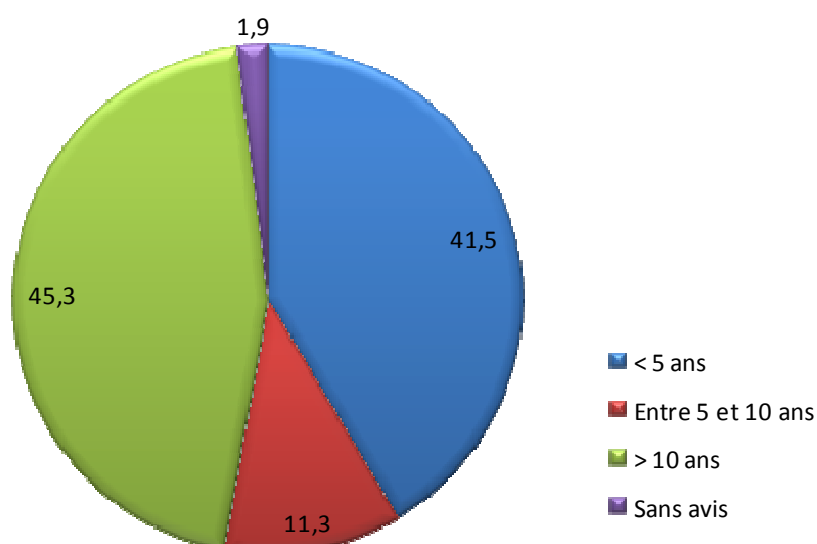


Figure 15 : Ancienneté du personnel depuis obtention du diplôme

Ils travaillent au CHM depuis une période allant de 1 mois à 36 ans, ce qui fait une moyenne d'ancienneté au CHM de 11,7 ans (à +/- 12,1 ans).

Par ailleurs, ils sont âgés entre 23 et 58 ans, ce qui fait une moyenne d'âge de 37,3 ans (à +/- 12,2 ans).

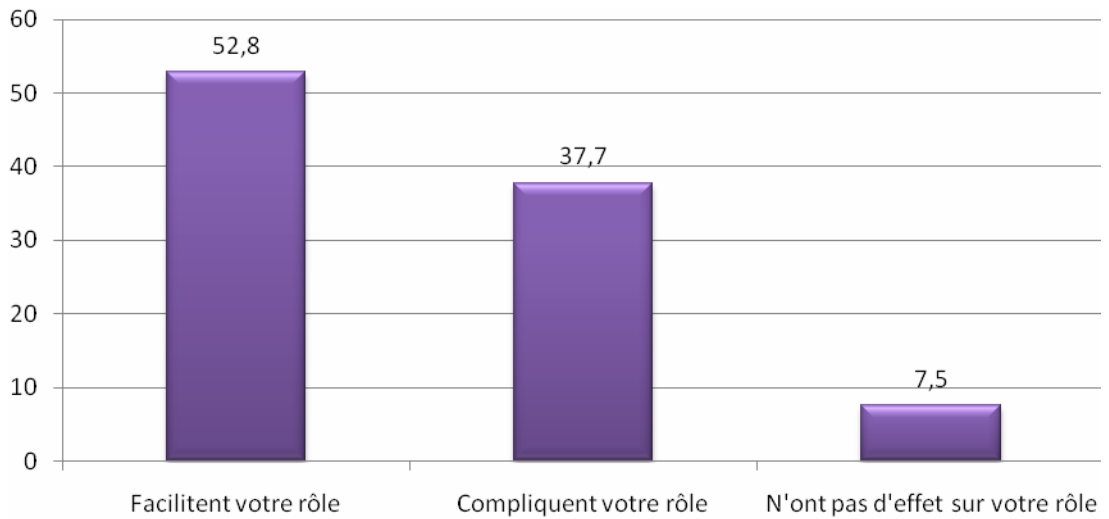


Figure 16 : Effets des changements sur le rôle des professionnels

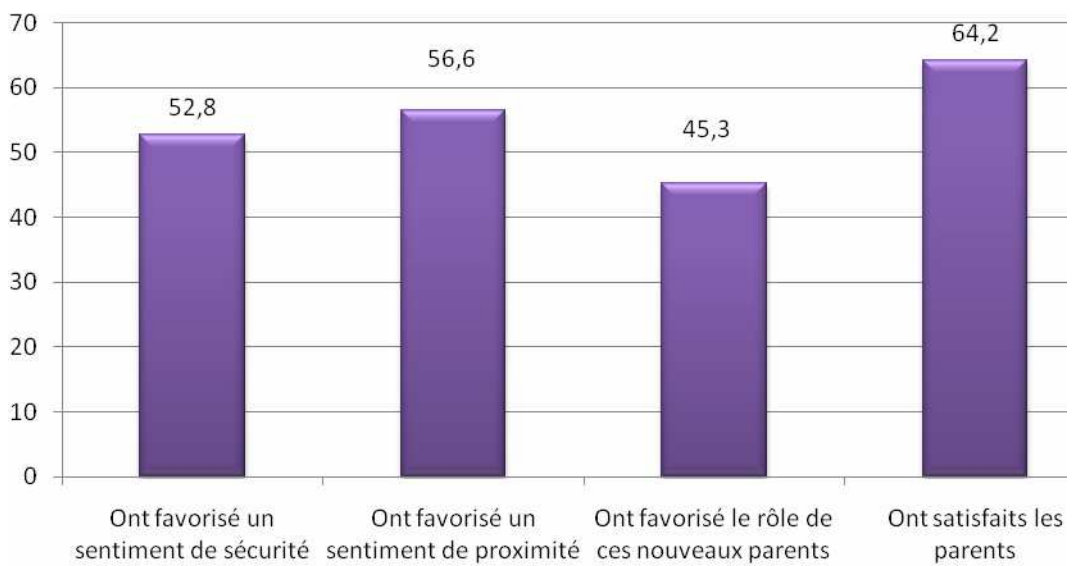


Figure 17 : Effets des changements sur les couples

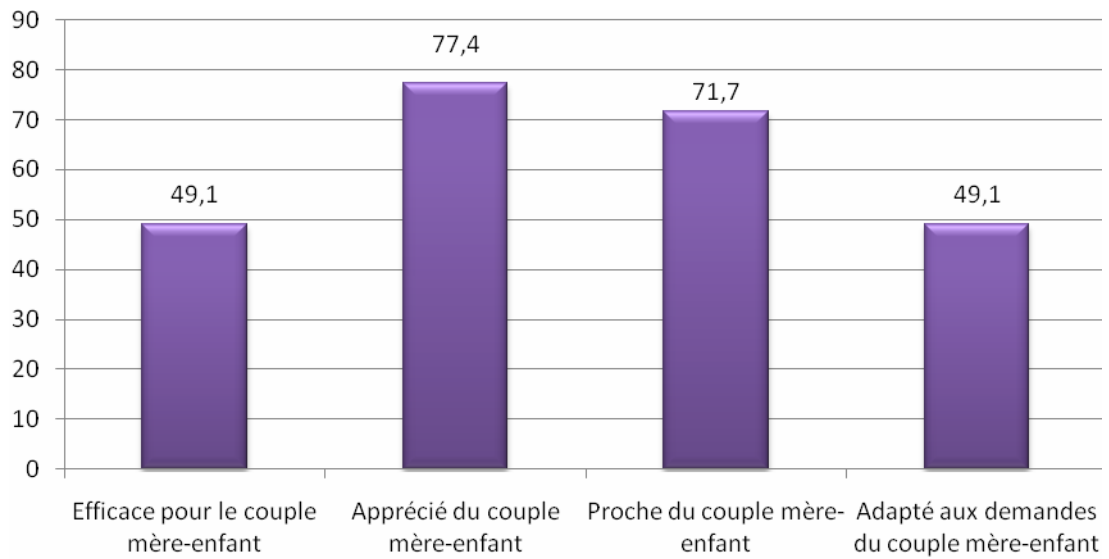


Figure 18 : Fonctionnement du binôme SF/AP-AS

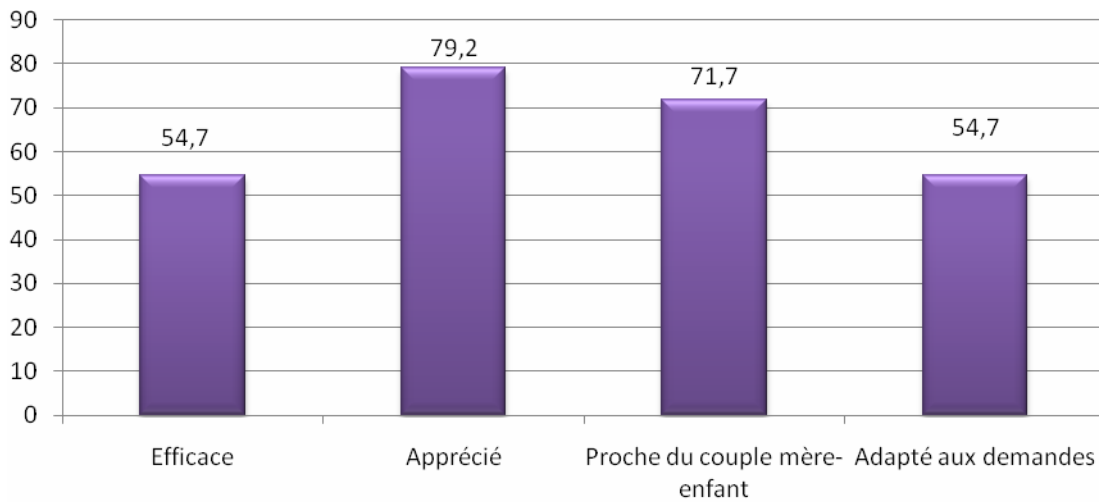


Figure 19 : L'environnement créé pour la prise en charge des couples mère-enfant est :

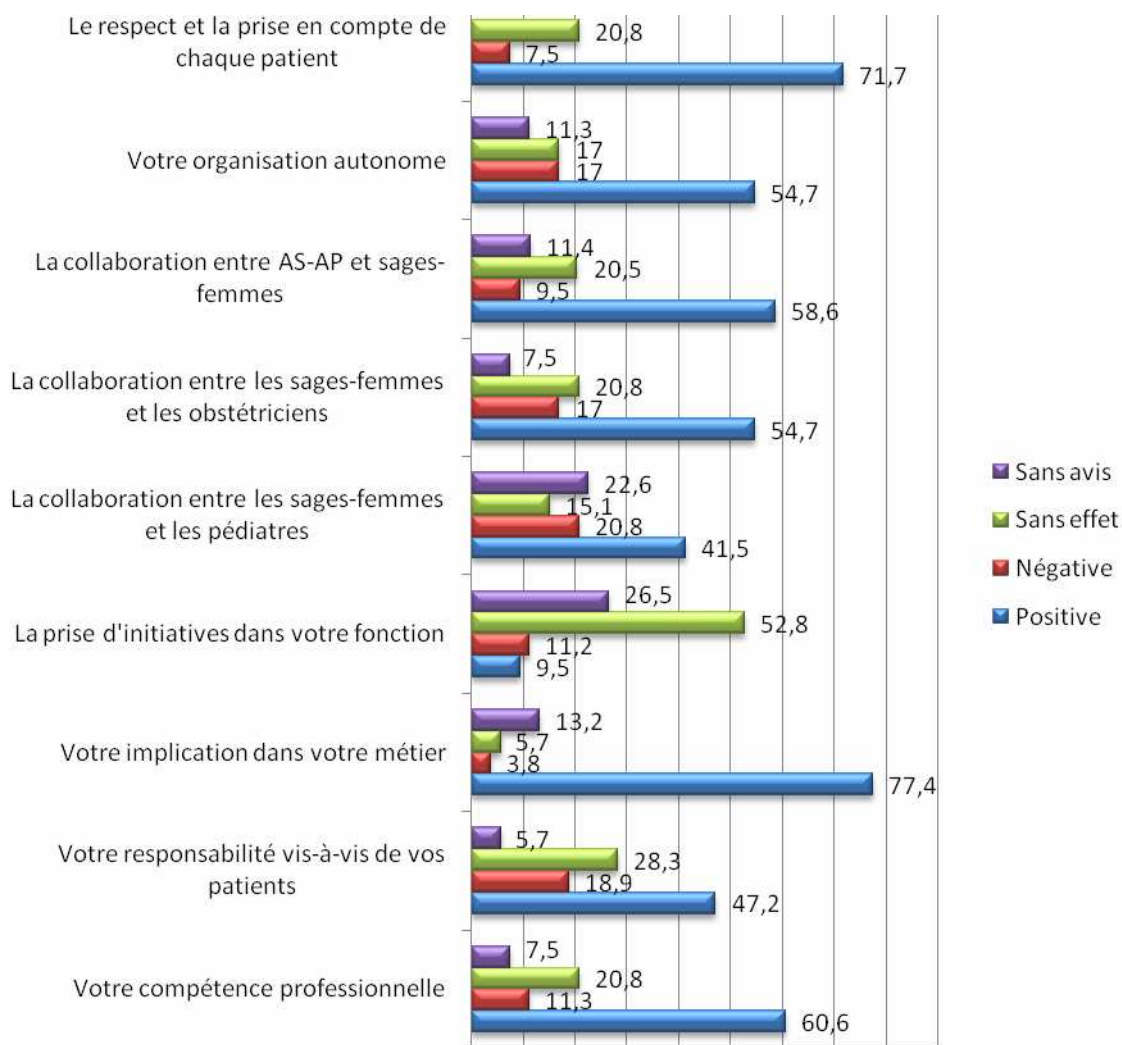


Figure 20 : Influence de ces changements sur le travail des professionnels

Parmi tous les professionnels ayant participé à cette enquête, 79,2% d'entre eux estiment important l'impact de ces changements sur les pratiques jusque là en place.

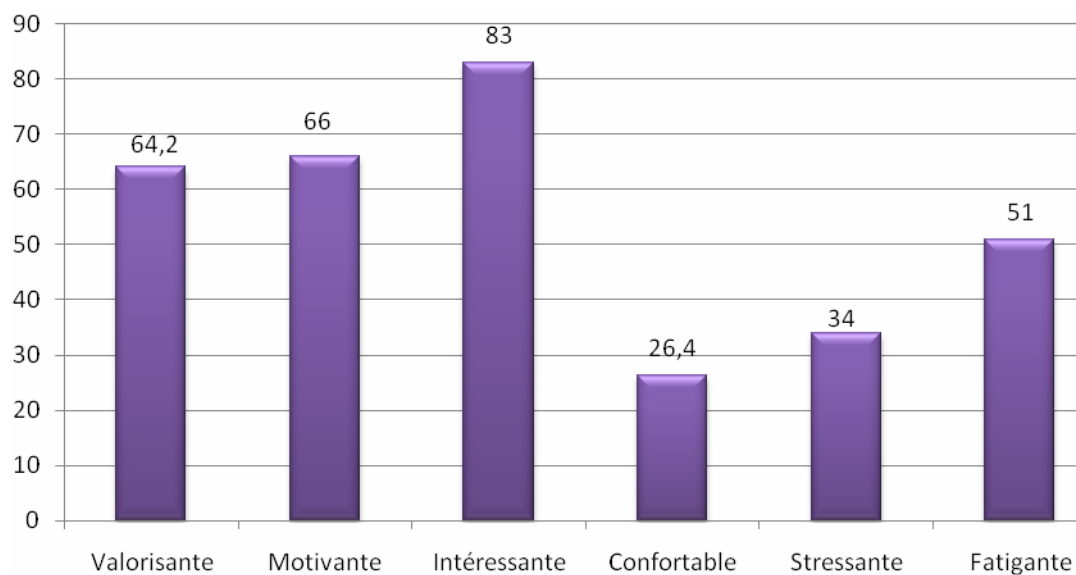


Figure 21 : Qualification de la nouvelle organisation par les professionnels

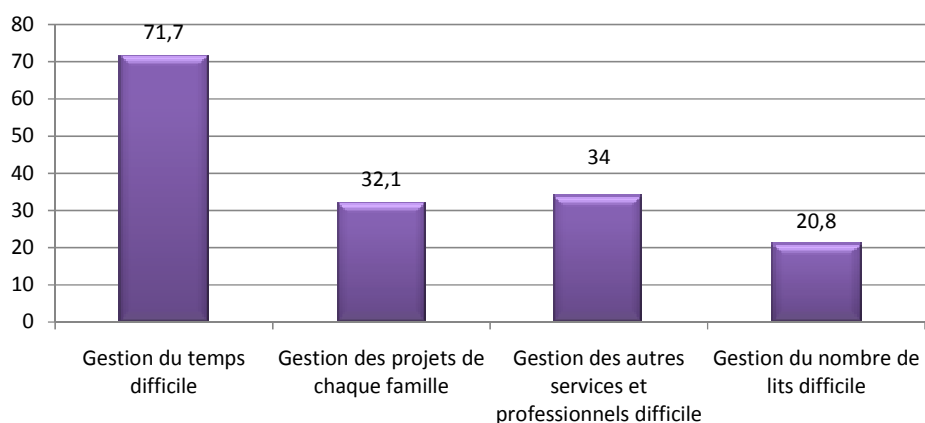


Figure 22 : Impact de la nouvelle organisation sur la gestion du temps, des projets de chaque famille, des autres services/professionnels et du nombre de lits

« Autre(s) point(s) à améliorer non mentionné(s) »:

- « Les transmissions SF/AS-AP » : 7,4%
- « Réintroduire les puéricultrices » : 5,6%
- « Le travail en binôme tous les jours et non pas ponctuellement » : 1,9%
- « La valorisation du statut des AS-AP » : 1,9%
- « Moins de patientes par AS-AP » : 1,9%
- « La collaboration entre les équipes de SF/AS-AP » : 1,9%
- « Les visites du pédiatre » : 1,9%

- « Homogénéiser le travail des AS-AP le matin et l'après-midi » : 1,9%
- « Une formation de tous les professionnels sur l'allaitement maternel » : 1,9%
- « La rédaction de protocoles en cas d'allaitement maternel difficile » : 1,9%
- « Plus de matériel à disposition (ex : coussins d'allaitement) » : 1,9%
- « Une salle de réunion « maman-professionnel » » : 1,9%

Réponses aux questions ouvertes :

« D'après vous, quels sont les éléments freinant la prise en charge globale des couples mère/enfant (matériel, agencement des locaux, nombre de professionnels...) ? »

- Le nombre de professionnels (en sous effectif par rapport à l'activité surtout le week-end) : 57,4%.
- Les tâches affectées aux AS-AP autres que la prise en charge de la mère et de son enfant telles que hôtellerie, le brancardage...(d'autant plus quand le service est complet): 22,2%.
- Problème de temps car la charge de travail est trop importante pour les professionnels. Le binôme SF/AS-AP difficile dans ces conditions : 20,4%.
- « La formation et l'expérience des puéricultrices ne sont pas retrouvées » : 5,6%.
- Difficultés d'investissement de la nouvelle organisation par certains professionnels: 3,7%.
- Les horaires décalés : 3,7%.
- Le turn-over du personnel : 1,9%
- Des problèmes d'organisations notamment avec les visites des pédiatres : 1,9%.

Quelques témoignages :

« La prise en charge globale est positive lorsque nous sommes en effectif normal. Le matin l'effectif est insuffisant pour faire correctement notre travail »

« Le nombre de professionnels ! Avoir quinze couples mère-enfant n'est pas gérable : mauvais suivi du couple, risques d'oubli, de fautes de professionnels... »

« Pas assez de personnels présents pour s'occuper exclusivement du couple mère-enfant »

« Il y a un meilleur suivi des couples mais nous manquons de temps pour approfondir la relation mère-enfant. Pas beaucoup de temps d'écoute, d'accompagnement, d'observations... »

« Pourquoi supprimer les puéricultrices alors que la tendance est d'en introduire dans les maternités ou il n'y en a pas ? (pourquoi sinon un motif financier ? »

« Il manque des réunions de sortie autrefois faites par les puéricultrices ».

« D'après vous, quels sont les éléments positifs dans l'organisation de ce service? »

- La nouvelle prise en charge des couples mères-enfants en binôme (prise en charge plus intéressante par rapport à l'organisation traditionnelle) : 31,5%
- Moins d'intervenants auprès des couples mère-enfant : 22,2%
- Une meilleure connaissance des couples (donc une meilleure prise en charge) : 13%
- Moins de discours différents entre les professionnels : 7,4%
- Plus sécurisante pour les patientes : 5,6%
- Une meilleure collaboration et des meilleures relations entre les équipes SF/AS-AP : 5,6%
- L'association des sages-femmes à la prise en charge de l'enfant (avec un rôle plus important de la sage femme) : 3,7%
- Les mêmes intervenants auprès des couples mère-enfant : 3,7%
- Les rapports privilégiés avec le couple et l'enfant : 1,9%

Quelques témoignages :

« La prise en charge et l'approche de la femme et de son bébé par un minimum de personnel par rapport à avant (deux personnes au lieu de trois ou quatre avant) ».

« Avec le binôme SF/AS-AP, il y a plus d'échanges vis-à-vis des méthodes et techniques adoptées en fonction des situations rencontrées ».

« Le travail en binôme, quand il est respecté, est intéressant ».

IV. DISCUSSION DES RESULTATS

1. Critique de l'étude

Les objectifs de l'étude monocentrique réalisée sont de savoir si les couples sont satisfaits de la mise en place de la prise en charge globale et donc de la qualité des soins durant la période du post-partum au CHM. Il en découle les conséquences de cette prise en charge sur le personnel. Nous pouvons souligner que les personnes ayant participées à l'étude l'ont fait sur la base du volontariat ce qui nous a permis d'obtenir une population relativement homogène.

Sur 250 questionnaires distribués, 151 patientes les ont rendus. Ce résultat peut s'expliquer par la surcharge de travail dans les unités de suites de couches des sages-femmes et donc par le manque de temps pour expliquer aux couples les objectifs de cette étude. Néanmoins, l'effectif obtenu de patientes reste tout à fait satisfaisant et permet d'obtenir des résultats significatifs. De plus, la majorité des femmes ayant répondu au questionnaire sont multipares. Par conséquent, on peut supposer que certaines d'entre elles ont déjà vécu antérieurement un séjour post-natal dans le cadre d'une organisation traditionnelle permettant ainsi la comparaison. De cette manière, elles pourront répondre aux questions avec leur expérience sur l'accompagnement proposé actuellement et dégager leurs besoins et leurs attentes durant le séjour.

Par ailleurs, le choix d'une enquête par questionnaire présente un intérêt non négligeable. En effet, cette même méthodologie pourra être réutilisée lors d'une évaluation ultérieure avec quelques aménagements afin de pouvoir suivre les évolutions de la satisfaction des professionnels et des couples avec les mêmes approches. L'avantage des questionnaires par rapport à une enquête par entretien est d'obtenir une population suffisante et de réaliser une enquête quantitative.

Nous avons reçu beaucoup de questions sans réponse ou avec une réponse intermédiaire que ce soit pour les couples ou les professionnels. Ceci peut signifier que certaines de nos questions n'étaient pas suffisamment compréhensibles. Des questions plus simples et courtes pour les deux questionnaires auraient donc été un choix plus judicieux.

Nous tenons également à préciser que pour ce sujet nous avons rencontré des difficultés à trouver des études en lien avec notre sujet et récentes. Nous avons donc retenu deux études que nous allons comparer avec notre travail.

En 2003, E. Audienne [34] a effectué une étude au Centre Hospitalier du Belvédère à Mont Saint Aignan (76) sur « comment optimiser le séjour de couple mère-enfant ? ». L'objectif de cette étude était d'évaluer les besoins, les difficultés et les relations des couples avec les soignants et notamment les sages-femmes. Il a également permis de

rendre compte de la satisfaction des usagers sur le mode de fonctionnement du Centre Hospitalier du Belvédère. La méthodologie du questionnaire a également été retenue dans le cadre de cette enquête qui a inclus 85 patientes. Le taux de participation est de 60,4%.

En 2007, C. Duret Plesse [35] a réalisé une étude au CHU de Rennes sur « La prise en charge globale- Pertinence et validité d'une démarche au CHU de Rennes ». Le but de cette étude était d'étendre la dynamique de fonctionnement, à savoir la prise en charge globale, à l'ensemble des unités de la maternité, salles de naissances et hospitalisation des grossesses à haut risques notamment. La méthodologie du questionnaire a, une fois de plus, été retenue pour cette enquête. La population concernée était toutes les femmes qui avaient accouchées sauf celles dont l'enfant était hospitalisé en pédiatrie dans une période de deux semaines définie. Cette enquête a donc inclus 112 patientes. Les professionnels ont été également concernés et la distribution a eu lieu sur la même période que celle des patientes. Les professionnels ayant participé à l'étude étaient au nombre 47 (23 auxiliaires mère-enfant et 24 sages-femmes). Ainsi, nous obtenons un taux de participation de 81,5%.

2. Profil socio-économique des couples

La moyenne d'âge des femmes ayant répondu au questionnaire est de 29 ans (à +/- 4,7 ans). Cette moyenne d'âge est retrouvée dans les deux études puisqu'elle est de 30,4ans pour la première [34] et de 30 ans pour la seconde [35]. Elle correspond également à la moyenne d'âge de l'enquête périnatale de 2003[36]. Ainsi, la population de patiente ayant participé à cette étude reflète bien la moyenne d'âge des femmes qui accouchent dans la population générale.

Si nous nous référons à l'étude de 2003[34], nous retrouvons la même répartition des femmes dans les catégories socio-professionnelles. La profession « employée » étant la plus représentée que ce soit chez les mères ou les pères (47,7% chacun). Les conjoints n'ont pas été étudiés dans cette enquête.

La catégorie socio-professionnelle est un indice important que nous pouvons relier au niveau d'étude des patientes. En effet, en ce qui nous concerne, la majorité des femmes a un niveau d'enseignement supérieur au baccalauréat (59,6%). L'enquête périnatale de 2003[36] rejoint nos résultats.

La majorité (92,1%) des femmes de notre enquête vit en couple (mariée ou simplement en couple confondues) contre une part de 7,9% qui vit seule. Nous pouvons corrélérer ce résultat à l'enquête périnatale de 2003 [36] dans laquelle la majorité des femmes (92,7%) vivait également en couple.

3. Profil obstétrical

La parité joue un facteur essentiel dans le déroulement de la prise en charge de l'enfant

dans la période du post-partum. Pour 45,7%, il s'agissait d'un premier accouchement contre 54,3% des femmes qui avaient déjà au moins un enfant. Dans l'étude de 2003[34], 68% des femmes étaient également des multipares. Dans l'étude de 2007[35], la majorité des femmes était aussi multipares à 61,6%/. Notre population correspond à la population générale de multipares représentée par l'enquête périnatale [36] qui est de 56,7%.

Pour la majorité des patientes (98,7%), il s'agissait d'une grossesse simple. Ces données rejoignent celles de l'enquête périnatale [36].

La majorité des patientes (83,4%) ont eu une grossesse qui s'est déroulée physiologiquement contre 16,6% qui ont développé une pathologie au cours de la grossesse. L'enquête périnatale [36] est proche de cette donnée avec 18,3% des femmes qui ont nécessité une hospitalisation au cours de la grossesse.

Cinquante sept pour cent (56,9%) des patientes ont suivi une préparation à l'accouchement ce qui met en évidence que la majorité des femmes a investi sa grossesse. La préparation est le premier endroit où les femmes peuvent parler de leur grossesse. C'est un moment privilégié au cours duquel la sage-femme sensibilise les futures mamans sur le lien affectif qui se crée. Elle repère, parfois, des couples ou des mères en difficulté dans la relation avec leur futur enfant. Si nous reprenons l'étude de 2003[34], 49,4% des femmes avaient suivi un cours de préparation à l'accouchement. L'enquête périnatale de 2003[36] est légèrement inférieure à 43,2%. Les chiffres sont moindres que le notre, néanmoins, cela peut s'expliquer par une augmentation de l'investissement des femmes de leur grossesse qui va dans le sens de l'émergence du concept de la parentalité depuis ces dernières années.

Dans notre population, 80,1% des femmes ont accouché par voie basse, 11,9% par une césarienne et 5,3% par extraction instrumentale (0,7% non mentionné). Concernant la césarienne et l'extraction instrumentale, nos chiffres sont nettement inférieurs à ceux de l'enquête périnatale [36] à savoir 20,2% de césarienne et 11,1% d'extraction instrumentale. Ceci s'explique par nos critères d'exclusions de l'étude concernant les femmes dont l'enfant était hospitalisé en néonatalogie.

La majorité des enfants de notre enquête (98%) sont nés à terme, c'est-à-dire entre 37 et 41SA contre 85,4% pour l'enquête périnatale de 2003[36]. Ces résultats sont en liens avec nos critères d'exclusion de l'étude.

Concernant l'accueil des femmes dans le service ainsi que dans leur chambre, la majorité (respectivement 94,7% et 96%) est satisfaite (critères très satisfaits et satisfaits confondus) contre 0,7% et 3,3% de femmes peu satisfaites de leur accueil (aucune femme n'a pas été du tout satisfaite de son accueil).

4. L'allaitement

Parmi les femmes participant à notre enquête, 53% d'entre elles allaitent leur enfant soit plus que la moitié avec 3,75% d'arrêt pendant le séjour. Le taux est identique au Centre Hospitalier du Belvédère [34]. En France, d'après l'enquête périnatale de 2003[36], nous retrouvons également ce même taux à 56,3%.

Concernant l'allaitement maternel, une patiente sur deux considère que les conseils concernant l'allaitement maternel sont suffisants (51,7%), clairs (49,7%), répondant à leurs demandes (50,3%), peu répétitifs (17,2%). En revanche, seulement 18,5% d'entre elles pensent qu'ils sont dispensés au bon moment. Pour 39,7%, ces conseils sont différents selon les professionnels mais complémentaires contre 12,6% des femmes qui pensent qu'ils sont différents et contradictoires. Selon l'enquête au CHU de Rennes [35], 93,8% des patientes considèrent que cet accompagnement favorise la réussite de leur allaitement. Compte tenu de ces données, nous pouvons considérer que nos résultats sur l'accompagnement à l'allaitement maternel sont décevants et peuvent être améliorés. A la mise en place de ce projet, théoriquement, toutes les AS-AP ont suivi une formation sur l'allaitement maternel. Cependant, 1,9% des professionnels souhaitent qu'une formation sur l'allaitement maternel commune soit réalisée ainsi que la rédaction d'un protocole de service en cas d'allaitement maternel difficile. Nous pouvons supposer que cela signifie que certains professionnels ne se sentent pas à l'aise dans ce domaine. En effet, 26,4% des professionnels jugent qu'ils ne se sentent pas à l'aise dans leurs nouvelles fonctions.

Par ailleurs, une question peut émerger de ces observations concernant le nombre de professionnels qui semble insuffisant. Cet aspect est souligné par 3,3% des patientes et 57,4% des professionnels (en particulier le week-end). Il nous paraît essentiel de préciser qu'au CHM, il n'y a pas de répartition des femmes dans les unités de suites de couches c'est-à-dire que les suites d'accouchements pathologiques sont dans les mêmes unités que les suites d'accouchements physiologiques afin d'équilibrer le travail des sages-femmes entre les différents secteurs.

Concernant les conseils délivrés sur les biberons, nous notons les mêmes insuffisances.

En revanche, les conseils dispensés sur les soins sont suffisants pour 95,4% des patientes, clairs pour 96%, répondants à leurs demandes pour 92,7%, dispensés au bon moment pour 91,4% et contradictoires pour seulement 16,6%. Ceci témoigne d'un bon investissement des professionnels auprès des couples. Dans son enquête, C. Duret Plesse [35] constate que les patientes sont globalement satisfaites des conseils délivrés au cours du séjour à 68%.

Les patientes jugent tout de même l'intervention des professionnels de manière positive (97,7%), rassurante (91,4%), respectueuse de l'organisation de la nouvelle famille (82,8%),

réactive aux demandes (89,4%) et aidante pour le rôle de parents (82,2%).

De tels chiffres témoignent d'une capacité des professionnels à donner des conseils et à s'adapter. Nous pouvons donc espérer, qu'à court terme, ces résultats s'appliquent aussi à l'allaitement en général. Selon 38,4% des femmes, le personnel dispose d'une grande disponibilité pour donner des conseils, répondre aux questions et aux demandes, pour accompagner et soutenir.

5. Les attentes de couples

Il semblerait que les sujets majoritairement abordés, au cours du séjour, sont la santé du bébé (92,7%), la contraception (86,1%) et la santé de la mère (84,1%). D'autres sujets sont moyennement abordés tels que l'alimentation du nouveau-né au retour à domicile (66,9%), les relations mère-enfant (60,3%) le sommeil (58,9%) ou encore la croissance du nouveau-né (49,7%) ainsi que la sexualité (41,6%). Les sujets les moins abordés sont l'état psychologique (36,4%) et l'alimentation (29,1%) de la femme, le matériel nécessaire pour le nouveau-né (27,8%), ses relations avec ses autres enfants (16,6%) et son conjoint (12,6%) ainsi que le développement psychomoteur du nouveau-né (12,6%). Nous pouvons constater qu'il y a des sujets peu abordés malgré le fait qu'ils soient essentiels pour la santé physique et psychique de la mère et de l'enfant. En effet, ils sont indispensables pour favoriser le lien mère-enfant. Nous remarquons que l'aspect médical est, la plupart du temps, abordé mais très peu l'aspect psychologique. Ceci peut s'expliquer par nos formations initiales qui mettent plus l'accent sur la santé physique que sur la santé morale. Le champ médical reste plus concret que le champ psychique. Les sages-femmes se préoccupant de la santé psychique sont certainement minoritaires et il appartient à chaque professionnel de l'aborder au cours du séjour. Ainsi, nous pouvons dégager trois types d'attentes des couples. Tout d'abord, les attentes purement médicales et techniques qui correspondent plutôt aux besoins organiques et à un besoin de sécurité car le patient attend des réponses sur sa maladie. Dans notre enquête, les patientes donnent plutôt une grande satisfaction aux informations qu'elles ont reçues concernant leur santé physique et celle de leur bébé. A côté de cela, se dégagent les attentes d'ordre psychosocial. Elles correspondent plutôt aux demandes d'informations, de relations rassurantes avec leur nouvel environnement. La priorité médicale, la brièveté des séjours et la surcharge de travail dans les unités ne laissent pas toujours le temps nécessaire à ce type d'informations. Ainsi, l'insatisfaction des couples est parfois mise en avant pour les besoins psychosociologiques. Pour illustrer cette réflexion, nous citerons un passage du livre blanc de l'observatoire régional des usagers en périnatalité de Bourgogne, « bébé en vue » :

« Pourvus de techniques de plus en plus sophistiquées à destination des cas pathologiques, les professionnels ont eu tendance à étendre les applications à l'ensemble des grossesses et accouchements normaux transformant ceux-ci en évènements

médicaux[...]les parents se trouvent en quelque sorte dépossédés de toute compétence à l'égard de ce qui se joue pendant[...]l'accouchement et les premiers jours de leur enfant » [37].

Ainsi, nous pouvons comprendre que ces attentes demandent du temps et de la disponibilité. Le témoignage de cette professionnelle reprend cette idée : « *Il y a un meilleur suivi des couples mais nous manquons de temps pour approfondir la relation mère-enfant. Pas beaucoup de temps d'écoute, d'accompagnement, d'observation...* ». Il pourrait donc être judicieux d'organiser des réunions au cours du séjour afin d'aborder les informations générales, communes pour toutes les patientes telles que l'alimentation, les soins, le sommeil, les pleurs... Ainsi, les informations plus personnelles seraient abordées individuellement dans la chambre. Ceci ne signifie pas, bien entendu, que l'on abandonnerait le suivi individualisé de chaque couple mère-enfant. Au contraire, le fait d'aborder des points dits « généraux » lors de ces réunions permettrait de prendre plus de temps individuellement dans les chambres avec chaque patiente et de personnaliser la prise en charge de chacune. Seulement 35% des patientes sont demandeuses de telles réunions. Parmi les sujets qu'elles souhaiteraient aborder, nous pouvons relever les conseils pour la préparation à la sortie pour 62,3%, sur l'allaitement (conseils et problèmes que l'on peut rencontrer) pour 30,2%, la préparation de la famille à l'arrivée du bébé dans les relations familiales (fratrie, père...) pour 11,3%, les massages et le portage pour 5,7% et le baby-blues pour 3,8%. A travers la demande d'ateliers massage ou portage, nous constatons que les femmes sont demandeuses de se rapprocher de leur enfant par le contact, le toucher afin d'apprendre à se découvrir un maximum pendant le séjour ce qui facilite la mise en place des interactions précoces. Des ateliers massages quotidiens ont été récemment mis en place au CHM, en début d'après-midi pendant une heure avec un maximum de quatre couples mère-enfant. Ils sont assurés par une AS-AP formée.

Le fait d'aborder les processus psychiques de la grossesse est également une demande des femmes. La dépression du post-partum touche 10% d'entre elles et c'est un sujet « *phare* » dans les magazines féminins. Très souvent, les sages-femmes orientent les psychologues vers des femmes qu'elles ressentent comme fragiles dans la période du post-partum. Or, certaines femmes échappent au dépistage et n'osent pas parler de leurs troubles de peur d'être « *une mauvaise mère* ». Ainsi, elles rentrent chez elle avec cette fragilité pouvant avoir des répercussions importantes. En mon sens, il serait essentiel que les psychologues soient plus souvent proposées aux accouchées voire mêmes que ces derniers se présentent de manière systématique à toutes les femmes hospitalisées dans le service afin d'éviter des omissions hasardeuses de femmes ayant besoin d'une aide.

Enfin, le troisième type d'attente relève plutôt de l'ordre matériel et intellectuel. En effet, elles correspondent plus à un désir de valorisation de l'estime de soi c'est-à-dire que

les couples désirent demeurer acteurs des décisions et des initiatives prises dans leur nouveau contexte. Cette estime de soi est essentielle car elle constitue un socle psychologique à partir duquel la mère va pouvoir aborder avec assurance et confiance la relation avec son enfant et intégrer peu à peu son nouveau statut de mère. Le témoignage de madame X retranscrit cette idée: « *Les parents restent décisionnaires des directives qu'ils souhaitent pour leur bébé, on ne nous impose pas les choses !* ». Soixante neuf pour cent (68,9%) estiment que le déroulement de leur séjour au CHM les a préparées au retour à domicile avec leur conjoint. Néanmoins, une patiente sur deux estime que le séjour a préparé son retour à domicile avec ses premiers enfants (44,4%) ou avec son entourage en général (45,7%). De tels résultats peuvent être corrélés avec le fait que certains sujets ne sont pas abordés par tous les professionnels au cours du séjour.

Malgré cette observation, 91,4% des femmes ont jugé que leur séjour à la maternité du CHM a été positif avec une durée d'hospitalisation convenable pour 77,5% d'entre elles. Deux pour cent (2%) des patientes considèrent que la durée d'hospitalisation est trop courte contre 13,2% considérant le séjour trop long. L'évolution des attentes des familles fait que la demande de retour précoce à domicile après accouchement peut, selon les milieux, être une nécessité, une option ou un souhait. La France n'échappe pas à ces tendances. En effet, les débats actuels sur la périnatalité et les modalités de prise en charge sont le reflet des interrogations des professionnels et des usagers concernant le retour précoce à domicile après accouchement. Si l'on se réfère aux recommandations de l'ANAES [28], la sortie précoce ne s'adresse a priori qu'aux couples mère-enfant à bas risque médical, social et psychologique. Dans ce cas, les cours de préparation à la naissance sont indispensables car ils vont constituer un processus d'apprentissage adapté, visant à soutenir les compétences parentales. Ils sont donc précieux dans l'optique du retour précoce à domicile après accouchement. Cependant, le suivi médical, psychologique et social doit être assuré dès le retour à domicile par une organisation compétente et fiable qui doit s'adapter aux réalités familiales et sociales. L'entretien, effectué par les sages-femmes en consultation prénatale, s'inscrit également dans cette optique. En effet, il s'agit d'un premier contact à partir duquel les souhaits de la patiente et les informations relatives à ses éventuelles difficultés serviront de base à une prise en charge globale satisfaisante. L'organisation des consultations prénatales apparaît donc indispensable à la cohérence de cette prise en charge qui consiste en un suivi personnalisé du couple par la sage-femme tout au long de la période prénatale. Ainsi, cette même professionnelle à la responsabilité de relayer les informations recueillies aux équipes qui auront en charge la suite de la grossesse. Un sentiment de confiance et de sécurité émotionnelle est alors créé chez le couple. Le retour précoce à domicile est donc une possibilité à considérer. Cependant, le réseau extrahospitalier sarthois représenté par les sages-femmes libérales et la PMI, est peu développé. En effet, leur répartition est inégale sur le département ce qui a pour

conséquence que certaines zones ne sont pas desservies par ces services tandis que certaines régions en sont surpeuplés. Ainsi, la Sarthe ne peut prétendre recourir aux sorties précoces à domicile actuellement de par cette inégalité, des problèmes d'organisation se poseraient. Cependant, nous pouvons espérer que cette possibilité constitue une ouverture pour l'avenir car elle s'inscrit dans la dynamique de la parentalité. Le CHM a une réelle volonté de s'affirmer dans le réseau périnatal sarthois et le projet de prise en charge globale n'aura de véritable portée que si les relais extrahospitaliers sont travaillés, c'est-à-dire développés. Par ailleurs, l'allaitement maternel constitue une cible de la PMI sarthoise puisque des liaisons avec cette dernière sont réalisées au CHM avec les femmes sortantes qui allaitent grâce à des fiches de liaison. Les AS-AP remplissent une fiche pour chaque femme qui allaite son enfant au sein et régulièrement une puéricultrice de la PMI vient relever ces fiches et les transmet à la PMI du secteur géographique de chaque patiente. Ainsi, toute femme allaitante aura la visite d'une personne représentante de la PMI à son domicile afin qu'elle se sente accompagnée dans son allaitement. Globalement, un enfant sur deux est nourri au sein à la naissance (55%) en France et ces liaisons ont pour but de soutenir et d'accompagner les mères dans cette démarche.

6. Le binôme SF/AS-AP

6.1 D'un point de vue des couples

Globalement, la majorité des couples, à savoir 96% d'entre eux, a été satisfaite de l'intervention du duo sage-femme/AS-AP pour répondre à leurs attentes et les accompagner pendant le séjour. En effet, la satisfaction s'exprime largement lorsque nous retranscrivons certains témoignages de patientes tels que : « *L'aspect humain avec l'ensemble des différents corps de métier malgré tout le travail. Beaucoup d'écoute de votre part, on se sent à l'aise tout de suite, c'est top !* », ou encore : « *Excellent accueil et écoute, grande disponibilité, qualités humaines !* », « *Pour ma part beaucoup de points positifs, c'est un très bon service. Je n'ai rien à reprocher. J'ai bien été encadrée du début jusqu'à la fin* », « *Rien à redire ! J'ai été agréablement surprise. Je m'attendais à un accueil plus impersonnel, une « usine à bébé » mais c'est tout le contraire. Un très bon souvenir !* ».

Ainsi, l'étude réalisée auprès des couples corrobore le fait que les attentes et les besoins des patientes sont pris en compte pour leur prise en charge, les relations avec leur bébé, leurs proches ainsi que pour les informations qu'elles reçoivent. Une large satisfaction des couples est exprimée malgré que certains points restent à améliorer.

6.2 D'un point de vue des professionnels

En ce qui concerne les professionnels, nous pouvons noter que les différents corps de métiers sont représentés à savoir 15 AP, 7 AS, 26 SF, 4 pédiatres et 1 psychologue. Nous

avons donc un échantillon homogène. Leurs opinions sont importantes et sont à prendre à compte comme le souhaite le mouvement d'accréditation des établissements de santé. En effet, la HAS recommande que : « *La mesure et la satisfaction des professionnels [...] doit être évaluée et prise en compte* » [38].

L'ancienneté d'exercice des professionnels ayant répondu au questionnaire va de 1 mois à 34 ans avec une majorité de personnes (45,3%) ayant plus de 10 ans d'expertise. Ce chiffre est intéressant car nous pouvons supposer qu'ils ont connu une organisation sectorisée classique ce qui leur fait un point de comparaison. De plus, l'expérience des agents concernés apporte une crédibilité à leurs réponses. Par ailleurs, 41,5% d'entre eux ont moins de 5 années d'expérience. Nous pouvons supposer que cette donnée est due au fait que le CHM a procédé à une vague de recrutement, suite à la mise en place de cette nouvelle politique, et de nombreux jeunes diplômés ont été embauchés. Douze pour cent (11,3%) des professionnels ont une ancienneté entre 5 et 10 ans. La moyenne d'ancienneté des professionnelles est donc de 13,7 ans. C. Duret Plesse, dans son enquête [35], a obtenu un résultat proche du notre puisque la moyenne d'ancienneté des professionnels était de 9 ans.

D'un point de vue des soignants, les changements induits par la nouvelle organisation ont pour 52,8% d'entre eux facilité leur rôle contre 37,7% estimant qu'ils ont plutôt compliqué leur rôle. Quant à 7,5% d'entre eux, ils pensent que ces changements n'ont pas eu d'effet sur leur rôle. Dans l'étude au CHU de Rennes [35], Les résultats obtenus sont plus encourageants car selon l'enquête, 63,8% des professionnels ont ressenti leur rôle facilité, 10,6% ont pensé qu'ils n'avaient pas d'effet et seulement 2,1% ont estimé que leur rôle s'était compliqué. Cette différence est notable car nous pouvons supposer qu'elle reflète l'état d'esprit des professionnels de manière générale quant à la nouvelle politique de prise en charge. Ce ressenti a été relevé par 3,7% de professionnels qui ont mentionné que certains de leurs collègues ont des difficultés d'investissement dans la nouvelle organisation.

Néanmoins, les professionnels estiment que les changements ont eu des effets plutôt positifs sur les couples malgré un avis que l'on peut qualifier de modéré quant aux impacts de la nouvelle organisation. En effet, 52,8% jugent que la nouvelle organisation a favorisé un sentiment de sécurité chez les couples et de proximité pour 56,6%. Quarante cinq pour cent (45,3%) pensent qu'elle a favorisé le rôle de ces nouveaux parents et 64,2% estiment qu'elle a satisfait les parents. Ces résultats sont tout à fait acceptables mais si nous les comparons à ceux de C. Duret Plesse [35], ils sont moindres. En effet, les professionnels envisagent les changements de manière plus positive auprès des couples dans son enquête puisque 70,2% pensent qu'ils ont favorisé un sentiment de sécurité, 91,5% un sentiment de proximité, 87,2% estiment qu'ils ont facilité le rôle de ces nouveaux parents et 95,7%

jugent qu'ils ont satisfait les couples. Ces différences non négligeables peuvent, une fois de plus, refléter le ressenti des professionnels quant à ces changements.

La nouvelle politique de prise en charge du CHM a bouleversé les mentalités et les pratiques ancrées dans les esprits. La majorité des professionnels, soit 79,2%, estiment important l'impact des changements sur les pratiques jusque là en place. L'organisation interne du service s'est vue modifiée tout comme la coordination entre les différents rôles de professionnels. Par conséquent, certains soignants ont eu l'impression d'être rétrogradé dans leur statut, étant selon eux « *rabaisé à un niveau inférieur* » (tel que faire la réfection des lits, la vaisselle, le ménage...). De cette manière, nous pouvons comprendre que les changements réalisés n'ont pas bien été acceptés notamment par les AS-AP car le sentiment émanant est un sentiment de dévalorisation. Deux pour cent (1,9%) des professionnels estiment qu'il faudrait revaloriser le statut des AS-AP.

Le fonctionnement du binôme SF/AS-AP est, pour 77,4% des professionnels, apprécié du couple mère-enfant et proche de ce dernier pour 71,7%. Un professionnel sur deux évalue le fonctionnement du binôme SF/AS-AP comme efficace (49,1%) et adapté aux demandes (49,1%). Ces données sont quelque peu décevantes étant donné que l'objectif principal de la prise en charge globale est d'accompagner les parents dans la parentalité en intégrant leurs demandes dans leur prise en charge. Or, selon les professionnels, ces objectifs sont atteints une fois sur deux. Ce point de vue peut venir du fait que les soignants se sentent submergés de travail. En effet, 57,4% d'entre eux, soit plus de la moitié, affirment qu'ils sont en sous-effectif par rapport à l'activité croissante du CHM. Ce problème est soulevé une fois de plus par 20,4% d'autres professionnels soulignant un problème de temps lié à une surcharge de travail trop importante mettant en péril la constitution du binôme SF/AS-AP. Cette idée est retrouvée dans quelques témoignages relevés : « *Pas assez de personnels présents pour s'occuper exclusivement du couple mère-enfant* », « *Le nombre de professionnels ! Avoir quinze couples mère-enfant n'est pas gérable : mauvais suivi du couple, risques d'oubli, de fautes de professionnels...* ». Actuellement, un binôme SF/AP a en charge théoriquement 7 à 8 couples mère-enfant. Cependant, le nombre de couples par binôme peut se voir augmenté lorsque le service est complet ou lorsqu'il y a des arrêts de travail par exemple. Dans l'ancienne organisation, les AP avaient pour habitude de réaliser tous les soins (bains, conseils sur les soins...) le matin et le reste de la journée était dédié aux conseils pour l'allaitement et pour les soins (changes, soins de l'ombilic...). Or, dans la nouvelle organisation, elles ont gardé à l'esprit cette même répartition des soins ce qui fait que certaines matinées peuvent être insurmontables en terme de quantité de travail. Accompagner, par exemple, huit mamans pour les bains de leurs enfants dans une matinée est difficile à concevoir. Ainsi, nous pouvons comprendre le témoignage de cette professionnelle : « *La prise en charge globale est positive lorsque nous sommes en effectif normal. Le matin l'effectif est insuffisant pour*

faire correctement notre travail ». En effet, le temps est un facteur indispensable à une prise en charge optimale des couples. Les femmes ont besoin de temps non seulement pour assimiler les « bons gestes » auprès de leur enfant mais également pour être écoutée et que l'on puisse répondre à leurs attentes. La majorité des professionnels (71,7%) pensent que la gestion du temps est difficile dans les services de suites de couches et que l'on accorde peu de temps aux couples. En effet, seulement 32,1% des professionnels estiment que la nouvelle organisation permet de gérer les projets de chaque famille ce qui est peu. Les AS-AP ont donc une matinée chargée ce qui explique que 2% des femmes les estiment peu disponibles et peu réactives aux sonnettes. Par ailleurs, il est important de noter que réaliser toutes les toilettes le matin fait que le rythme de chaque couple mère-enfant n'est pas forcément respecté. De plus, il est important d'avoir à l'esprit que l'AS-AP n'est pas la seule intervenante auprès des couples. En effet, à côté des soins du nouveau-né, les matinées des femmes sont souvent rythmées par le passage de l'aide hôtelière pour commander les menus, par la visite du pédiatre, de l'ASH et de la sage-femme si le binôme AS-AP n'a pu se faire. Ainsi, on dénombre au moins cinq passages dans une matinée et on comprend ainsi que les patientes ne peuvent se reposer. Nous retrouvons cette idée dans le témoignage de Madame Y : « *Chaque corps de métier passe à tour de rôle dans la chambre dès 7h30, de fait, pas de possibilités de se reposer entre les phases de repos de bébé. Est-il possible de coordonner leur venue ?* ». Madame Z s'accorde à ce sujet en suggérant : « [...] *un regroupement des professionnels de santé pour éviter qu'ils viennent à peu de temps d'intervalle [...]* ». Nous constatons donc qu'il y a une réelle demande des patientes de regrouper le passage de différents intervenants. En effet, 13,3% des patientes jugent qu'il y a trop de passage dans les chambres. Par ailleurs, il serait intéressant d'étaler les soins des nouveau-nés et des patientes sur l'ensemble de la journée. En effet, cela permettrait, d'une part, de respecter le rythme de chaque couple en réalisant les soins au moment le plus opportun de la journée et d'autre part, cela permettrait d'alléger le travail des AS-AP la matinée en le répartissant sur la journée. Deux pour cent (1,9%) des professionnels partagent cette idée d'homogénéiser le travail des binômes le matin et l'après-midi. Cependant, nous pouvons comprendre que les passages de certains intervenants ne peuvent être regroupés. Ainsi, il pourrait être judicieux de créer des écriteaux affichés aux portes indiquant que le couple mère-enfant dort afin de mieux respecter leur rythme, leur sommeil.

Ces données rejoignent celles obtenues sur l'environnement créé autour des familles au cours du séjour par la nouvelle organisation.

Il est important d'avoir à l'esprit que le terme de prise en charge globale sous entend une continuité de soins au cours du séjour. Ainsi, on peut imaginer que cette continuité puisse se faire en suites de couches en évitant un turn-over continu du personnel intervenant auprès des couples. A mon avis, il pourrait être judicieux que les AS-AP

adoptent la même amplitude horaire que celle des sages-femmes ce qui faciliterait la mise en place du binôme SF/AS-AP et cela limiterait aussi le nombre d'intervenants auprès des couples. Par conséquent, il y aurait moins de discours différents entre les professionnels. Parmi les soignants, 3,7% partagent cette idée. Le temps de transmissions serait également diminué. De cette manière, la prise en charge de chaque couple pourrait se voir optimisée et cela pourrait se répercuter sur les données concernant l'allaitement maternel. De plus, le fait que les AS-AP soient assignées à d'autres « tâches » (brancardage, nettoyage, hôtellerie...) que celle de s'occuper pleinement des couples mère-enfant est un frein à la prise en charge globale et 22,2% des professionnels rejoignent cette idée. Par ailleurs, leur nombre restreint durant les week-ends constitue un obstacle supplémentaire. Pour optimiser la prise en charge il faudrait donc qu'un même nombre de soignants soient présents aussi bien la semaine que le week-end et que d'autres professionnels soient assignés aux activités annexes des AS-AP (brancardage, nettoyage, hôtellerie...).

Il est important de souligner que la nouvelle prise en charge a eu un impact positif dans la vie professionnelle de 77,4% de soignants. Soixante douze pour cent (71,7%) estiment qu'elle a eu un effet positif sur le respect et la prise en compte de chaque patient ainsi que sur les compétences professionnelles de chacun (60,6%). La mise en place de cette organisation a eu également pour conséquence de créer des collaborations sans précédent au CHM. Ainsi, pour 58,6% des professionnelles, elle a renforcé la collaboration entre les AS-AP et les sages-femmes et donc la communication réciproque. Il y a quelques années, chacun était cadré à son travail et aucune communication ne se faisait. Cependant, pour 7,4% des professionnels, les transmissions entre SF/AS-AP devraient être améliorées contre 5,6% qui qualifient de « meilleure » la collaboration entre les sages-femmes et les AS-AP. Cinquante cinq pour cent (54,7%) jugent que l'organisation actuelle a eu un impact positif sur l'autonomie des soignants. Nous retrouvons ce même taux en ce qui concerne l'effet positif sur la collaboration entre les sages-femmes et les obstétriciens. Ces derniers interviennent peu dans le service de suites de couches et ne vont pas au contact des femmes, c'est pourquoi, ils n'ont pas été inclus dans notre enquête. Un professionnel sur deux (47,2) estime que l'organisation a eu un impact positif sur sa responsabilité vis-à-vis des patients. Concernant la collaboration entre les pédiatres et les sages-femmes, 41,5% estiment les effets de l'organisation comme positifs contre 20,8% les jugeant plutôt négatifs. Pour 15,1%, il n'y a pas eu d'effet. Avant la mise en place de cette organisation, il faut savoir que sages-femmes et pédiatres ne communiquaient pas. En effet, ces derniers étaient directement en lien avec les puéricultrices qui s'occupaient du suivi des nouveau-nés. La principale innovation de la nouvelle organisation a donc été que les sages-femmes soient intégrées au suivi du nouveau-né en collaboration avec les pédiatres. Quatre pour cent (3,7%) des professionnels rejoignent cet avis.

Quatre pédiatres ont participé à notre étude. Ils ont tous connus l'organisation

précédente, il est donc intéressant d'étudier leur ressenti. Si nous reprenons leurs réponses à la question ouverte : « *autre point à améliorer non mentionné* », il est intéressant de noter que trois pédiatres sur quatre souhaitent que les puéricultrices soient réintégrées car ils pensent que leur formation et leur expérience ne sont pas retrouvées auprès des sage-femmes. Si nous nous arrêtons un instant sur ce problème, nous pouvons mettre en évidence que l'organisation a subi un profond remaniement et gravite actuellement sur le couple mère-enfant en s'adaptant à ses besoins. Or, à côté de cela, l'organisation des pédiatres est restée inchangée comme s'ils avaient toujours une puéricultrice à leurs côtés pour les épauler dans les démarches administratives. Or, il n'y a plus de puéricultrice et la sage-femme est maintenant en charge de ce travail. Cependant, le travail de la sage-femme ne se limite pas à accompagner le pédiatre lors des visites contrairement aux puéricultrices. En effet, elle doit partager son temps entre les visites avec eux, les soins des mamans, les soins des nouveau-nés, la gestion informatique des femmes... Ainsi, le pédiatre peut se sentir délaissé ayant l'impression que le suivi du nouveau-né ne se déroule pas correctement et ils revendiquent le fait qu'il n'y ait plus de référent pour le suivi du nouveau-né. Or, la sage-femme sait s'occuper du suivi des nouveau-nés, cela fait partie de son champ de compétences. Il y a donc un écart entre l'organisation actuelle des pédiatres et celle du service d'où un mécontentement compréhensible des pédiatres. Deux pourcent (1,9%) des professionnels estiment qu'il y a des problèmes d'organisations avec les visites des pédiatres. Par ailleurs, les femmes ont une réelle demande d'explication de leur part dans le cadre des visites des nouveau-nés. En effet, 3,3% des femmes souhaitent plus d'informations et plus d'explications. Le témoignage de Madame A le confirme : « *Les pédiatres pourraient prendre plus de temps pour parler et expliquer ce qu'ils vérifient sur notre bébé* ». Celui de Madame B également : « *Pas vraiment d'échanges avec les pédiatres* ».

En tenant compte de ces données, il serait intéressant d'organiser une rencontre entre les pédiatres et les SF/AS-AP afin que chacun exprime son ressenti et ses attentes quant à cette nouvelle organisation, cela permettrait de poser les choses. En effet, 3,4% des professionnels estiment que la gestion des relations avec les autres professionnels et services est difficile.

En général, les changements sont tout de même perçus plutôt de manière optimiste puisque 64,2% des professionnels les qualifient de motivants, 66% de valorisants, 83% d'intéressants. Seulement 34% les qualifient de stressants.

Nous constatons donc qu'il est difficile pour une partie des agents concernés de valoriser la situation actuelle sans remettre en causes leurs pratiques antérieures. Par ailleurs, il n'est pas toujours aisé de se détacher des gestes, des habitudes du service. Les changements ont certainement provoqué des inquiétudes pour les professionnels. Chaque

individu réagit différemment aux changements suivant sa personnalité. Pour la plupart des professionnels interrogés, l'adaptation semble avoir été satisfaisante. La grande majorité des soignants a donc su appréhender les changements comme nécessaires et utiles pour les relations des familles accueillies. Cependant, 51% d'entre eux jugent cette nouvelle prise en charge comme fatigante mais comment interpréter cette fatigue ? S'agit-il d'une fatigue physique, psychique ou intellectuelle ? Emane-t-elle de l'attention accordée aux couples mère-enfant ? De la responsabilité des couples mère-enfant ? Les conditions de travail sont des éléments essentiels à prendre en compte. Une étude de 2003[39] confirme que dans les périodes de changement, les personnes concernées ressentent une plus grande fatigue dans la phase de transition qui succède à celle de l'abandon des pratiques antérieurement acquises. Ainsi, c'est en donnant du sens aux actions menées et en proposant des temps d'écoute que les changements prendront toute leur ampleur. Il serait bénéfique d'organiser des temps d'échange, de supervision des professionnels pour les guider, les valoriser et les conforter dans leur rôle d'accompagnement des couples mère-enfant. Ils pourront alors verbaliser leurs difficultés et leurs inquiétudes.

7. Autres propositions

Par ailleurs, un autre moyen de suivi peut être mis en place au sein du CHM : il s'agit de la consultation du post-partum six semaines après l'accouchement. Peu de femmes réussissent à obtenir ce rendez-vous au CHM faute de place disponible. Or, il serait intéressant que cette visite soit effectuée par l'équipe obstétricale qui a suivi la femme afin d'assurer une continuité dans la prise en charge. De plus, cela permettrait d'avoir un retour critique sur la prise en charge et ainsi de faire évoluer les professionnels. Les médecins ont des emplois du temps complets ne permettant pas ce genre de rendez-vous (sauf si la femme a pris son rendez-vous des mois à l'avance). Pourquoi ne pas créer au CHM des consultations de sages-femmes pour les visites post-natales de femmes dont la grossesse et l'accouchement se sont déroulés de manière physiologique? Cependant, ce projet reste irréalisable au CHM notamment d'un point de vue financier. Les sages-femmes libérales ont donc un rôle important dans ce domaine et ceci contribuera d'autant plus à développer le réseau extra hospitalier.

En tant que future sage-femme, l'organisation idéale, selon moi, serait que les besoins de chaque couple mère-enfant soient évalués en début de journée par le binôme SF/AS-AP et que la prise en charge du reste de la journée s'adaptent à leurs besoins. Les soins devraient être dispensés non pas en fonction d'un horaire qui arrange le service mais en fonction du moment le plus adapté pour les familles. Il n'y a aucune obligation de prodiguer tous les soins le matin. L'emploi du temps du binôme SF/AS-AP permet d'étaler l'ensemble des soins sur toute la journée, encore faut-il que le nombre de professionnel soit suffisant... Le mot « TEMPS » devient alors le maître mot. En effet, chaque professionnel

doit prendre le temps d'analyser, d'observer les couples afin d'en saisir les besoins. Il doit également prendre le temps de les écouter et de répondre à leurs besoins et leurs questions. C'est à partir des transmissions faites par l'équipe de nuit mais surtout dès la première rencontre avec les femmes que le binôme pourra identifier les besoins et les objectifs à définir pour chacune d'elles. La maman a-t-elle dormi convenablement ? Faut-il prioriser le repos de la patiente ? Faudra-t-il accompagner ce couple à chaque mise au sein ? Ainsi, le binôme s'adapte en fonction du contexte. Par ailleurs, il serait intéressant pour la dynamique familiale de conseiller aux parents de faire assister les aînés au bain du petit frère ou de la petite sœur. Par ailleurs, la durée du séjour de chaque couple mère enfant devrait être variable et évaluée par le binôme SF/AS-AP avec les patientes en fonction du contexte médical, familial et psychologique.

Conclusion

Depuis quelques années, le concept de parentalité s'est développé et s'est étendu, entre autre, au secteur périnatal. L'évolution législative a placé le patient au cœur du système de santé, il est donc devenu usager du système de soins. Ainsi, les attentes des couples ont évolué et une prise en charge médicale unique ne suffit plus. En effet, ils veulent être acteurs de leur parentalité et reconnus comme des individus responsables ayant des compétences parentales.

Cette étude nous permet donc de nous conforter dans l'idée que la prise en charge globale est un projet innovant mais surtout qui correspond aux attentes des parents dans lequel la majorité des professionnels semble motivée. Cette nouvelle politique de soins a généré des questionnements au sein de différentes maternités. En effet, beaucoup d'entre elles réfléchissent à une réorganisation de leurs services pour répondre, non seulement, aux nouvelles exigences législatives mais également aux attentes sociétales. Il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique dont les priorités sont peu à peu déterminées.

Certes, il y a encore du chemin à parcourir pour les professionnels du CHM pour que cette nouvelle conception entre dans les pratiques courantes. Cette réorganisation en profondeur du service n'a pu se faire qu'après un travail préparatoire relativement long d'accompagnement aux changements d'habitudes bien ancrées. Ces nouvelles modalités ont permis d'optimiser et de valoriser les compétences de chacun, tout en replaçant le couple mère-enfant au cœur de l'organisation. La sage-femme y trouve donc une place fondamentale et est au centre de ce nouveau concept. Néanmoins, certaines habitudes professionnelles antérieures sont toujours présentes mais nous pouvons espérer qu'elles s'effaceront pour laisser place exclusivement à la prise en charge globale. En tant que future sage-femme, il est important de se questionner sur nos pratiques et de les confronter aux demandes des parents afin d'améliorer notre prise en charge.

Le réseau périnatal sarthois se doit également d'évoluer pour s'aligner sur cette optique de prise en charge dans le cadre des sorties précoces à domicile après accouchement. En effet, *« les enfants d'aujourd'hui sont les adultes de demain. La naissance comme la mort sont des étapes capitales de la vie. La solidarité humaine ne peut être qualifiée de telle si la société d'une part dit aux femmes « Faites des enfants, la France en a besoin » et de l'autre ne leur propose que la médicalisation de pointe comme réponse à la solitude du monde moderne »* [40].

Bibliographie

- [1]. RACAMIER P-C. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. In : Evolution psychiatrique, volume 26. 1961, p 525-70.
- [2]. KNIBIEHLER Y. Maternité et parentalité. Paris : ENSP, 2004.
- [3]. DELECOURT D. La parentalité : essai de conceptualisation d'un terme à succès. In : Les Cahiers de l'Atelier, juin 2007, p 10.
- [4]. AUBERT-GODARD A. Dynamiques de la parentalité : les parents, la santé de l'enfant, les soignants : premier jour. Publications De L'université De Rouen Et Du Havre, 2001.
- [5]. HOUZEL D. Les enjeux de la parentalité. Paris : Erès, 1999.
- [6]. MARTIN C. La parentalité en question- Perspectives sociologiques. In : Le Rapport du Conseil de la population et de la Famille, 2003.
- [7]. PARENT C. Visages multiples de la parentalité. PU Québec : Problèmes sociaux & interventions, 2009.
- [8]. BARREYRE J-Y. Dictionnaire Critique de L'action Sociale. Bayard, 1995.
- [9]. MAUVAIS P. La parentalité accompagnée. Erès, 2004.
- [10]. DUGNAT M. Prévention précoce, parentalité et périnatalité. Erès, 2004.
- [11]. BOWLBY J. L'attachement : volume 1. In : Attachement et perte. Paris : PUF, 1994.
- [12]. WINICOTT D. Le bébé et sa mère. Paris : Payot, 1992.
- [13]. DOLTO F. Lorsque l'enfant paraît, tome 1. Paris : Seuil, 1997.
- [14]. République française. Charte du patient hospitalisée annexée à la circulaire ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.
- [15]. République Française. Charte de la personne hospitalisée annexée à la circulaire ministérielle n° DHOS/E1/DGS/SD4A/2006/20 du 2 mars 2006.
- [16]. République française. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant sur les réformes d'hospitalisation publique et privée et sur les droits des malades, Titre I, Article 1^{er} et Titre VIII, Article 42. JO n°98 du 25 avril 1996.
- [17]. Bilan des Etats Généraux de la santé de 1998-1999. [Consulté le 21.10.2010] disponible à partir de : URL : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/santePublique/SPub/BourdillonP1/POLY.chp3.html>

- [18]. République française. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et sur les droits de la personne : Titre II, Chapitre 1^{er}, Article 3, les responsabilités des usagers : Chapitre II, Article 11 et la participation des usagers au fonctionnement du système de santé : Chapitre III, Article 20. JO n°54 du 5 mars 2002.
- [19]. UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION. Charte Européenne de l'enfant hospitalisé. Pays- Bas, 1988.
- [20]. UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION. Charte Européenne de l'enfant hospitalisé : le cas particulier de la maternité et de la néonatalogie. Pays- Bas, 1988.
- [21]. HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE, La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité. Janvier 1994. [Consulté le 12.12.2010] disponible à partir de : URL : <http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/.../01.pdf>.
- [22]. HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE, Rapport général de la santé en France. Novembre 1994.
- [23]. République française. Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale. JO n°235 du 10 octobre 1998.
- [24]. République française. Décret n°98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale. JO n°235 du 10 octobre 1998.
- [25]. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Plan périnatalité 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité et qualité. Novembre 2004.
- [26]. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Recommandations professionnelles : préparation à la naissance et à la parentalité. Novembre 2005.
- [27]. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandation professionnelles. Mai 2004.
- [28]. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE. Sortie précoce après accouchement- conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Recommandations professionnelles. Mai 2004.
- [29]. COLLECTIF INTER ASSOCIATIF AUTOUR DE LA NAISSANCE. Qui sommes-nous ? [Consulté le 25.10.2010] disponible à partir de : URL : <http://www.ciane.info/>.

- [30]. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Evaluation des recommandations professionnelles. La pratique des sages-femmes : évaluation, développement et mobilisation des soins de qualité. Mai 1993.
- [31]. COLLECTIF ASSOCIATIF ET SYNDICAL DES SAGES-FEMMES ET LA CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. Octobre 2007.
- [32]. Chartre des droits de la parturiente. Juillet 1998. [Consulté le 25.10.2010] disponible à partir de : URL : <http://users.swing.be/carrefour.naissance/>.
- [33]. DUBOIS A. Suites de couches physiologiques. In : Entretiens de Bichat, septembre 2010, p 15-21.
- [34]. AUDIENNE A. Comment optimiser le séjour du couple mère-enfant ? Mémoire : Maïeutique : Université de Nantes, 2003.
- [35]. DURET PLESSE C. La prise en charge globale des couples mères-enfants en suites de couches- Pertinence et validité d'une démarche au CHU de Rennes. Mémoire Ecole de Cadre Sage-femme, Dijon, 2007.
- [36]. BLONDEL B, SUPERNANT K, MAZAUBRUN C, BREART G. Enquête Nationale Périnatale 2003 : Situation en 2003 et évolution depuis 1998. INSERM U 149 [consulté le 12.12.2010] disponible à partir de : URL : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/sommaire.htm>.
- [37]. OBSERVATOIRE REGIONAL DES USAGERS EN PERINATALITE. Livre blanc : quelle naissance pour demain en Bourgogne. Réflexion d'usagers. [Consulté le 12.12.2010] disponible à partir de : URL : <http://www.arhbourgogne.fr>.
- [38]. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE. Manuel d'accréditation des établissements de santé : deuxième procédure d'accréditation. Septembre 2004, p 100 [consulté le 2.01.2011] disponible à partir de : URL : <http://www.has-sante.fr>.
- [39]. HUOT H. L'apprentissage en ligne et la gestion du changement sur le plan humain. In : Rapport de stage : Maîtrise en administration publique. 2003 [consulté le 2.01.2011] disponible à partir de : URL : http://www.grandsorganismes.gouv.qc.ca/cego/app/DocRepository/1/Rapports_recherche/Apprentissage_ligne.pdf.
- [40]. STEFFEN G. Etre sage-femme en Allemagne. In : Comment optimiser le séjour du couple mère-enfant ? Mémoire : Maïeutique : Université de. Nantes, 2003.

Annexes

Annexe I :

Principes généraux de la charte du patient hospitalisé

Annexe à la circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

1 De l'accès au service public hospitalier

Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.

2 Des soins

Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.

3 De l'information du patient et de ses proches

L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.

4 Du principe général du consentement préalable

Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.

5 Du consentement spécifique pour certains actes

Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.

6 De la recherche biomédicale

Une personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.

7 De la liberté individuelle

La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.

8 Du respect de la personne et de son intimité

La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.

9 Du droit à la vie privée et à la confidentialité

Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.

10 De l'accès aux informations contenues dans les dossiers administratifs et médicaux

La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.

11 Des voies de recours

La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

Annexe II :

La charte européenne de l'enfant hospitalisé Le cas particulier en maternité et néonatalogie.



■ En Service de Maternité

Le père doit pouvoir, s'il le souhaite, assister à l'accouchement. Sa présence à ce moment et dans les jours qui suivent permet de l'associer très précocement à la connaissance de son enfant. Par ailleurs, elle est d'un grand secours pour la mère en cas de difficultés imprévues (au moment de l'annonce d'un handicap, en cas de transfert en néonatalogie,...)

Pour que la mère et l'enfant établissent un lien mutuel dès la naissance, ils doivent évidemment être en contact aussi étroit que possible. L'enfant doit donc rester dans la chambre de sa mère autant qu'elle le désire durant leur séjour en maternité.

L'allaitement maternel présente, entre autres avantages, celui de renforcer le lien mère-enfant. Si la mère envisage d'allaiter, il faut l'aider à le faire, sans toutefois exercer de pressions dans ce domaine délicat.

C'est aussi à travers les soins quotidiens qu'elle donne à son enfant que la mère construit sa relation avec lui. Le rôle du personnel, à cet égard, est de lui apporter l'aide de sa compétence professionnelle pour la seconder, plutôt que se substituer à elle. Cela a aussi l'avantage de préparer le retour à la maison.

Dans le même esprit, les divers examens de l'enfant seront, de préférence, pratiqués au lit de sa mère

Il est important que la mère de famille et ses enfants ne soient pas privés de la possibilité de se voir pendant le séjour à la maternité. Nous souhaitons l'existence d'un local, proche des chambres, mais distinct, qui permette de recevoir des visites. Cette solution respecte les règles d'hygiène élémentaires; elle est satisfaisante pour tous.

Certaines mères connaissent après la naissance des problèmes sociaux ou psychologiques (état d'angoisse, difficultés émotionnelles) qui peuvent perturber leurs premières relations avec l'enfant. Une réflexion collective, régulière entre les membres de l'équipe et ceux d'équipes extérieures (secteur social, secteur psychiatrique. .) permet de mieux déceler ces problèmes difficiles pour y apporter la réponse la plus appropriée

Les recommandations données ci-dessus, ne s'appliquent évidemment pas pour les mères qui envisagent de confier leur enfant en vue d'adoption. Des dispositions particulières respectant le projet de ces mères doivent être prises en concertation avec le service départemental de l'enfance ou l'œuvre d'adoption concernée.

Le ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale engage actuellement une action dans deux régions, destinée à améliorer les conditions de séjour de la mère et de son enfant en maternité. Cette action vise, entre autres, à améliorer la collaboration nécessaire entre les maternités, les équipes de P.M.I. et d'aide sociale à l'enfance.

■ **En Services de Néonatalogie et de Réanimation**

Dans un service de néonatalogie, la condition de l'enfant et l'appareillage auquel il est soumis peuvent heurter la sensibilité des parents. Ils risquent ainsi de provoquer chez certains des réactions de fuite ou de rejet. Les membres de l'équipe doivent donc veiller particulièrement à informer et à rassurer les parents. Dès que l'équipe l'estime possible, les parents doivent être invités à avoir un contact direct avec le nouveau-né. Ils pourront commencer à lui donner quelques soins élémentaires avec l'aide du personnel soignant. Ce contact précoce et actif est fondamental pour le bon établissement du lien parent-enfant.

Les parents doivent bénéficier des mêmes mesures dans les services de réanimation.

Quand un nouveau-né a été transféré en néonatalogie pour une difficulté transitoire, il doit retourner au lit de sa mère dès que son état n'exige plus de soins intensifs.

Annexe III :

Le référentiel est structuré selon 3 axes complémentaires:

Le premier axe est constitué par le développement des compétences de la sage-femme, le choix a pris en compte les différentes temporalités de l'exercice clinique de la sage-femme, dans un continuum de prise en charge: des périodes pré natale, per natale et post natale. Pour cela un choix de **8 situations-types de la profession de sage-femme** a été effectué de façon à mettre en exergue la démarche clinique, l'urgence, la prévention et l'éducation :

- 1 Conduire une consultation prénatale
- 2 Organiser et animer une séance collective de préparation à la naissance et à la Parentalité
- 3 Assurer une consultation d'urgence pour douleurs abdominales au cours du 3ème Trimestre de la grossesse
- 4 Diagnostiquer et suivre le travail, réaliser l'accouchement et surveiller ses suites
- 5 Diagnostiquer et prendre en charge l'hémorragie de la délivrance (au-delà du postpartum immédiat)
- 6 Pratiquer l'examen clinique de la mère et du nouveau-né
- 7 Réaliser une réanimation néonatale du nouveau-né
- 8 Suivre et mettre en œuvre une contraception

Les situations retenues ne sont, bien entendu, pas exhaustives mais sont considérées comme particulièrement représentatives de la profession. Elles devront être complétées et ajustées régulièrement lors des moments prévus d'actualisation du référentiel.

Le deuxième axe expose les qualités de la pratique sage-femme à développer, selon les **compétences transversales** qui incombent au professionnel sage-femme, dans un esprit de coopération interprofessionnelle, de développement personnel et de responsabilité professionnelle : l'expertise professionnelle, la communication, la collaboration, le professionnalisme, la défense des droits et des besoins, la gestion et l'organisation, l'érudition et la responsabilité. Ces compétences touchent tous les domaines d'expérience de vie et de situations de vie quotidienne.


Le troisième axe expose les **compétences** à acquérir dans différentes disciplines: scientifiques, techniques, communicatives, éthiques, culturelles...

Annexe IV :

Références personnelles de Madame TRABELSI N.

- TRABELSI N, Bilan du projet pôle femme-mère-enfant un an après le déménagement au CHM. Novembre 2010.
- TRABELSI N, Rapport d'analyse par secteur de prise en charge en obstétrique au CHM. Décembre 2010.
- TRABELSI N et DE CASTRO M, Organisation d'une journée par binôme en obstétrique secteur hospitalisation au CHM. Juillet 2009.

Annexe V :

	Pole Femme Mere Enfant			Référence : D.OP.
	FICHE DE POSTE	PLATEAU OBSTETRIQUE/HOSPITALISATION MERE/NOUVEAU-NE AUXILIAIRE PUERICULTURE / AIDE SOIGNANTE		
Créé le 14/11/2008	Version n° du JJ/MM/AAAA	Appliqué le : JJ/MM/AAAA	A réviser le : JJ/MM/AAAA	page(s) : 74/90
Processus de rattachement	PR 3 PROCESSUS SUPPORT			
Sous processus de rattachement	SSPR3.2 - Gestion des emplois et des compétences non médicales			
Profil de fonction de rattachement				

▪ Intitulé

AS/AP dans le secteur Hospitalisation obstétrique

▪ Activités spécifiques

*L'aide soignant et l'auxiliaire de puériculture travaille au sein d'une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, sages femmes, puéricultrices, aides soignants, aide-hôtelière, auxiliaires de puériculture, psychologues, assistante sociale, agents de services hospitaliers

* Prise en charge des accouchées avec leur nouveau né et des patientes enceintes en regard des compétences aides soignants et auxiliaires puéricultrices et sous la responsabilité de la sage-femme.

*Soins relationnels et éducatifs envers le couple mère /nouveau-né

*évaluation du lien mère/enfant, accompagnement à la parentalité

*Soins d'hygiène et de confort de la patiente et de son nouveau-né.

*En collaboration avec l'équipe : accompagnement des patientes ou du couple rencontrant des difficultés psychologiques liées à la grossesse ou à l'accouchement.

*Organisation et réalisation de l'hygiène quotidienne des chambres et des locaux de fonctions,

*Entretien des équipements généraux.

*Remplacement de l'aide- hôtelière (cf. : fiche de fonction).

- **Description des tâches**

- *Accueil de l'accouchée et son nouveau-né, installation dans la chambre.
- *Accueil des femmes enceintes non encore accouchées, si pathologie se référer à l'instruction de travail)
- *Aide à la toilette quotidienne de la maman
- *Réalisation de la toilette périnéale
- *En collaboration avec la sage-femme, aide au lever de la patiente
- * Préparation de l'opérée pour une intervention programmée ou en urgence.
- * s'assurer de la présence permanente du port de bracelet d'identification du nouveau-né,
- * toilette complète quotidienne du nouveau-né
- *soin du cordon ombilical
- *change du nouveau-né
- *aide à la mise au sein
- *conseils sur l'alimentation au sein ou au biberon
- * transmissions écrites et orales
- *utilisation des diagrammes de soins
- *accompagnement d'une maman en néonatalogie
- *gestion et hygiène des couveuses
- *entretien des réfrigérateurs
- *entretien individuel et quotidien des chariots de soins
- *rangement et gestion du linge
- *gestion et rangement des stocks
- *répondre aux sonnettes
- *Commandes des repas en l'absence de l'aide- hôtesse
- *Effectuer les tâches hôtelières
- *Evacuation des déchets
- *accompagnement d'une maman en néonatalogie
- *Bran cardage en chaise ou en brancard vers d'autres unités du pôle FME.
- *Encadrement et évaluation des stagiaires aides soignants et élèves infirmiers 1° année

Horaires

6H15-14H15

13H15-20H45

07H00-15H00

08H00-12H30/15H45-18h45

08H00-16h00

- **Particularités du poste**


Double compétence AS/AP

Adaptabilité rapide

Avoir des qualités pédagogiques et d'écoute

Sens de l'urgence

Annexe VI :

	Pole Femme Mère Enfant			Référence : D.OP.
	FICHE DE POSTE	PLATEAU OBSTETRIQUE HOSPITALISATION MERE/ NOUVEAU – NE SAGE-FEMME		
Créé le : 19/03/2008	Version n° du JJ/MM/AAAA	Appliqué le : JJ/MM/AAAA	A réviser le : JJ/MM/AAAA	page(s) : 77/90
Processus de rattachement	PR 3 PROCESSUS SUPPORT			
Sous processus de rattachement	SSPR3.2 - Gestion des emplois et des compétences			
Profil de fonction de rattachement				

- **Intitulé**

SAGE-FEMME EN HOSPITALISATION OBSTETRIQUE

- **Lieu d'exercice**

SERVICE DE SUITES -DE- COUCHES

- **Activités principales**

- Suivi du post partum du couple mère -nouveau-né
- Surveillance des grossesses à risques
- Surveillance et accompagnement du pré- travail (dynamique utérine, rythme cardiaque fœtal)
- Information, aide et accompagnement à l'allaitement maternel
- Information, animation d'action de prévention et d'éducation à la santé de la mère, du couple et de la famille
- Dépistage et évaluation du risque médical, social ou psychologique de la mère de l'enfant ou du familial
- Evaluer et traiter la douleur
- Encadrement des étudiants sages- femmes ou autres étudiants
- Tenue du dossier d'obstétrique
- Gestion du matériel et des équipements de l'unité

▪ **Activité spécifiques**

- coordinatrice des soins dans son unité
- Contrôle du dossier médical, recueil des données cliniques et élaboration du dossier soin du couple mère - enfant
-
- Réalisation et contrôle des soins infirmiers du couple mère-enfant (soins périnéaux, premier lever, soins de cordon) en collaboration avec les AS/AP
- Demande, réalisation et contrôle des examens complémentaires nécessaires au couple-mère
- Distribution journalière et horaire des médications prescrites selon protocoles établis si nécessaire
- Surveillance du post-partum du couple mère-enfant
- Accompagnement de l'allaitement
- Information et éducation du couple mère-enfant
- visites de sorties mère et Nne
- Gestion informatique du séjour mère-enfant
- Assistance aux visites médicales de la mère et de l'enfant
- Transmissions orales avec l'équipe soignante
- Transmissions écrites à l'aide de diagrammes de soins
- Travail en collaboration étroite avec les puéricultrices, assistantes sociales, psychologues
- Coordination et encadrement des soins dispensés par les AP/AS/AH
- Accueil et encadrement pédagogique des étudiants
- Gestion et contrôle des produits, matériels et dispositifs médicaux
- Gestion informatique du séjour mère-enfant
- Elaborer et utiliser les protocoles établis pour le couple mère-enfant
- Commande et rangement de pharmacie, gestion des carnets à souches pour la commande de dérivés de soins ou ordonnances nominatives
- Gestion des stocks et des péremptions
- Gestion et contrôle du matériel (glucomètre, tire-lait, BTC, aspiration, toco dynamap, chariot d'urgence)

▪ **Relations professionnelles les plus fréquentes**

Gynécologue, pédiatre, anesthésiste, équipe réanimation néonatale et néonatale
Kiné, conseillère conjugale, psychiatre, psychologue, assistante sociale, tabacologue

▪ **Horaires**

7H30/ 19h30

Annexe VII:

Enquête de satisfaction des parents

Prise en charge globale mère/enfant du CH du Mans

Année 2010

QUESTIONNAIRE

Cochez la ou les réponses (n'hésitez pas à préciser votre réponse par des commentaires).

QUELQUES PRÉCISIONS SUR VOTRE SITUATION :

Votre âge :

Votre profession :

1. agricultrice
2. artisane, commerçante
3. profession libérale, cadre supérieur, ingénieur, professeur, médecin
4. profession intermédiaire, cadre moyen
5. employée
6. ouvrière
7. sans profession
8. autres précisez :

Profession du père de l'enfant :

1. agricultrice
2. artisane, commerçante
3. profession libérale, cadre supérieur, ingénieur, professeur, médecin
4. profession intermédiaire, cadre moyen
5. employée
6. ouvrière
7. sans profession
8. autres précisez :

Votre situation familiale :

1. vit seule 2. En couple 3. Mariée

Niveau d'étude :

1. non scolarisée 2. Primaire 3. Collège (6-3^{ème}), CAP, BEP
4. Lycée (enseignement général et technologique)
5. Enseignement supérieur (> au bac)

Nombre de grossesses y compris celle-ci :

Nombre d'enfants vivants :

Type de grossesse : 1. Simple 2. Gémellaire 3. Triple

Déroulement de la grossesse :

1. Normal 2. Pathologie : 21. Menace d'accouchement prématuré
22. Hypertension
23. Diabète
24. Autre précisez :

Avez-vous suivi des cours de préparation à l'accouchement ?

1. Oui 2. Non

Type d'accouchement : 1. Voie basse spontanée

2. Forceps
3. Césarienne programmée
4. Césarienne en urgence

Allaitiez-vous? : 1. Oui 2. Non

Renseignements sur le bébé :

Date prévue de votre accouchement

Date réelle de votre accouchement :

Poids de naissance

DANS LE SERVICE D'HOSPITALISATION :

1) L'accueil

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant
L'accueil en suites de couches, était-il :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disposition de la chambre était-elle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Les conseils concernant l'allaitement maternel, étaient-ils :

	Oui	Non
Suffisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répondant à vos questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répétitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au bon moment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Différents selon les professionnels et complémentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Différents selon les professionnels et contradictoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Les conseils concernant l'allaitement maternel, étaient-ils :

	Oui	Non
Suffisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répondant à vos questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répétitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au bon moment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Différents selon les professionnels et complémentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Différents selon les professionnels et contradictoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) Les conseils concernant l'allaitement maternel, étaient-ils :

	Oui	Non
Suffisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répondant à vos questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répétitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au bon moment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Différents selon les professionnels et complémentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Différents selon les professionnels et contradictoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) Les conseils concernant l'allaitement maternel, étaient-ils :

	Oui	Non
Suffisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répondant à vos questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répétitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au bon moment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Différents selon les professionnels et complémentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Différents selon les professionnels et contradictoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) Les conseils concernant l'allaitement au biberon, étaient-ils :

	Oui	Non
Suffisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répondant à vos questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répétitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au bon moment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Différents selon les professionnels et complémentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Différents selon les professionnels et contradictoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) Les conseils concernant les soins du nouveau-né, étaient-ils :

	Oui	Non
Suffisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répondant à vos questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répétitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au bon moment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Différents selon les professionnels et complémentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Différents selon les professionnels et contradictoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Plusieurs réponses sont possibles)

8) Pensez-vous que l'intervention de professionnels, formés pour accompagner en même temps les mères et les enfants, soit :

	Oui	Non
Positive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rassurante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respectueuse de l'organisation de votre nouvelle famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réactive à vos demandes et questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aidante dans votre rôle de parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9) Êtes-vous satisfaite de l'intervention du DUO sage-femme/auxiliaire de puériculture/aide-soignante :

	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) Au cours des soins, avez-vous identifié qui était la sage-femme et l'auxiliaire de puériculture/aide-soignante ?

Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11) Le passage des différents membres du personnel vous a-t-il dérangé :

	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12) Les sujets sur lesquels vous avez bénéficié d'une information sont :

	Oui	Non
Votre santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre moral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre sexualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les relations avec votre bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les relations avec votre conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les relations avec vos autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La santé de votre bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'alimentation de votre bébé au retour à votre domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le sommeil de votre bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le développement mental de votre bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La croissance de votre bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le matériel pour votre bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quel(s) sujet(s) n'a pas été traité(s) :

.....

.....

13) Aimeriez-vous que des réunions soient organisées par le service pendant votre séjour ?

	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, quel(s) thème(s) souhaiteriez-vous traiter (allaitement, préparation à la sortie...) ?

.....

14) Pensez-vous que le déroulement de votre séjour à la maternité vous permet de préparer votre sortie et votre retour dans votre famille :

	Oui	Non
Avec votre conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec vos premiers enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec votre entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15) Ce séjour a-t-il été positif ?

	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16) La durée de votre séjour vous a semblé :

Trop courte	Convenable	Trop longue
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17) Saviez-vous, avant de séjourner au centre hospitalier du Mans, que l'un des rôles de la sage-femme est de s'occuper de la mère et de son enfant durant le séjour en suites de couches?

	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18) Selon vous, quels sont les points positifs de ce service ?

.....

.....

.....

.....

19) D'après vous, quels éléments devraient être améliorés dans ce service ?

.....

.....

.....

.....

Annexe VIII :

Enquête de satisfaction des professionnels

Prise en charge globale mère/enfant du CH du Mans

Année 2010

QUESTIONNAIRE

Cochez la ou les réponses (n'hésitez pas à préciser votre réponse par des commentaires).

QUELQUES RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT:

Vous êtes : Auxiliaire de puériculture Aide-soignante Sage-femme

Pédiatre Psychologue

Votre ancienneté : Nombre d'année(s) que vous exercez depuis l'obtention de votre diplôme :

Nombre d'année(s) que vous exercez au CH du Mans :

Votre âge :

CONCERNANT L'ORGANISATION :

1. De manière générale, les changements mis en place dans le cadre de la prise en charge globale ont modifié votre fonction et donc votre rôle dans la relation des mères et de leurs enfants. Pensez-vous que ces changements :

	Oui	Non
Facilitent votre rôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compliquent votre rôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N'ont pas d'effet sur votre rôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Cette nouvelle organisation a modifié les modalités de votre intervention auprès des familles. Pensez-vous que pour les patientes ces changements :

	Oui	Non
Ont favorisé un sentiment de sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont favorisé un sentiment de proximité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont facilité le rôle de ces nouveaux parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont satisfaits les parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Pensez-vous que pour le couple mère/enfant, le fonctionnement du binôme SF/AS-AP soit :

	Oui	Non
Efficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apprécié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proche du couple mère/enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adapté aux demandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Pensez-vous que la prise en charge du couple mère/enfant au cours de leur séjour contribue à un environnement qui soit :

	Oui	Non
Efficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apprécié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proche du couple mère/enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adapté aux demandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Ces changements ont eu une influence sur votre travail, comment percevez-vous cette influence sur :

	Positive	Négative	Sans effet
Votre compétence professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre responsabilité vis-à-vis de vos patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre implication dans votre métier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise d'initiatives dans votre fonction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La collaboration entre les sages-femmes et les pédiatres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La collaboration entre les sages-femmes et les obstétriciens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La collaboration entre AS-AP et sages-femmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre organisation autonome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect et la prise en compte de chaque patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'accompagnement proposé modifie considérablement les pratiques jusque-là utilisées dans les services de maternité. En effet, elles changent la manière dont les AS-AP et les sages-femmes accompagnent les toilettes, les soins...

6. Son impact vous paraît-il important ?

	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Cette organisation vous paraît-elle :

	Oui	Non
Valorisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intéressante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confortable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stressante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Dans cette nouvelle organisation, la gestion :

	Oui	Non
Du temps vous paraît-elle difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des projets de chaque famille vous paraît-elle difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec les autres professionnels et services vous paraît-elle difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des places disponibles vous paraît-elle difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre(s) point(s) à améliorer non mentionné(s) :

.....

.....

9. D'après vous, quels sont les éléments freinant la prise en charge globale des couples mère/enfant (matériel, agencement locaux, nombre de professionnels...)?

.....

.....

.....

10. D'après vous, quels sont les éléments positifs dans l'organisation de ce service ?

Abstract

Objective. To understand the satisfaction of couples and professionals about the management of care for mothers and their children during postnatal period.

Population and method. Homocentric study made in the hospital of Le Mans includes 151 patients and 53 professionals. It began on the 16th of august and finished the 22nd of October 2010.

Results. Women judge professionals' actions as positive (97.7%), reassuring (91.4%), respectful of the organization of the new family (82.8%), reactive to request (89.4%) and helpful with their parenthood (82.2%). Ninety two percent of women (91.4%) rated their hospitalization in Le Mans's hospital as positive and with a suitable time of hospitalization for 77.5% of them. As for professionals, 77.4% of them believe midwives' and nursing auxiliary's work is appreciated by the couples, and 71.7% believe being close to them. Only half the professionals rate the midwife-nursing auxiliary binomial work as efficient (49.1%) and adaptive to demands (49.1%). According to pediatricians, they regret that there is no-longer a single referent for new-born babies' cares. However, managing new-born babies' cares is part of midwives' qualifications. Therefore, there is a difference between the actual organization of pediatricians and that of the service, which can be the origin of understandable discontent. Two percent (1.9%) of professionals think there are problems in the organization of pediatricians' visits to newborns babies. Concerning information delivered about feeding, only one in two women judge them sufficient, clear and satisfying. In spite of these results, the majority of women (96%) are satisfied with the binomial work and their stay in hospital. However, one question rose from these observations, concerning number of workers in maternity which appears to be insufficient. Fifty seven percent (57.4%) of the professionals agree with it as well as 3.3% of the women (especially on week-end).

Conclusion. Couples are greatly satisfied about this new organization. Professionals' satisfaction is mixed. Some particular areas have to be improved, i.e. informations delivered to patients during their stay and the organization of the unit amongst the professionals.

Key words. Midwife, postpartum period, management of care, parenthood, satisfaction.

Résumé

Objectif. Connaître la satisfaction des couples et des professionnels quant à la prise en charge globale mère-enfant instaurée en suites de couches.

Populations et méthodes. Etude de satisfaction monocentrique réalisée auprès de 151 patientes et de 53 professionnels au Centre Hospitalier du Mans dans la période du 16 août au 22 octobre 2010.

Résultats. Les patientes jugent l'intervention des professionnels de manière positive (97,7%), rassurante (91,4%), respectueuse de l'organisation de la nouvelle famille (82,8%), réactive aux demandes (89,4%) et aidante pour le rôle de parents (82,2%). Quarante vingt douze pour cent (91,4%) des femmes ont jugé que leur séjour à la maternité du CHM a été positif avec une durée d'hospitalisation convenable pour 77,5% d'entre elles. Concernant les professionnels, 77,4% pensent que le binôme SF/AS-AP est apprécié du couple et proche de ce dernier pour 71,7% d'entre eux. Seulement un professionnel sur deux évalue le fonctionnement du binôme SF/AS-AP comme efficace (49,1%) et adapté aux demandes (49,1%). En ce qui concerne les pédiatres, ils revendiquent le fait qu'il n'y ait plus de référent unique pour le suivi du nouveau-né. Or, la sage-femme sait s'occuper du suivi des nouveau-nés, cela fait partie de son champ de compétences. Il y a donc un écart entre l'organisation actuelle des pédiatres et celle du service d'où un mécontentement compréhensible des pédiatres. Deux pour cent (1,9%) des professionnels estiment qu'il y a des problèmes d'organisations avec les visites des pédiatres. Concernant les informations sur l'allaitement maternel et les biberons, seulement une femme sur deux les considère suffisantes, claires et répondant à leurs demandes. Malgré cette observation, la majorité des couples, à savoir 96% d'entre eux, a été satisfaite de l'intervention du duo sage-femme/AS-AP pour répondre à leurs attentes et les accompagner. Une question émerge de ces observations concernant le nombre de professionnels qui semble insuffisant. Cet aspect est souligné par 3,3% des patientes et 57,4% des professionnels (en particulier le week-end).

Conclusion. Les couples sont largement satisfaits de cette nouvelle prise en charge. En ce qui concerne les professionnels, leur satisfaction est modérée par l'impact de ces changements. Certains points restent à améliorer tels que les informations délivrées au cours du séjour, l'organisation du service entre les différents professionnels.

Mots-clés. Sage-femme, suites de couches, prise en charge globale, parentalité, satisfaction.