Retour précoce à domicile après l'accouchement : étude prospective à la maternité Port-Royal

Marina Salomé

▶ **To cite this version:**

Marina Salomé. Retour précoce à domicile après l'accouchement : étude prospective à la maternité Port-Royal. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01058433

HAL Id: dumas-01058433

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01058433

Submitted on 26 Aug 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4
Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELOCQUE

Groupe Hospitalier Cochin – Saint-Vincent de Paul

Mémoire pour obtenir le

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 29 avril 2014

par

Marina SALOMÉ

Né(e) le 02/12/1988

Retour précoce à domicile après l'accouchement :

Etude prospective à la maternité Port-Royal

DIRECTEUR DU MEMOIRE :
Dr LE RAY Camille MCU-PH, Maternité Port-Royal

CO-DIRECTEUR DU MEMOIRE :
Madame VEROT Christèle Sage-femme formatrice, Ecole Baudelocque

JURY :

Pr LEPERCQ Jacques	Directeur Technique et d'enseignement, Port Royal
Madame RUDELLE Corinne	Directrice de l'école de sages-femmes Baudelocque
Madame COULM Bénédicte	Sage-femme, docteur en épidémiologie, INSERM
Madame BLANCHET Valérie	Sage-femme
Madame VEROT Christelle	Sage-femme formatrice, Ecole Baudelocque

N° du mémoire : 2014PA05MA29

© Université Paris Descartes – ESF Baudelocque.

Remerciements

Je tiens à vivement remercier Camille Le Ray, qui a accepté de diriger ce mémoire, et Christèle Vérot qui a accepté de le co-diriger. Merci pour votre disponibilité et le temps que vous avez consacré à ce travail. Merci pour votre confiance.

Un grand merci à Bénédicte Coulm, pour ses précieux conseils et son écoute bienveillante.

Un merci tout particulier à Nathalie Périllat, sans qui je n'aurais jamais découvert ce métier. Merci pour ton soutien au cours de ces cinq années d'études, pour ta confiance en mes capacités, qui m'ont aidée dans les moments difficiles.

Un grand merci à mes parents, qui m'ont toujours soutenue et portée dans mes projets, sans qui je ne serai pas la personne que je suis aujourd'hui.

Un grand merci à Myriam, Emma, Maaï, Diahala et Salma, mes compagnes de route, mes guerrières.

Merci à Micha d'être à mes côtés chaque jour et de savoir si bien le faire.

Table des matières

Liste des tableaux I
Liste des figures II
Liste des annexes III
Lexique IV
Introduction 1

PREMIERE PARTIE : état des lieux des sorties précoces en France : cadre conceptuel

I- Post partum et durée moyenne de séjour (DMS en maternité) 3
1.1 Situation en France 3
1.2 Situation dans d'autres pays 4
II- Les sorties précoces de maternité 5
2.1 Définition et intérêts 5
2.2 Les critères d'éligibilité au retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) 6
2.2.1 Pour la mère 7
2.2.2 Pour l'enfant 7
2.3 Le rôle de l'information en amont 9
III- Organisation du relais à domicile 9
3.1 Le suivi à domicile 9
3.1.1 Définition 9
3.1.2 Suivi à domicile pour la mère (13) 10
3.1.3 Suivi à domicile pour l'enfant (13) 11
3.2 L'hospitalisation à domicile (HAD) 11
3.3 Le PRogramme d'Accompagnement du Retour à Domicile (PRADO) 12
3.4 La protection maternelle infantile (PMI) 13

DEUXIEME PARTIE : Présentation de l'étude

I- Problématique 14
II- Hypothèses 14
III- Objectifs 14
IV- Méthodologie 15
V- L'étude : résultats 16
5.1 Fréquence des sorties à J2 16
5.2 Description de la population 16
5.2.1 Caractéristiques socio-économiques 16

5.2.2 Caractéristiques médicales ... 18
5.2.3 Caractéristiques obstétricales ... 19
5.2.4 Modalités d'accouchement ... 20
5.2.5 Issues néonatales ... 22
5.3 Résultats de l'enquête de satisfaction auprès des femmes sorties à J2 ... 23
5.3.1 Suivi de grossesse et préparation à la naissance ... 25
5.3.2 Séjour en maternité ... 26
5.3.3 Motivations des patientes ayant demandé une sortie précoce ... 27
5.3.4 Ressenti des patientes à qui l'on avait suggéré de sortir plus tôt pour manque de place ... 28
5.3.5 Modalités d'allaitement ... 29
5.3.6 Déroulement du suivi à domicile ... 30
5.3.7 Organisation pratique ... 31
5.3.8 Consultations en urgences et réhospitalisations ... 34
5.3.9 Ressenti général des patientes ... 34
5.3.10 Avantages et inconvénients du RPDA selon les femmes ... 37

TROISIEME PARTIE : Discussion
I- Rappel des résultats ... 38
II- Forces et limites ... 39
III- Discussion des résultats ... 41
3.1 Caractéristiques des femmes qui bénéficient d'un retour précoce à domicile après accouchement ... 41
3.1.1 Des recommandations de la HAS globalement bien respectées ... 41
3.1.2 Un profil de femmes qui pourraient souhaiter une moindre médicalisation de l'accouchement et un respect de la physiologie en l'absence de pathologie ... 43
3.2 La préparation de la sortie ... 45
3.2.1 Le respect de la volonté et de l'autonomie de la patiente ... 45
3.2.2 Une sortie qui pourrait être anticipée ... 46
3.3 Des femmes sorties à J2 globalement satisfaites ... 47
3.3.1 L'enquête de satisfaction ... 47
3.3.2 Une surveillance médicale jugée satisfaisante ... 48
IV- Propositions : favoriser le rôle de la sage-femme, coordinatrice du parcours de soins de la femme enceinte ... 49
4.1 Des éléments positifs… ... 49
4.2 …mais des pistes d'amélioration à la maternité Port Royal ... 50
Conslusion ... 51
Bibliographie ... 52
Annexes ... 54

Liste des tableaux

Tableau 1. Comparaison des caractéristiques socio-économiques entre les femmes sorties à J2 et celles sorties à J3 ou +……..……17

Tableau 2. Comparaison des caractéristiques médicales entre les femmes sorties à J2 et celles sorties à J3 ou +……..18

Tableau 3. Comparaison des caractéristiques obstétricales entre les femmes sorties à J2 et celles sorties à J3 ou +……..……19

Tableau 4. Comparaison des modalités d'accouchement entre les femmes sorties à J2 et celles sorties à J3 ou + …….....21

Tableau 5. Comparaison des issues néonatales entre les nouveaux-nés sortis à J2 et ceux sortis à J3 ou +……..…….22

Tableau 6. Comparaison des caractéristiques des femmes sorties à J2 ayant répondu à celles n'ayant pas répondu …...……24

Tableau 7. Suivi de grossesse et préparation à la naissance ……..….25

Tableau 8. Séjour en maternité …….....27

Tableau 9. Motivations des patientes ayant demandé une sortie précoce …...……..28

Tableau 10. Ressenti des patientes à qui l'on avait suggéré de sortir plus tôt pour manque de place ……..……..29

Tableau 11. Consultations en urgences et réhospitalisations des patientes sorties à J2…….34

Tableau 12. Ressenti général des patientes…..…….36

Tableau 13. Comparaison du ressenti global pour les patientes à qui l'on a suggéré une sortie précoce et pour les patientes pour qui la sortie n'a pas été suggérée……..37

Liste des figures

Figure 1. Pathologies pendant la grossesse selon la durée de séjour……20
Figure 2. Diagramme de flux : taux et modalités de réponses des patientes sorties à J2……..23
Figure 3. Vécu de la sortie pour les patientes qui se sont vues suggérer une sortie précoce……..…….. 29
Figure 4. Ressenti global par rapport au RPDA ……35

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire de satisfaction envoyé aux patientes sorties à J2 à J20 de l'accouchement……..…….56

Annexe II : Critères définissant la mère et l'enfant à bas risque en cas de sortie précoce. HAS/service des bonnes pratiques professionnelles, mars 2014……..…61

Lexique

DMS : Durée Moyenne de Séjour

HAS : Haute Autorité de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRADO : Programme d'Accompagnement du retour à Domicile

RPDA : Retour Précoce à Domicile après l'Accouchement

Introduction

En mars 2014 sont parues les nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé sur les conditions optimales pour proposer un retour à domicile après l'accouchement, venant remplacer celles de 2004.

Ce sujet est donc d'actualité et soulève de nombreux enjeux. On assiste en effet en France à une volonté de réduire le séjour en maternité pour limiter les dépenses de santé en diminuant par exemple le nombre de lit en maternité, alors que le nombre de naissances ne cesse d'augmenter (environ 800 000 naissances par an selon l'INSEE). Parallèlement, on assiste à la fusion des petites structures en établissements de plus grande taille (1).

L'organisation de plus en plus efficiente des réseaux entre ville et hôpital ainsi que la demande de la part des patientes elles-mêmes d'un suivi moins médicalisé permettent d'autre part de favoriser les sorties plus précoces de la maternité après un accouchement physiologique.

Le problème de la durée de séjour en maternité se pose de manière évidente dans la nouvelle maternité de Port Royal. Cette dernière, créée en février 2012, par la réunion des équipes de l'ancienne maternité de Port Royal et celle de saint Vincent de Paul, a prévu d'assurer 5500 naissances par an, en prenant en charge non seulement des grossesses à haut risque du fait de pathologies maternelles et fœtales, mais en proposant également un suivi des grossesses à bas risque. La création d'un « pôle physiologique », avec la volonté de développer les sorties précoces de la maternité répondrait donc à des contraintes budgétaires indéniables, ainsi qu'à une demande des patientes ne présentant aucun facteur de risques et souhaitant un suivi de grossesse moins médicalisé.

C'est au sein de ces problématiques que s'intègre mon mémoire. Le retour précoce à domicile après l'accouchement est proposé à Port Royal pour certaines patientes depuis la fusion des deux maternités, à partir des recommandations de la HAS. Certaines questions restent cependant en suspens. Quelles sont les caractéristiques des femmes qui sortent à J2 ? Comment le retour à domicile est-il vécu lorsqu'il a lieu, et quelles en sont les modalités ?

Il m'a semblé nécessaire d'une part d'évaluer les pratiques de Port Royal en suites de couches en étudiant le nombre de sorties précoces (c'est à dire à J2 du postpartum) et en décrivant la population concernée par ce mode de sortie, via une

étude prospective comparative sur une période de six mois, et d'autre part d'apprécier, à travers un questionnaire, la satisfaction de cette population.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons aux cadres administratif, légal et médical qui entourent le retour précoce à domicile après l'accouchement (RPDA) en France, puis nous présenterons la méthodologie de notre étude décrivant la population des femmes sorties à J2 de maternité ainsi que l'évaluation de leur satisfaction. Enfin, nous analyserons et discuterons les résultats obtenus afin de proposer des points d'amélioration en lien avec l'exercice des sages-femmes.

Première partie
Etat des lieux des sorties précoces en France : cadre conceptuel

I- Post partum et durée moyenne de séjour (DMS en maternité)

1.1 Situation en France

De la fin du XIXième siècle à nos jours, les recommandations médicales concernant l'accouchement et le post-partum (qui, selon l'OMS, débute une heure après la délivrance et se prolonge les 6 semaines suivantes) ont considérablement évolué : d'un accouchement à domicile dans la quasi-totalité des cas à un accouchement à la maternité suivi d'une hospitalisation de 7 à 9 jours d'hospitalisation, jusque dans les années 1960 (2), la tendance est désormais à diminuer de plus en plus le séjour en maternité.

La durée de séjour peut dépendre de l'état de santé des mères et des enfants, mais aussi de facteurs économiques et organisationnels, avec un coût élevé des hospitalisations et d'une volonté de certains professionnels et couples d'une moindre médicalisation de l'accouchement et du post-partum. La volonté de réduire les dépenses de santé et la restructuration des maternités poussent donc les professionnels à réduire la durée de séjour en maternité. C'est notamment ce qu'affirme Bénédicte Coulm dans sa thèse sur la prise en charge de la naissance en France (3) : *« Si la notion de gestion du risque est un élément essentiel dans les décisions médicales pendant la période périnatale, la pratique des professionnels de la naissance est également influencée par de multiples facteurs dont ils vont devoir tenir compte au moment de leurs décisions. Plusieurs logiques sont susceptibles de venir influencer leurs pratiques, parfois dans des directions opposées : les bénéfices et les risques connus par la recherche scientifique, les facteurs d'ordre organisationnel et économique, ainsi que la volonté d'humaniser la prise en charge de la naissance et de répondre aux besoins et aux demandes des femmes. »*

Aujourd'hui, la durée moyenne de séjour (DMS) en maternité en France est de 4 à 5 jours. Cette durée de séjour varie selon les régions, avec notamment une

fréquence beaucoup plus importante de séjours courts en Ile de France. D'après le rapport de la Cour des Comptes de septembre 2011 (4), en France, la DMS après un accouchement voie basse s'élevait à 4,3 jours en 2009, *« soit quasiment deux fois moins qu'au début des années 70, mais nettement plus que la moyenne des pays de l'OCDE en 2007 (3,2 jours) »*. En effet, d'après une étude portant sur 32 pays de l'OCDE publiée en 2009, la DMS des autres pays s'élèverait à 3,1 jours, et a considérablement diminué ces dix dernières années puisqu'elle était de 4,3 jours en 1995 (5). La France reste donc dans la moyenne haute de durée de séjour en comparaison avec les autres pays de l'OCDE. Cependant, dans l'enquête nationale périnatale de 2010 (6), 91% des établissements indiquaient que les femmes quittaient en général la maternité au 3^{e} ou 4^{e} jour d'hospitalisation en cas d'accouchement par voie basse sans complication. En 2003, seulement 58% des patientes indiquaient une durée de séjour inférieure à cinq jours, contre 80% en 2010. Ceci indique donc une tendance en France à la baisse de la DMS.

1.2 Situation dans d'autres pays

La durée moyenne de séjour en Europe est dans la plupart des cas moins longue qu'en France, mais varie beaucoup entre les pays avec des organisations du retour à domicile très différentes.

En Suède, par exemple, après un accouchement normal, le retour à domicile se fait en moyenne au troisième jour de l'accouchement pour les primipares et au deuxième jour de l'accouchement pour les multipares. Cette pratique n'est pas considérée comme une sortie précoce mais comme une durée d'hospitalisation « normale ». Ainsi, la sortie précoce en Suède est une sortie avant la 72^{ième} heure de vie et concerne 2/3 des femmes dans la région de Stockholm. Au plus tôt, elle a lieu 6 heures après l'accouchement. Un rendez-vous à la maternité, très rapidement après la sortie, est organisé, et un suivi à domicile par une sage-femme est également mis en place (7).

En Finlande, 50% des femmes sortent avant le 4^{e} jour. En Norvège ainsi qu'en Angleterre, la durée d'hospitalisation s'étend de 2 jours à 3 jours maximum. En Hollande comme au Danemark, les sorties se font quelques heures après l'accouchement (8). Au Royaume Unis, 92% des femmes accouchent à l'hôpital avec une sortie de la maternité dans les 24 heures (9).

Au Canada, l'information quant à une sortie anticipée de la maternité est délivrée très en amont de l'accouchement, durant les séances de préparation à

l'accouchement. Les futurs parents sont encouragés à choisir, dès la période anténatale, un pédiatre ou un médecin pour le suivi de leur bébé. Après un accouchement par les voies naturelles, les sorties se font généralement entre 36 et 48h, parfois même 24h après l'accouchement pour les multipares. Après une césarienne, le séjour en maternité dure 3 à 4 jours. Un rendez-vous très précoce est organisé dans les 48h suivant la sortie pour examiner l'enfant, et le « dépistage génétique standard » est effectué 24h après la naissance, ce qui facilite la sortie précoce (10).

Ces exemples témoignent de disparités entre les pays qui semblent essentiellement dues à une question d'organisation, aussi bien en anténatal qu'en post-natal. La France semble commencer à s'organiser de la même manière que ses voisins scandinaves ou nord-américains, mais il s'agit d'établir un cadre pour ce type de sortie et d'adopter une organisation moins « hospitalo-centrée ».

II- Les sorties précoces de maternité

2.1 Définition et intérêts

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2004 sur « Les conditions pour proposer un retour précoce à domicile », la sortie précoce est définie, pour un accouchement voie basse, par un retour à domicile de la mère et de son enfant entre J0 et J2 inclus, J0 étant le jour de l'accouchement. Pour une naissance par césarienne, la sortie précoce se situe entre J0 et J4.

Par ailleurs, l'adaptation à la vie extra-utérine s'étend sur 5 jours de vie minimum, ainsi qu'une sortie au 3^{ième} jour de vie nécessite un suivi adéquat tant d'un point de vue maternel que pédiatrique. Il est donc nécessaire de confronter les intérêts économiques d'une sortie précoce d'une part et les contraintes médicales que cette pratique engendre d'autre part (11).

D'un point de vue strictement économique et organisationnel, la diminution de la durée de séjour en maternité semble nécessaire, notamment dans le domaine de l'obstétrique où les séjours représentent une somme particulièrement élevée (2,9 millions d'euros en 2010 d'après le rapport de la Cour des comptes de 2011). La mise en place de la tarification à l'activité (T2A), qui a pour but la régulation et la maîtrise des dépenses de santé, a contribué à diminuer le séjour dans les hôpitaux pour équilibrer le budget de ces derniers (rotation des lits pour augmenter la capacité des maternités et leur rentabilité). En effet, pour des raisons économiques, le nombre

de lits de maternité, et donc la capacité d'accueil, a diminué entre 1975 et 2007. Cela conduit à des difficultés de gestion des lits dans les maternités, surtout dans les grands services qui témoignent eux-mêmes de leurs difficultés à accueillir des femmes, comme l'indique l'Enquête nationale périnatale de 2010. La solution à ce problème serait donc la réduction des durées d'hospitalisation en post-partum, même s'il est nécessaire de préciser que la DMS est calculée à partir du moment où la femme est hospitalisée : raccourcir le séjour en post-partum ne diminue donc pas nécessairement la DMS de la même manière en fonction du moment de l'hospitalisation de chaque femme.

L'enjeu de la diminution de la durée de séjour est cependant évident, et il paraît à cet égard essentiel de développer le rôle des sages-femmes libérales, qui, en 2011, ne représentaient que 3% des actes pratiqués dans le suivi post-natal à domicile en cas de sortie précoce, et qui pour l'instant ne sont pas réparties de manière égale sur le territoire : on compte en effet en moyenne 24 sages-femmes libérales pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans, mais de grandes disparités sont observées entre les différentes régions : 9 sages-femmes pour 100 000 en Picardie ou en Corse, contre 43 dans le Languedoc-Roussillon (12).

Les recommandations de la Cour des Comptes, en 2011, étaient entre autres de :

- *« mieux articuler et valoriser les compétences respectives des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens, en faisant encore davantage des sages-femmes des professionnels de premier recours pour le suivi des femmes en bonne santé »*
- *« modifier la nomenclature des actes professionnels des sages-femmes libérales pour réorienter, à enveloppe constante, leur activité vers des actes à plus forte responsabilité, notamment le suivi post-natal »*, puisque la coordination entre secteur libéral et public permettra à l'hôpital des économies non négligeables.

2.2 Les critères d'éligibilité au retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)

Les recommandations de l'HAS de 2004 (13) insistent sur trois éléments essentiels pour décider un retour précoce à domicile :

- La mère et l'enfant doivent présenter un état de santé physique, psychologique ainsi que des conditions sociales satisfaisantes au moment de la sortie.
- La mère (ou à défaut un soutien à domicile) doit être reconnue comme compétente pour prodiguer des soins à son enfant (allaitement, soins d'hygiène…) et doit

savoir repérer les situations d'urgence ou signes d'alertes susceptibles de l'amener à consulter pour elle ou son bébé.

- Le suivi doit être assuré à domicile par un professionnel de santé ou une équipe pluridisciplinaire d'un point de vue médical, psychologique et social. Les délais d'intervention doivent être courts et adaptés aux éventuelles difficultés.

Les critères d'éligibilité, pour la mère et pour l'enfant, que nous ne ferons qu'énumérer, sont les suivants :

2.2.1 Pour la mère

- absence de signes d'infection
- contrôle du risque hémorragique (anémies du post-partum, hémorragie des suites de couches, la femme doit être informée du risque d'hémorragie et les symptômes à surveiller lorsqu'elle rentre chez elle, et doit également savoir qui, quand et où consulter)
- contrôle de la douleur
- instauration du lien mère-enfant, même si son évaluation reste délicate dans les 2 premiers jours de vie de l'enfant. Certains facteurs de risques (antécédent de dépressions du post-partum, syndromes dépressifs…) doivent être pris en compte
- prise en compte de l'état psychique
- absence d'élément de précarité
- absence de facteurs de risque d'échec de l'allaitement maternel

2.2.2 Pour l'enfant

« La compatibilité de l'état de santé de l'enfant avec un RPDA est établie après l'examen clinique du pédiatre et selon les résultats d'examens complémentaires opportuns ». Les recommandations insistent bien sur ce point ainsi que sur la nécessité d'un temps d'observation du nouveau-né dans ses premières heures de vie pour évaluer son adaptation à la vie extra-utérine.

Il faut ainsi prendre en compte :

- le risque d'ictère et d'hyperbilirubinémie : les recommandations de 2004 précisent bien que les facteurs de risque de l'hyperbilirubinémie doivent être pris en compte pour décider d'une sortie précoce (contexte de naissance, terme, risque d'hémolyse, poids). Mais ce point est rediscuté dans les derniers groupes de travail de 2012 car l'adaptation métabolique néonatale de la bilirubine n'est pas toujours terminée à 72h et inquiète de nombreux pédiatres, parfois réticents à la sortie précoce pour cette raison. Il semble important de noter que sur l'année 2010, le Centre National de Référence en Hémobiologie Périnatale (CNRHP) a rapporté une recrudescence d'ictère sévère chez les nouveau-nés en Île de France (8 hyperbilirubinémies sévères survenues avant 72h et pendant le séjour en maternité, 9 indications d'exsanguino-transfusion ont été posées et 7 ont été réalisées, et 5 nouveau-nés ont présenté des signes d'encéphalopathie hyperbilirubinémique aigue). D'après la note de cadrage de l'HAS, ces cas auraient pu être évités si les recommandations internationales qui font consensus avaient été appliquées.
- Le risque infectieux néonatal (avec notamment une interprétation des résultats avant la sortie des prélèvements bactériologiques faits à la naissance)
- Le dépistage des cardiopathies (la modification de la qualité des bruits du cœur ou de la perception des pouls fémoraux entre l'examen initial et les examens ultérieurs doivent alerter et faire évoquer le diagnostic de malformation cardiaque)
- Le risque de déshydratation (au minimum 2 prises alimentaires correctes, « documentées avant la sortie »)
- La réalisation des tests de dépistage : les tests de dépistages effectués trop tôt sont le résultat d'un nombre important de faux négatifs. Effectués trop tard, ils ne permettront pas une prise en charge adaptée de l'enfant s'ils s'avèrent positifs.

2.3 Le rôle de l'information en amont

La HAS insiste fortement sur le rôle de l'information pour le bon déroulement d'un retour précoce à domicile (RPDA) (13). Le rapport de 2004 s'attache notamment à valoriser la création d'un projet de naissance, élaboré tout au long de la grossesse ainsi que pendant le séjour en maternité. Ce projet permettrait non seulement aux futurs parents d'exprimer leurs attentes, d'évaluer leurs connaissances et savoir-faire pour mieux cibler leurs besoins, mais permettrait aussi aux professionnels de santé de mieux encadrer les mères et de repérer de manière réaliste si un retour précoce à domicile est envisageable.

L'entretien du 4^{e} mois est également un élément déterminant, selon le rapport de l'HAS, dans l'information sur la possibilité d'une sortie précoce de maternité. Il permet notamment d'évaluer de manière anticipée les éventuelles difficultés du futur lien mère-enfant, mais permet également d'informer les futures mères sur la possibilité d'un retour précoce à domicile et sur ses modalités (grossesse à bas risque, allaitement ou non, suivi d'une sage-femme à domicile, nécessité de repos à la maison).

III- Organisation du relais à domicile

Le plan de périnatalité, mis en place entre 2005 et 2007 (14), entend développer les réseaux de santé dits « de proximité » ville/PMI/hôpital, en amont et en aval de l'organisation entre les établissements de santé, *« afin de garantir le meilleur accès aux soins pour l'ensemble de la population et d'améliorer la qualité de la prise en charge de la mère et de son enfant autour de la naissance ».*

3.1 Le suivi à domicile

3.1.1 Définition

Dans les recommandations du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) (15), les sorties précoces sont également abordées et il est rappelé que les maternités ont la responsabilité d'organiser un dispositif faisant relais entre la prise en charge à l'hôpital et celle à domicile, notamment avec des sages-femmes

libérales du réseau périnatal de proximité. Ce relais a pour but l'accompagnement de la mère, l'évaluation de sa situation psychosociale et familiale à domicile, ainsi que le suivi médical et le dépistage de facteurs de morbidité maternelle ou infantile (16).

Il est rappelé par la HAS que le retour précoce à domicile ne peut être effectué que si un relais a été mis en place avant la sortie. Ce relais, qui correspond le plus souvent à une sage-femme libérale, doit avoir reçu la demande, l'avoir acceptée et avoir donné un rendez-vous le lendemain de la sortie en cas d'une sortie avant J2 et au plus tard le surlendemain après une sortie à J2. D'autres visites (deux ou trois) doivent être planifiées selon l'appréciation de la sage-femme en accord avec la mère et le couple. Normalement, les médecins choisis pour suivre la mère et le nourrisson doivent être tenus au courant de la sortie précoce. Un rendez-vous pour l'enfant entre le 8^{ième} et le 10^{ième} jour de vie doit être convenu pour un examen pédiatrique (essentiel pour le dépistage de malformations cardiaques ainsi que pour l'évaluation du risque d'ictère et pour s'assurer du bon fonctionnement de l'allaitement), et une visite post-natale pour la mère doit également être fixée.

Au mieux, une surveillance téléphonique quotidienne doit pouvoir être mise en place, avec remise à la mère et aux proches qui l'entourent des coordonnées de professionnels susceptibles de répondre aux questions ou aux angoisses rencontrées.

3.1.2 Suivi à domicile pour la mère (13)

Les critères de surveillance durant le suivi à domicile pour la mère sont exactement les mêmes que ceux évalués pour accepter la sortie précoce (cf § 2.2.1). Les recommandations de la HAS insistent sur le fait que les complications maternelles les plus fréquentes correspondent :

- à l'infection : infections urinaires, endométrites, mastites, infections de plaies périnéale ou sus-pubienne en cas de césarienne
- à l'hémorragie (les signes d'anémie doivent être absolument recherchés, surtout si la sortie a lieu dans les 24h qui suivent l'accouchement)
- ainsi qu'à des troubles psychologiques :
    - anxiété, liée à la fatigue et au manque de confiance en soi de la mère, qui doit bénéficier d'un véritable accompagnement à la parentalité pour s'autonomiser
    - baby-blues, qui apparaît à domicile lorsque la sortie s'effectue de manière précoce et qui doit être dépisté afin d'évaluer s'il reste physiologique ou s'il évolue vers une dépression qui devient alors pathologique

- dépression du post-partum, qui survient dans les 2 semaines à 6 mois suivant l'accouchement et qui est donc difficile à dépister lors du relais à domicile après un RPDA, et psychose puerpérale, beaucoup plus rare, qui apparaît généralement un mois après l'accouchement.

3.1.3 Suivi à domicile pour l'enfant (13)

Il en est de même pour les critères de surveillance pour l'enfant, qui correspondent à ceux déterminant la sortie précoce ou non.

Notons simplement qu'il est précisé que l'ictère est une cause fréquente de réhospitalisation après une sortie précoce, et que toutes les recommandations concernant la surveillance de cette pathologie se basent sur des études de faible niveau de preuve (grade C). La mesure transcutanée de la bilirubine reste la meilleure technique de surveillance et doit être appliquée de manière rigoureuse par les professionnels de santé entourant la sortie précoce.

Concernant le risque infectieux, la plupart des infections touchant le nouveau-né sont des infections materno-fœtales bactériennes, qui, dans 95% des cas, se déclarent dans les 48 premières heures de vie. Elles sont donc généralement détectées rapidement et contre-indiquent d'emblée la sortie précoce.

En cas d'allaitement maternel exclusif, la sage-femme à domicile doit s'assurer de l'administration de vitamine K pour l'enfant.

3.2 L'hospitalisation à domicile (HAD)

L'hospitalisation à domicile permet de mobiliser une équipe pluridisciplinaire pour la surveillance des grossesses à risque, mais aussi dans le post-partum, en cas de suites de couches difficiles ou de retour précoce à domicile (7). Le plan de périnatalité souhaite étendre l'HAD sur l'ensemble du territoire, et investir d'avantage les sages-femmes libérales de cette mission. L'HAD est en pleine expansion en France, et doit assurer la permanence et la continuité des soins weekend-end et jours fériés selon le Code de la Santé Publique.

L'HAD est une prescription médicale et doit être consentie par la patiente. Une fiche de liaison mère et nouveau-né doit être fournie avec les informations nécessaire au bon suivi du couple mère/enfant pour une bonne continuité des soins. L'HAD comprend une visite quotidienne de la sage-femme concernant toute la durée

de la prise en charge (prise en charge à 100% jusqu'à J12, que l'accouchement ait été effectué par voie basse ou par césarienne). Le suivi à domicile est tracé et archivé, et il existe une mise à disposition d'une équipe pluridisciplinaire en cas de besoin (sage-femme, IDE, psychologue, diététicienne, assistante sociale, pédiatre…)(17).

Une enquête d'octobre 2013 de l'Assurance Maladie, sur le service d'accompagnement du retour à domicile après une hospitalisation constate cependant une diminution du recours à l'hospitalisation à domicile pour les accouchements physiologiques depuis 2011 (18). Ceci est en accord avec les recommandations actuelles de la HAS (19), qui, pour une raison principalement économique, sont en faveur d'une limitation de la place de l'HAD aux seules situations pathologiques du postpartum. En l'absence de complications, l'HAD ne devrait être réservée que si d'autres modes organisationnels ne sont pas en mesure d'assurer la prise en charge.

3.3 Le PRogramme d'Accompagnement du Retour à Domicile (PRADO)

L'Assurance Maladie a mis en place, depuis 2010, un service d'accompagnement à domicile des femmes et des nouveau-nés à bas risque (enfant unique, né par voie basse sans complication, sans facteurs de risque médicaux particuliers). Ces femmes ont la possibilité de sortir de leur maternité après qu'ait été mis en place un suivi à domicile, assuré par une sage-femme libérale de leur choix.

Dans le contexte actuel de la diminution de la durée de séjour en maternité, sans suivi médical et accompagnement systématique pour l'ensemble des femmes et nouveau-nés à la sortie, le programme PRADO a pour objectif principal de garantir à toutes les femmes un suivi adapté à leur situation en assurant une continuité avec les soins donnés en maternité. Ce service a également été mis en place pour proposer un retour plus rapide des jeunes accouchées dans leur cadre de vie habituel.

Le dispositif PRADO s'appuie sur un mode de prise en charge déjà existant (le suivi médical postnatal à domicile de la mère et du nouveau-né par une sage-femme libérale) et a été généralisé à l'ensemble des départements français en 2013. Il consiste en une rencontre à la maternité de la mère et d'un conseiller de l'Assurance Maladie (agent administratif) afin de lui proposer deux visites à domicile par sage-femme libérale après la sortie. Le conseiller est donc chargé de faire la liaison entre

les parents et la sage-femme libérale choisie et de programmer les rendez-vous. La tarification des visites reste identique qu'il s'agisse d'un suivi à domicile dans le cadre du PRADO ou hors PRADO (5).

Le PRADO n'est a priori pas prévu pour prendre en charge le retour précoce à domicile comme défini par la HAS (sortie à J2). Il prévoit en effet une prise en charge des patientes à partir du troisième jour après l'accouchement (J3), avec deux visites par une sage-femme libérale. Toutefois, à Port Royal, certaines sages-femmes utilisent le dispositif comme relais des sorties précoces, même si celui-ci n'a pas initialement été prévu pour cela.

3.4 La protection maternelle infantile (PMI)

Quelle que soit leur mode de prise en charge, les femmes qui sortent plus tôt de maternité sont amenées à consulter des professionnels de santé pour leur propre suivi et celui de leur enfant. Parmi ces derniers, les professionnels de la PMI sont des acteurs de proximité majeurs, notamment depuis la loi relative à la protection de l'enfance de 2007 (7).

En principe, les visites proposées par des professionnels de la PMI ne sont pas destinées à une prise en charge des couples mère-enfant à domicile dans les premiers jours suivant la naissance. Les PMI ont en effet principalement vocation à mener des actions de prévention et d'éducation à la santé, en priorité dans les familles vulnérables, ainsi qu'à participer à la prise en charge médico-sociale de ces familles. De plus, si les professionnels de la PMI sont en mesure de planifier très rapidement des visites à domicile dans certains départements (le lendemain ou le surlendemain d'une sortie précoce), les données actuelles laissent penser que dans la majorité des cas, les centres de PMI ne peuvent pas assurer le suivi d'un grand nombre de nouveau-nés et mères bénéficiant d'une sortie précoce de la maternité. (5). Par exemple, dans une étude menée en Ile de France, les auteurs rapportaient que sur les 55 centres de PMI qu'ils avaient contacté, seuls 59% étaient en mesure de proposer un rendez-vous avec un délai moyen d'attente de 18 jours.

La PMI reste donc un excellent interlocuteur pour les femmes qui sortent plus tôt de la maternité et qui souhaitent s'y rendre dans les jours qui suivent pour peser leur enfant et bénéficier de conseils, mais ne pourrait pas assurer dans un délai assez court les visites à domicile dans la plupart des département français.

Deuxième partie
Présentation de l'étude

I- Problématique

Les sorties précoces sont encore peu nombreuses à Port Royal, mais ce mode de sortie va tendre à augmenter, non seulement en raison de contraintes économiques que cette nouvelle structure impose, mais aussi pour des raisons organisationnelles liées au nombre d'accouchements prévus. Il semble donc nécessaire de se poser la question de la mise en place de ce retour précoce à domicile : Quelles sont les caractéristiques des femmes qui sortent plus tôt ? Comment le retour à domicile est-il vécu lorsqu'il a lieu, et quelles en sont les modalités ?

II- Hypothèses

Nos hypothèses étaient les suivantes :

- les patientes qui sortent à J2 sont issues d'une catégorie socio-économique favorisée et sont considérées comme à bas risque d'un point de vue médical
- le vécu des femmes qui sortent à J2 varie selon les conditions de sortie : le vécu est meilleur si la sortie était souhaitée par la patiente
- le suivi à domicile est bien organisé et convient aux patientes

III- Objectifs

- Evaluer la fréquence des sorties à J2 à la maternité de Port Royal
- Comparer les caractéristiques des femmes sorties à J2 avec celles des femmes ayant accouché par voie basse sorties à J3 ou plus
- Evaluer les conditions du retour précoce à domicile, à travers une enquête de satisfaction auprès des patientes qui ont bénéficié d'une sortie précoce à J2.

IV- Méthodologie

L'étude a été effectuée sur une période de 6 mois, du 15 janvier au 15 juillet 2013.

Ont été incluses toutes les patientes ayant accouché par voie basse et sorties deux jours après leur accouchement (J2). Les patientes ayant accouché par césarienne et sorties à C4 ont été exclues car nous souhaitions nous intéresser au versant maternel et pédiatrique de la sortie précoce.

La première partie de l'étude effectuée consiste en une étude cas-témoins, ayant pour but de comparer les caractéristiques des femmes sorties à J2 et celles des femmes sorties à J3 ou plus (le jour de l'accouchement étant fixé à J0). Chaque patiente sortie à J2 a été considérée comme un cas. Le groupe témoin a été constitué par chaque femme ayant accouché par voie basse et sortie à J3 ou plus, juste après le cas inclus dans l'ordre des numéros d'accouchement. Des données des témoins ont été recueillies à partir des dossiers informatisés sur DIAMM.

Nous avons étudié les caractéristiques socio-économiques des patientes sorties à J2 et celles sorties à J3 ou plus (âge, nationalité, situation familiale, couverture sociale et profession), les caractéristiques médicales (IMC, Groupe sanguin, rhésus, antécédents médicaux notables, antécédents chirurgicaux), les caractéristiques obstétricales (gestité, parité, antécédents de fausses-couches, interruption volontaire de grossesses, enfants morts nés, IMG, antécédent de césarienne, traitement pour infertilité, hospitalisations penant la grossesse), les modalités de l'accouchement (mode de début de travail, âge gestationnel, anesthésie, mode d'accouchement, lésions périnéales, hémorragie de la délivrance) et enfin les issues néonatales (poids du nouveau-né, Apgar à 5 minutes, pH cordon artériel, gestes à la naissance, alimentation du nouveau-né).

Dans un deuxième temps, nous avons proposé un questionnaire informatisé à toutes les patientes sorties à J2 durant la période d'étude, afin d'évaluer la satisfaction de ces dernières ainsi que les modalités du retour précoce à domicile (questionnaire en annexe).

Le 15 janvier 2013 ont donc été déposés, dans chaque aile de suites de couches de la maternité, des formulaires d'autorisation afin de recontacter les patientes sorties à J2, distribués par les sages-femmes du service. Une fois l'autorisation et les coordonnées des patientes obtenues, elles étaient recontactées à J20 de leur sortie,

par mail ou par téléphone lorsqu'elles le souhaitaient. Lorsqu'elles avaient souhaité être contactées par mail et en cas d'absence de réponse, un mail de rappel leur était envoyé 7 jours plus tard, et enfin un appel téléphonique 5 jours après si besoin.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata version 12.0. Pour la comparaison des variables continues nous avons utilisé le test t de Student et pour la comparaison des variables catégorielles les test du Chi2 ou de Fischer de façon appropriée.

V- L'étude : résultats

5.1 Fréquence des sorties à J2

Lors de la période d'étude de 6 mois, 2635 femmes ont accouché à la maternité de Port Royal, dont 1936 par voie basse. Durant cette même période, 74 femmes sont sorties à J2 soit 2,8% de l'ensemble des accouchements et 3,8 % des accouchements par voie basse.

5.2 Description de la population

5.2.1 Caractéristiques socio-économiques

L'âge moyen des femmes était de 32,8 ans.
Les femmes sorties à J2 étaient significativement plus souvent d'origine française que celles sorties plus tard. (p = 0,046)
La situation familiale des patientes était comparable entre les deux groupes.
Les patientes sorties à J2 bénéficiaient d'une meilleure couverture sociale que les autres (p=0,04)
Concernant la profession des femmes, il n'y avait globalement pas de différence significative, mais l'on note tout de même un fort pourcentage de femmes sorties à J2 dans la catégorie « cadre » (25,3% contre 16,2 % pour les femmes sorties après J2).
Les femmes exerçant une profession médicale étaient également sorties plus tôt (15,5% contre 5,9%)

Tableau 1. Comparaison des caractéristiques socio-économiques entre les femmes sorties à J2 et celles sorties à J3 ou +

			N = 148 n (%) moyenne ± sd
	J2	J3 ou +	p*
Age des patientes	32,81 ± 5,7	32,79 ± 4,6	0,97
Origine géographique			
Française	58 (80,6)	47 (67,1)	
Afrique subsaharienne	0 (0)	9 (12,9)	
Maghreb	4 (5,6)	6 (8,6)	
Asie	1 (1,4)	1 (1,4)	
Autres pays d'Europe	8 (11,1)	6 (8,6)	
Amérique	0 (0)	1 (1,4)	**0,046**
Situation familiale			
Célibataire	30 (42,2)	31 (44,3)	
Mariée	37 (52,1)	32 (45,7)	
Pacsée	4 (5,63)	6 (8,6)	
Divorcée	0 (0)	1 (1,4)	0,69
Couverture sociale			
Sécurité sociale avec/sans mutuelle	64 (91,4)	54 (79,4)	
Autre (AME, CMU…)	6 (8,6)	14 (20,6)	**0,04**
Profession			
Sans profession	9 (12,7)	21 (15,1)	
Cadre	**18 (25,3)**	**11 (16,2)**	
Profession intermédiaire (institutrice, technicienne, contremaître…)	10 (14,0)	8 (11,8)	
Employée de la fonction publique ou administrative des entreprises ou militaire	17 (24,0)	24 (35,3)	
Employée de commerce	2 (2,8)	3 (4,4)	
Ouvrière non qualifiée	3 (4,2)	3 (4,4)	
Profession médicale	**11 (15,5)**	**4 (5,9)**	
Etudiante	1 (1,4)	3 (4,4)	0,34

* Chi2 global pour l'ensemble de la catégorie

5.2.2 Caractéristiques médicales

L'IMC des patientes était comparable entre les deux groupes étudiés.

Il n'y avait pas de différences significatives entre les patientes sorties à J2 et celles sorties plus tard concernant le groupe sanguin ou le rhésus.

Notons que 33,8% des patientes sorties à J2 étaient cependant de groupe O.

Les patientes étudiées ne présentaient globalement aucuns antécédents médicaux notables.

En revanche, deux patientes sorties à J2 présentaient des antécédents d'épisodes dépressifs. L'une faisait partie des 54 patientes ayant répondu à notre questionnaire et semble avoir très bien vécu la sortie précoce. L'autre n'a pas répondu à notre questionnaire.

Les patientes étudiées ne présentaient aucuns antécédents chirurgicaux notables.

Tableau 2. Comparaison des caractéristiques médicales entre les femmes sorties à J2 et celles sorties à J3 ou +

			N = 148 n (%) moyenne ± sd
	J2	J3 ou +	p
IMC	22,1 ± 3,7	22,3 ± 4,3	0,60
Groupe O autre	 23 (33,8) 45 (66,2)	 32 (47,1) 36 (52,9)	 0,12
Rhésus Positif Négatif	 63 (90,0) 7 (10,0)	 62 (88,6) 8 (11,4)	 0,50
Antécédents médicaux Aucun ATCD notables (Diabète, HTA, VIH, lupus, patho infectieuse, hypothyroïdie, cardiopathie, pathologie uro-génitale, dépression)	 59 (79,7) 15 (20,3)	 55 (74,3) 19 (25,7)	 0,44
ATCD chirurgicaux Aucun ATCD notables	 73 (98,6) 1 (1,3)	 74 (100) 0 (0)	 0,3

5.2.3 Caractéristiques obstétricales

Les patientes sorties à J2 étaient plus souvent multipares (78,4% versus 51,3%, p = 0,001)

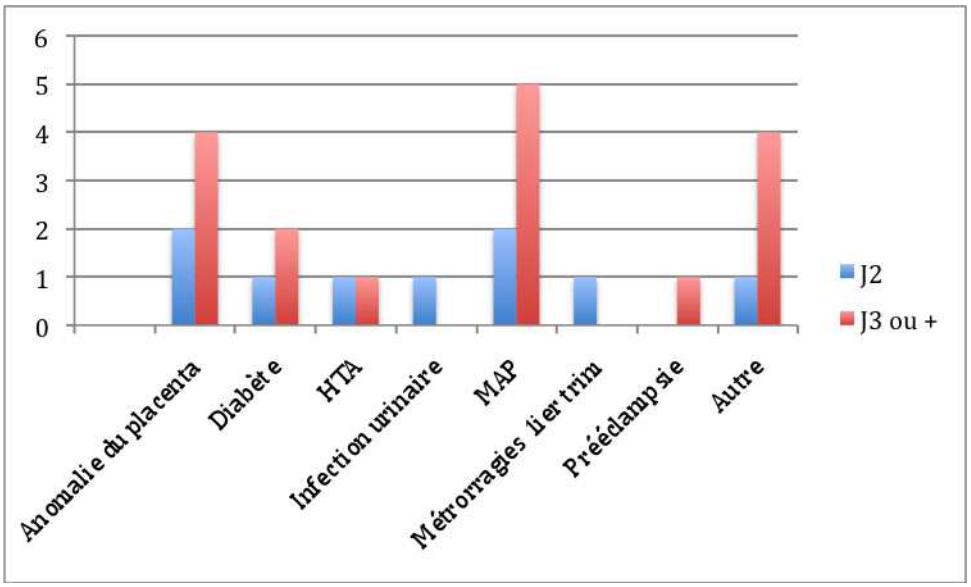
Les antécédents d'IMG, d'IVG, de fausses couches ou d'enfants morts nés étaient les mêmes pour les deux groupes.

Il y a eu peu d'hospitalisations anténatales pour les patientes étudiées (18,9% pour les J2 et 16,2% pour les J3 ou plus).

Tableau 3. Comparaison des caractéristiques obstétricales entre les femmes sorties à J2 et celles sorties à J3 ou +

			N = 148 n (%) moyenne ± sd
	J2	J3 ou +	p
Gestité	2,97 ± 1,78	2,16 ± 1,43	**0,0027**
Parité Primipares Multipares	1,20 ± 0,95 16 (21,6) 58 (78,4)	0,74 ± 0,99 36 (48,6) 38 (51,3)	**0,0047** **0,001**
Enfants morts nés antérieurement **Antécédent d'IMG** **Antécédent d'IVG** **Antécédent de fausses couches**	1 (1,3) 2 (2,7) 10 (13,5) 22 (29,7)	1 (1,3) 1 (1,3) 7 (9,4) 16 (21,6)	1,00 0,56 0,45 0,26
Utérus cicatriciel	3 (4,0)	5 (6,8)	0,47
Traitement pour infertilité	4 (5,4)	6 (8,2)	0,23
Hospitalisations Aucune Moins d'une semaine Plus d'une semaine	 60 (81,1) 14 (18,9) 0 (0)	 58 (78,4) 12 (16,2) 4 (5,4)	 0,38

Figure 1. Pathologies pendant la grossesse selon la durée de séjour



Peu de patientes présentaient des pathologies en cours de grossesse. Aucune différence significative n'a été constatée entre les patientes sorties à J2 et celles sorties à J3.

5.2.4 Modalités d'accouchement

Concernant le mode de début de travail, nous n'avons pas constaté de différence entre les patientes sorties à J2 et celles sorties plus tard.
Les patientes sorties à J2 avaient accouché à un âge gestationnel plus avancé que les patientes sorties à J3 ou plus (p = 0,0007). Aucune patiente sortie à J2 n'a accouché avant 37 SA, 2 patientes (2,7%) ont accouché à 37 SA ou plus.

D'autre part, les patientes J2 avaient plus souvent accouché sans analgésie péridurale que les patientes J3 (p = 0,015)
Il n'y avait pas de différence significative concernant le mode d'accouchement (p = 0,20), mais nous constatons cependant un taux plus élevé de forceps chez les patientes sorties à J3 ou + (14,9% contre 8,1%)
De même, il n'y avait pas de différence significative concernant le recours à l'épisiotomie ou les déchirures périnéales, cependant on notait un taux plus élevé de déchirures chez les femmes sorties à J3 ou + (63%) que chez celles sorties à J2 (48,6%).

Concernant l'hémorragie de la délivrance, on retrouvait une femme (1,5%) dans le groupe « J2 » versus 10 (13,5%) dans le groupe « J3 ou + » (p=0,054). Pour la patiente sortie à J2, les saignements étaient inférieurs à 1000 cc. Son hémoglobine à J2 était de 12.1 g/dl.

Tableau 4. Comparaison des modalités d'accouchement entre les femmes sorties à J2 et celles sorties à J3 ou +

			N = 148 n (%) moyenne ± sd
	J2	J3 ou +	p
Mode de début de travail Travail spontané Déclenchement	 60 (81,0) 14 (18,9)	 59 (79,7) 15 (20,3)	 0,84
Age gestationnel Avant 37 SA 37 SA et + 38 SA et + 39 SA et + 40 SA et + 41 SA et +	39,88 ± 0,98 0 2 (2,7) 8 (10,8) 29 (39,2) 24 (32,4) 11 (15,0)	39,22 ± 1,48 5 (6,8) 7 (9,5) 17 (23,0) 21 (28,4) 12 (16,2) 12 (16,2)	 **0,0007**
Mode d'anesthésie Aucune Péridurale Autre (rachianesthésie, anesthésie locale)	 11 (14,9) 61 (82,4) 2 (2,7)	 1 (1,35) 68 (91,9) 5 (6,7)	 **0,015**
Mode d'accouchement Voie basse spontanée Voie basse instrumentale	 68 (91,9) 6 (8,1)	 63 (85,1) 11 (14,9)	 0,20
Episiotomie	11 (14,9)	12 (16,4)	0,79
Déchirure	36 (48,6)	46 (63,0)	0,08
Hémorragie de la délivrance Oui Non	 1 (1,5) 73 (98,5)	 10 (13,5) 64 (86,5)	 0,054

5.2.5 Issues néonatales

Les nouveaux-nés sortis à J2 avaient un poids de naissance supérieur à ceux sortis plus tard (p = 0,0001).

On ne constate pas de différence significative concernant le score d'Apgar des nouveaux-nés à 5 minutes.
Les pH des enfants sortis à J2 étaient en moyenne plus élevés que ceux des enfants sortis à J3.
Peu d'enfants ont nécessité des gestes de réanimation ou une surveillance particulière à la naissance. La différence entre les deux groupes n'était pas significative (p = 0,28)
Les nouveau-nés de mère sortis à J2 ont plus souvent été alimentés au sein que les nouveau-nés sortis à J3 (74,3% versus 69,4%, p=0,011).

Tableau 5. Comparaison des issues néonatales entre les nouveaux-nés sortis à J2 et ceux sortis à J3 ou +

		N = 148 n (%) moyenne ± sd	
	J2 N = 74	J3 N = 74	p
Poids nouveau-né	3520,8 ± 395,96	3226,3 ± 521,58	**0,0002**
< 3000g	6 (8,1)	20 (27,0)	
entre 3000g-3999g	58 (78,4)	48 (64,9)	
> 4000g	10 (13,5)	6 (8,1)	**0,009**
Apgar à 5 min	9,9 ± 0,30	9,9 ± 0,41	0,65
pH cordon artériel	7,28	7,25	**0,035**
pH < 7,20	10 (13,9)	16 (22,5)	
pH > 7,20	62 (86,1)	55 (77,5)	0,18
Gestes à la naissance			
Oui (surveillance en incubateur, ventilation au masque, intubation trachéale, PPC nasale)	13 (17,6)	16 (21,6)	
Non	61 (82,4)	58 (78,4)	
			0,28
Alimentation nouveau-né			
Allaitement maternel	55 (74,3)	50 (69,4)	
Allaitement artificiel	19 (25,7)	14 (19,4)	
Allaitement mixte	0 (0)	8 (11,1)	**0,011**

5.3 Résultats de l'enquête de satisfaction auprès des femmes sorties à J2

Sur 74 femmes, 9 patientes n'ont pas reçu le formulaire d'autorisation, une ne parlait pas français, une a refusé d'être interrogée, et 9 ont été perdues de vue malgré leur autorisation. Au total, 54 femmes ont donc répondu au questionnaire, ce qui correspond à un taux de réponse de 73%.

Figure 2. Diagramme de flux : taux et modalités de réponses des patientes sorties à J2

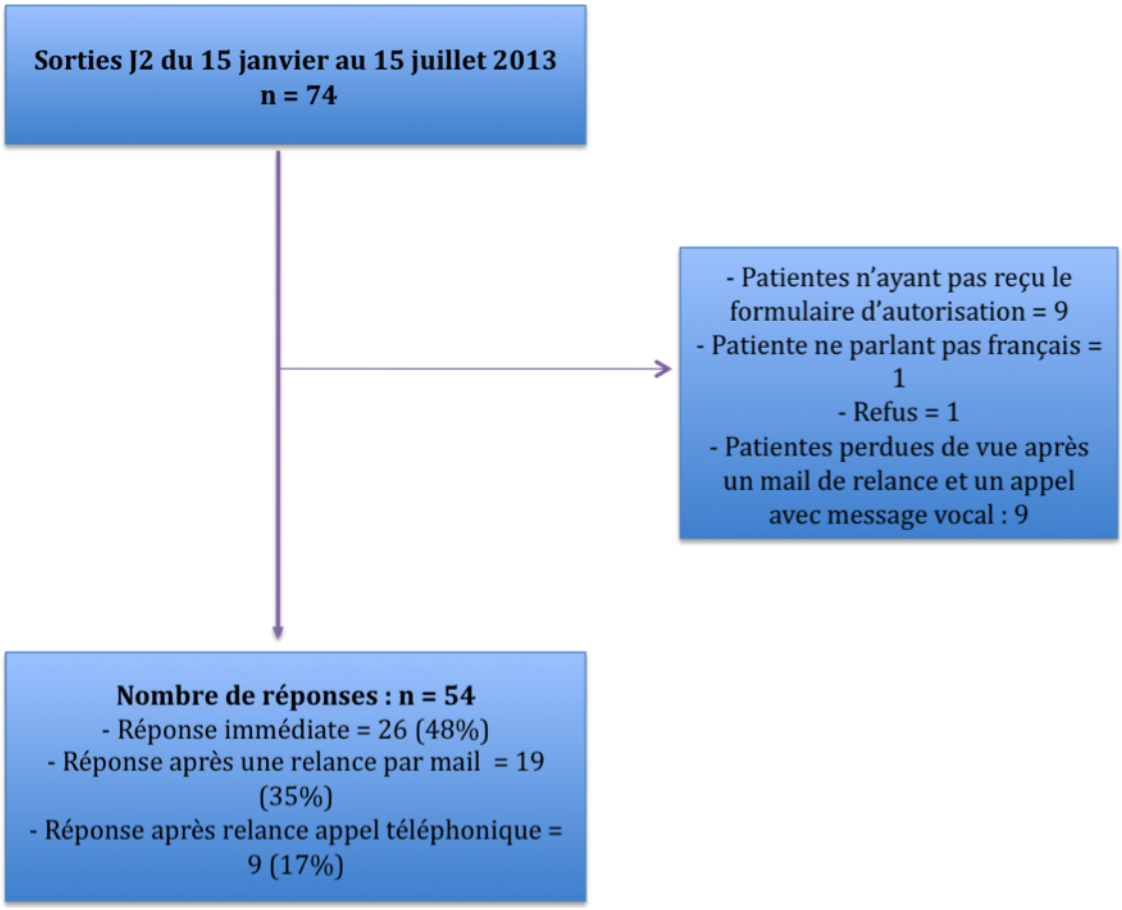


Tableau 6. Comparaison des caractéristiques des femmes sorties à J2 ayant répondu à celles n'ayant pas répondu

	N = 74 n (%) *Moyenne*
	Femmes ayant répondu au questionnaire (n=54)	**Femmes n'ayant pas répondu au questionnaire (n=20)**
Âge	*32,7*	*32,6*
Primipares	12 (22,2)	4 (0,8)
Origine		
Française	42 (77,7)	16 (80,0)
Autre	12 (22,3)	4 (20,0)
Profession		
Cadre	14 (25,9)	4 (20,0)
Médicale	9 (16,7)	2 (10,0)
Autre	31 (57,4)	14 (70,0)
Couverture sociale		
Sécurité sociale +/- mutuelle	48 (88,9)	16 (80)
Autre	6 (11,1)	4 (20)
Age gestationnel	*39,87*	*39,89*
Mode d'accouchement		
Voie basse spontanée	50 (92,6)	18 (90)
Voie basse instrumentale	4 (7,4)	2 (10)
Poids de naissance du nouveau-né	*3520,6*	3519,9
Allaitement		
Maternel	40 (74,1)	14 (70,0)
Artificiel	10 (18,5)	6 (30,0)
Mixte	4 (7,4)	0 (0)

5.3.1 Suivi de grossesse et préparation à la naissance

Parmi les femmes interrogées, la majorité avait bénéficié d'un suivi de grossesse hospitalier, avec une sage-femme ou un gynécologue-obstétricien.
43% des patientes avaient effectué des cours de préparation à la naissance, la plupart en ville avec une sage-femme libérale, pour des cours classiques en majorité.
Parmi les patientes interrogées, seulement une avait rédigé un projet de naissance.

Tableau 7. Suivi de grossesse et préparation à la naissance

	N = 54
Grossesse suivie par	n (%)
- Sage-femme hospitalière	21 (40)
- Gynécologue-obstétricien hospitalier	24 (45)
- Sage-femme libérale	2 (4)
- Gynécologue-obstétricien de ville	6 (11)
Préparation à la naissance	
Oui	23 (43)
Non	31 (57)
Lieu des séances :	
- En ville	17 (74)
- A Port Royal	6 (26)
Type :	
- classique	15 (65)
- yoga	4 (18)
- haptonomie	4 (17)
Projet de naissance	1 (1,8)

5.3.2 Séjour en maternité

76% des multipares (32 femmes sur 42) n'étaient jamais sortie précocement auparavant.

Parmi les patientes ayant répondu à l'enquête de satisfaction, 12 (22%) étaient primipares.

Seule 23 femmes, (43%) avait reçu une information quant à la possibilité d'un retour précoce à domicile.

Pour 34 femmes (63%), la sortie précoce résultait d'une demande de leur part. Parmi les 20 femmes sorties à J2 sans que celle-ci ait été faite à leur demande, 11 (55%) considéraient qu'il leur avait été suggéré de sortir plus tôt pour manque de place.

Les 9 autres femmes n'ayant pas souhaité la sortie précoce ne considéraient pas qu'elle leur avait été suggérée pour manque de place.

Tableau 8. Séjour en maternité

	N = 54
	n (%)
Sortie précoce précédemment	
- oui	10 (19)
- non	32 (59)
- je n'ai jamais accouché	12 (22)
Information sur la sortie précoce avant accouchement	
- oui	23 (43)
- non	31 (57)
Demande sortie précoce	
- oui	34 (63)
- non	20 (37)
Suggéré de sortir plus tôt	
- oui	11 (20)
- non	43 (80)

5.3.3 Motivations des patientes ayant demandé une sortie précoce

Parmi les femmes ayant souhaité une sortie précoce, 71% d'entre elles avaient pris cette décision après l'accouchement.

Leur motivation principale (pour 73% des cas) était la présence d'enfants en bas âges à la maison. Venaient ensuite la volonté de retrouver un cadre de vie habituel (47%), le soutien familial à domicile (44%) et le besoin de repos (44%) 23,5 % des patientes (n=8) connaissaient déjà la sage-femme libérale qu'elles avaient décidé de voir après l'accouchement.

Tableau 9. Motivations des patientes ayant demandé une sortie précoce

* plusieurs réponses possibles dans le questionnaire (somme des pourcentages supérieure à 100%)

5.3.4 Ressenti des patientes à qui l'on avait suggéré de sortir plus tôt pour manque de place

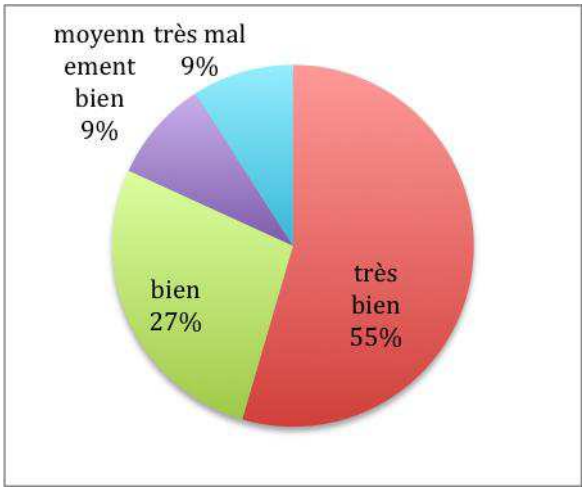
Parmi les patientes qui considéraient être sorties plus tôt pour manque de place, 54% ont « très bien » vécu la sortie. 27% disent l'avoir « bien » vécu. Une seule patiente affirme avoir « moyennement bien » vécu la sortie, et une autre l'avoir « très mal » vécue. Seule cette dernière ne referait pas le choix d'un retour précoce à domicile lors d'une future grossesse

	N = 34
	n (%)
Moment de la décision :	
- avant accouchement	10 (29)
- après accouchement	24 (71)
Motivation(s)* :	
- enfants en bas âges	25 (73)
- retour cadre de vie	16 (47)
- soutien familial, amical à domicile	15 (44)
- besoin de repos	15 (44)
- sage-femme libérale déjà connue	8 (23,5)
- expérience antérieure satisfaisante	5 (15)
- peur de l'hôpital	1 (3)

Tableau 10. Ressenti des patientes à qui l'on avait suggéré de sortir plus tôt pour manque de place

.

Figure 3. Vécu de la sortie pour les patientes qui se sont vues suggérer une sortie précoce



	N = 11
	n (%)
Ressenti	
- très bien	6 (55)
- bien	3 (27)
- moyennement bien	1 (9)
- très mal	1 (9)
Feriez-vous le choix d'un RPDA pour une future grossesse ?	
- oui	10 (91)
- non	1 (9)

5.3.5 Modalités d'allaitement

Parmi les 54 patientes, 32 patientes (56%) ont choisi un allaitement maternel, aucune n'avait arrêté d'allaiter au moment où elles ont été interrogées (soit de 20 jours à 1 mois après l'accouchement).

19 patientes (39%) avaient choisi un allaitement artificiel, et 3 (5%) un allaitement mixte.

Parmi les patientes ayant choisi un allaitement maternel (N=32), 13 d'entre elles (41%) ont eu besoin de poser des questions après le retour à domicile.

Les deux principaux interlocuteurs de ces femmes ont été la sage-femme à domicile (dans 77% des cas) et la PMI (dans 38% des cas). Venaient ensuite l'entourage (23%), la sage-femme libérale (15%), internet (15%) et enfin le pédiatre (8%).
Parmi les patientes ayant choisi un allaitement artificiel (N=13), 10 d'entre elles (53%) ont eu besoin de poser des questions après le retour à domicile. Les principaux interlocuteurs étaient la sage-femme à domicile (50%), le pédiatre (30%), puis la sage-femme libérale (20%), et enfin la PMI (10%) et l'entourage (10%)

Les questions récurrentes concernant l'allaitement maternel étaient le rythme et la durée des tétées, les techniques de mise au sein (positions et bonne prise du bébé ou non), les problèmes de type engorgement, douleurs ou lymphangite

Les questions récurrentes concernant l'allaitement artificiel étaient l'angoisse de la montée de lait malgré l'inhibiteur de la lactation administré (Dostinex® à Port Royal), le bon écoulement ou non de la tétine du biberon, les rythmes de biberon, la quantité de lait et comment augmenter les doses. Une patiente a affirmé qu'elle ne savait pas comment préparer un biberon en sortant de la maternité

5.3.6 Déroulement du suivi à domicile

Parmi les femmes sorties à J2 et ayant répondu au questionnaire, 4 n'avaient eu aucune visite à domicile.

- une patiente était sage-femme (et a effectué le test de dépistage des maladies génétiques seule),
- deux patientes étaient des quatrième pares, qui avaient souhaité la sortie précoce, et qui allaitaient. Ces deux patientes ont « bien » vécu la sortie précoce. Les tests de dépistage des maladies génétiques ont été respectivement effectués par la PMI de Port Royal et le pédiatre. Ces deux patientes n'ont pas souhaité qu'une sage-femme passe à domicile.
- Une était une primipare dont l'allaitement était maternel, qui avait demandé et bien vécu la sortie précoce. Le test de dépistage des maladies néonatales a été effectué à la PMI de Port Royal. Pour cette patiente, une sortie avec le PRADO avait été organisée.

17 patientes ont bénéficié d'une seule visite à domicile, 82% estiment que cette unique visite était suffisante. 18% considèrent que cela était insuffisant.
20 patientes ont bénéficié de deux visites à domicile, 85% estiment que ce nombre de visites était suffisant. 15% considèrent que cela était insuffisant.
10 patientes ont bénéficié de trois visites à domicile, 80% estiment que ce nombre de visites était suffisant. 20 % estiment que ce nombre était insuffisant.
3 patientes ont bénéficié de 4 visites à domicile ou plus, aucune n'a considéré que ce chiffre était insuffisant. 2 ont considéré que cela était suffisant, une (qui a bénéficié de 5 visites) a trouvé ce nombre excessif.

La majorité des visites avait une durée inférieure ou égale à 30 minutes (42%)

Parmi les 11 patientes pour qui la durée des visites avait une durée inférieure ou égale à 15 minutes, 64% d'entre elles ont considéré ce chiffre comme suffisant, 36% comme insuffisant.
Parmi les 21 patientes pour qui la durée des visites avait une durée inférieure ou égale à 30 minutes, 90% ont considéré ce chiffre comme suffisant. Une patiente considère ce chiffre insuffisant, une autre considère ce chiffre comme excessif.

Parmi les 7 patientes pour qui la durée des visites avait une durée supérieure à 30 minutes, la totalité a considéré ce chiffre comme suffisant.
Parmi les 11 patientes pour qui la durée des visites avait une durée supérieure ou égale à 60 minutes, la totalité a considéré ce chiffre comme suffisant.

5.3.7 Organisation pratique

- Aide à domicile

53% des patientes ont été aidée à domicile par le père, 37% par des membres de leur famille. 6 patientes ont bénéficié de la venue d'une aide à domicile, 2 patientes ont été aidées par des amis, et 2 par une garde d'enfants.

- Ablation des fils

La plupart des patientes (82 %) n'a pas eu d'épisiotomie ou de déchirure. Parmi les 10 patientes ayant des fils à faire enlever, la plupart (60%) a consulté une sage-femme libérale pour cela. 20% ont consulté une infirmière libérale, 10% la sage-femme à domicile, et 10% un gynécologue de ville.

- Dépistage des maladies génétiques

76 % des dépistages des maladies génétiques néonatales ont été effectués par la sage-femme à domicile (pour 41 patientes). 13% (7 patientes) ont été effectués par la sage-femme libérale, 7% (4 patientes) par la PMI, 2% (1 patiente) par le pédiatre et 2% par la patiente elle-même car cette dernière est sage-femme.

- Pesée des nouveau-nés

Dans 89% des cas, l'enfant a eu besoin d'être pesé. La majorité des pesées se sont effectuées à la PMI (43%), et chez le pédiatre (33%). 23% des enfants ont été pesés par la sage-femme à domicile, et 3% par un médecin généraliste et une sage-femme libérale.
6 patientes n'ont pas pesé leur enfant : cinq avaient choisi un allaitement maternel, une avait choisi un allaitement artificiel. Celles qui allaitaient étaient toutes

multipares, et ont bénéficié de une à trois visites par une sage-femme à domicile, sauf pour l'une d'entre elle pour qui aucune sage-femme ne s'est rendue à domicile.
Celle qui a choisi un allaitement artificiel était une deuxième pare pour qui la sage-femme est passée une fois à domicile.
100% des patientes ont consulté un pédiatre dans les 20 ou 30 jours qui suivaient la sortie.

- Surveillance de l'ictère

Quatre enfants (6%) ont bénéficié d'un dépistage de l'ictère par l'intermédiaire du dosage de la bilirubine transcutanée à Port Royal, avant la sortie J2.

- Soins de cordon

Dans la majorité des cas (87%), les patientes n'ont pas eu de difficulté à effectuer les soins de cordon. Pour celles qui ont eu besoin d'aide (13%), le principal interlocuteur était la PMI (72% des cas), puis la sage-femme à domicile (14%) et enfin le père (14%).

5.3.8 Consultations en urgences et ré hospitalisations

Quatre patientes (7,4%) ont consulté en urgence dans les 20 jours qui ont suivi leur sortie précoce. Deux dont le motif était pédiatrique (« coliques » et rhinite), deux dont le motif était obstétrical (œdèmes et douleurs au niveau de la déchirure et thrombus vaginal).

Deux patientes sorties à J2 ont été réhospitalisées, l'une pour thrombus vaginal, qui n'a pas nécessité d'intervention chirurgicale, l'autre pour « hématome sur épisiotomie ou déchirure ».

Une patiente sortie à J3 ou + a été réhospitalisée pour « hémorragie du post-partum tardive et secondaire ».

Tableau 11. Consultations en urgences et réhospitalisation des patientes sorties à J2

	N = 54
	n (%)
Consultations en urgences	
Oui	4 (7,4)
Non	50 (92,6)
Ré hospitalisations	
Oui	2 (3,7)
Non	51 (96,3)

5.3.9 Ressenti général des patientes

Concernant le ressenti global par rapport au retour précoce à domicile, 59% des femmes (n = 32) disent avoir eu un « très bon» vécu, 26% (n = 14) un « bon» vécu. 11% (n = 6) d'entre elles l'ont « moyennement bien » vécu, 4% (n = 2) l'ont « mal » vécu. Aucune n'a affirmé l'avoir « très mal » vécu.

Dans 88% des cas, la sage-femme à domicile semble avoir répondu aux attentes des patientes sorties à J2.
91% des femmes seraient prêtes à renouveler l'expérience d'une sortie précoce lors d'un prochain accouchement. 9% (n = 5) ne le souhaiteraient pas.
18% des femmes auraient été prêtes à sortir encore plus tôt qu'à J2 de leur accouchement. 67% d'entre elles ne l'auraient pas été.

Figure 4 : ressenti global par rapport au RPDA

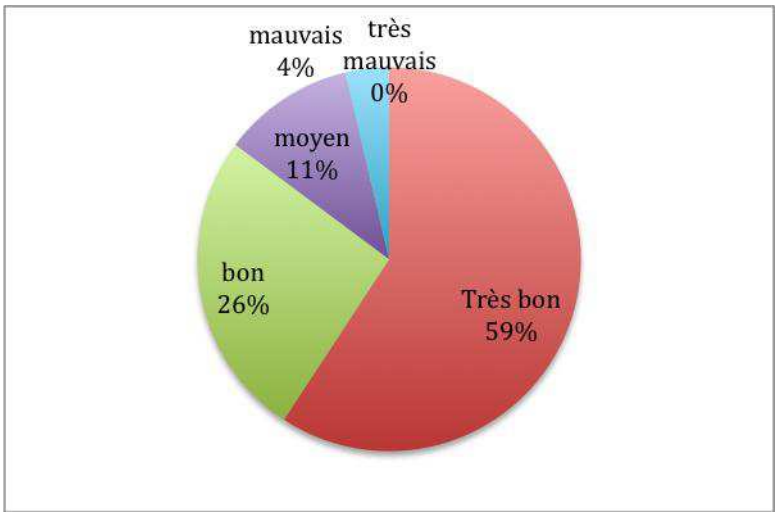


Tableau 12. Ressenti général des patientes

	N = 54
	n (%) moyenne [min ; max]
Ressenti global concernant le RPDA	
- Très bon	32 (59)
- Bon	14 (26)
- Moyen	6 (11)
- Mauvais	2 (4)
- Très mauvais	0 (0)
La sage-femme à domicile a-t-elle répondu à vos attentes ? (N= 50)	
Oui	44 (88)
Non	6 (12)
Seriez-vous prête à renouveler cette expérience lors d'une future grossesse ?	
Oui	49 (91)
Non	5 (9)
Auriez-vous été prête à sortir plus précocement ?	
Oui	18 (33)
Non	36 (67)

Tableau 13. Comparaison du ressenti global pour les patientes à qui l'on a suggéré une sortie précoce et pour les patientes pour qui la sortie n'a pas été suggérée

			N = 54 n (%)
	Sortie précoce « non suggérée » (n = 43)	Sortie précoce « suggérée » (n = 11)	p
Ressenti général			
« Très bon »	26 (60,5)	6 (54,5)	
« Bon »	11 (25,6)	3 (27,3)	
« Moyen »	5 (11,6)	1 (9,1)	
« Mauvais »	1 (2,3)	1 (9,1)	0,7

Les caractéristiques des deux patientes pour qui le vécu global de la sortie précoce a été mauvais sont les suivantes : la première avait demandé à sortir plus tôt, elle est troisième pare, n'était jamais sortie plus tôt lors de précédents accouchements. Elle avait choisi un allaitement maternel et avait bénéficié de deux visites par la sage-femme à domicile, d'une durée de 15 minutes, qu'elle a jugées « suffisantes ». Cette patiente a estimé qu'elle n'avait finalement pas pu suffisamment se reposer à domicile, notamment avec ses deux enfants en bas âge, car son aide à la maison était limitée.

La deuxième patiente s'était vue suggérée le retour précoce à domicile, elle est également troisième pare et n'était jamais sortie plus tôt auparavant. Elle avait choisi un allaitement mixte, et a bénéficié d'une unique visite de dix minutes de la sage-femme à domicile, qu'elle a jugé « insuffisante ».

5.3.10 Avantages et inconvénients du RPDA selon les femmes

Une partie de texte libre dans le questionnaire permettait aux femmes d'expliquer selon elles, les avantages et les inconvénients des sorties à J2.
52 femmes (96%) se sont exprimées quant aux avantages de la sortie précoce
Les principaux avantages évoqués par ces dernières étaient :

- le retour plus rapide dans un cadre de vie habituel et dans un rythme « normal »
- l'absence limitée auprès de la fratrie
- une meilleure gestion de la fatigue à la maison (soins tôt le matin et bruits à l'hôpital, emploi du temps personnalisé à la maison et grasses matinées possibles)
- possibilité pour le père d'expérimenter les premiers jours du bébé
- un interlocuteur médical unique et plus de temps de discussion
- sortir du contexte médicalisé

27 femmes (50%) se sont exprimées quant aux inconvénients de la sortie précoce.
Les principaux inconvénients évoqués par celles-ci étaient :

- moins de repos possible qu'à l'hôpital
- la solitude avec son enfant et « devoir se débrouiller toute seule face à ses inquiétudes »
- le mauvais contact avec la sage-femme à domicile
- la tendance au surmenage

Troisième partie
Discussion

I- Rappel des résultats

L'analyse des résultats a permis de mettre en évidence plusieurs points essentiels concernant le retour précoce à domicile et son organisation à Port Royal.

La fréquence des sorties à J2 est faible mais globalement comparable aux données de l'enquête périnatale de 2010. En effet, sur notre période d'étude, le taux de sorties à J2 à Port Royal s'élève à 2,8%. Dans l'enquête périnatale, le taux de sorties à J2, pour l'année 2010, est de 3% pour les maternités de niveau III, et de 2% pour l'ensemble des maternités (niveau I, IIA, IIB et III).

Il n'existe pas réellement de « profil type » des femmes sortant à J2, mais ces dernières sont plus souvent d'origine française, bénéficient d'une meilleure couverture sociale et sont souvent issues de catégories socio-professionnelles privilégiées. Elles sont également plus souvent multipares, accouchent à un âge gestationnel plus avancé, et plus souvent sans analgésie péridurale. D'autre part, l'allaitement choisi est plus souvent un allaitement maternel exclusif. Les nouveau-nés sortis à J2 ont un poids de naissance supérieur à ceux sortis plus tard, ce qui correspond à leur âge gestationnel plus élevé. Les pH de ces derniers sont également en moyenne plus élevés que ceux des enfants sortis à J3 ou plus.

Les femmes sortant à J2 sont globalement satisfaites de la sortie précoce et des modalités de retour à domicile, que la sortie ait été réalisée à leur demande ou non.

Il reste cependant des points d'amélioration si l'on souhaite généraliser les sorties à J2, notamment concernant la mise en place de réseaux efficaces entre ville et hôpital et l'information en amont qui doit être délivrée par les professionnels de santé au cours du suivi de grossesse.

II- Forces et limites

- Forces et limites de l'étude cas-témoins

Les limites de l'étude cas/témoins sont les suivantes :

Il s'agit d'une étude unicentrique, qui ne permet pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble des femmes qui accouchent en France, en particulier dans les maternités de niveau I et II.

De plus, notre étude cas/témoins ne concerne que 148 patientes, car nous pensions que le nombre de sorties précoces en six mois serait plus important. Il aurait peut-être été judicieux, pour augmenter la puissance de l'étude, d'apparier les patientes sorties à J2 avec deux témoins.

Enfin, nous n'avons aucun moyen de récupérer des informations concernant les éventuelles ré hospitalisations des enfants sortis à J2 ou à J3 ou plus, ce qui aurait été intéressant.

Cependant, nous avons étudié de nombreuses caractéristiques maternelles, obstétricales et néonatales. Ceci permettra également de comparer les pratiques de Port Royal aux dernières recommandations de la HAS.

A notre connaissance, il s'agit également de la première étude de ce type en France, ce qui fait son originalité.

- Forces et limites de l'enquête de satisfaction

Pour l'étude de satisfaction, le faible effectif de patientes interrogées fait partie des principales limites.

20 patientes sur 74 n'ont pas répondu, cependant il n'existait pas de différences entre ces patientes et celles ayant répondu.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées : elles n'ont pas répondu au questionnaire soit parce que la sortie précoce a été mal vécue, soit parce que tout s'est bien passé. Il est difficile d'extrapoler la raison en l'absence de réponses de leur part.

Cette enquête de satisfaction ne s'est pas intéressée au délais entre la sortie de la maternité et le passage de la sage-femme à domicile, ceci manquait a posteriori pour l'analyse des résultats. D'autre part, aucune distinction n'a été faite entre la

sortie en HAD et la sortie PRADO, d'une part parce que le mode de sorti n'est pas codé dans DIAMM, d'autre part parce que nous n'avons pas eu le réflexe de nous intéresser à cette distinction, le PRADO n'étant initialement pas prévu pour prendre en charge les sorties à J2. Le dernier écueil de cette partie de l'étude est l'absence d'évaluation de la satisfaction des patientes sorties à J3 ou plus. Ceci nous empêche de comparer la satisfaction des patientes qui ont bénéficié d'une sortie précoce et de celles qui n'en ont pas bénéficié.

La principale force de cette partie de l'étude est le haut taux de réponse au questionnaire de satisfaction, qui s'élevait à 73%, ce qui est important comparativement aux taux retrouvés habituellement dans les enquêtes de satisfaction.

De plus, nous avons retrouvé très peu d'études de satisfaction dans la littérature, notamment française, ce qui confirme l'originalité de cette enquête. Il s'agit également d'un sujet d'actualité compte-tenu du contexte médico-économique actuel.

III- Discussion des résultats

3.1 Caractéristiques des femmes qui bénéficient d'un retour précoce à domicile après accouchement

Notre étude cas-témoins a permis de mieux définir les caractéristiques des femmes bénéficiant d'un RPDA.

3.1.1 Des recommandations de la HAS globalement bien respectées

L'une de nos hypothèses était que les patientes qui peuvent bénéficier d'un retour précoce à domicile étaient issues d'une catégorie socio-économique favorisée. La comparaison des caractéristiques maternelles entre les patientes sorties à J2 et celles sorties à J3 ou plus a confirmé cette hypothèse, puisque les patientes sorties à J2 bénéficient significativement d'une meilleure couverture sociale (sécurité sociale et mutuelle) et sont plus souvent de nationalité française. Concernant la profession des patientes, les femmes sorties à J2 sont en grande proportion des cadres d'entreprise et plus souvent issues du milieu médical ou paramédical (médecins, sage-femme, infirmières).

Ces résultats étaient relativement prévisibles car un milieu socio-économique favorisé semble a priori être un gage d'autonomie, nécessaire pour les patientes qui sortent plus tôt de la maternité : ce type de patiente connaît en effet a priori mieux le système de santé et de soin français et devrait plus facilement savoir à qui s'adresser en cas de questions à poser ou de soucis médical pour elle ou leur enfant.

De ce point de vue, les pratiques de Port Royal sont en accord avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (13) qui préconisent d'évaluer les conditions sociales des familles, qui doivent être « satisfaisantes à la date envisagée pour le départ ».

D'un point de vue médical, nous avons constaté que les patientes ayant bénéficié d'une sortie précoce étaient, de manière prévisible, plus souvent multipares. Ces dernières ont donc déjà une expérience de l'accouchement, et ont une plus grande probabilité de se sentir à l'aise dans les soins à apporter au nouveau-né. Ceci correspond également aux recommandations de la HAS de 2004 selon lesquelles la mère doit avoir « une compétence et une autonomie suffisante

pour l'allaitement, les soins au bébé et pour l'observation des signes d'alerte concernant elle-même ou son bébé ». Nous pourrions cependant penser que les grandes multipares seraient parfois mieux « entourées » à l'hôpital et aurait plus de temps pour prendre soin d'elle par rapport à un retour précoce à domicile qui leur impose de s'occuper de leurs enfants en bas âges. Le repos était d'ailleurs vécu à la fois comme un avantage de la sortie précoce pour certaines patientes interrogées, ou comme un inconvénient (manque de repos) pour d'autres.

Concernant le mode d'accouchement, la comparaison des patientes sortie à J2 avec les patientes sorties à J3 ou plus n'est pas significative, mais une tendance est tout de même remarquée en faveur de la voie basse spontanée. D'autre part, l'absence d'hémorragie du post-partum semble influer sur la durée de séjour à l'hôpital, même si les résultats sont à la limite de la significativité. Les dernières recommandations de la HAS de 2014 (20) insistent sur la surveillance du risque hémorragique dans le post-partum immédiat et en suites de couches. Notons toutefois que l'hémorragie de la délivrance n'est pas une contre-indication à la sortie précoce, si elle a été « contrôlée et traitée ». Pour la seule patiente de notre étude sortie à J2 et ayant saigné après l'accouchement (moins de 1000 cc), « la recherche de signes cliniques et biologiques d'anémie » a été effectuée, ce qui est en accord avec les recommandations.
Nous avons constaté que la majorité des patientes sorties à J2 ne présentait pas d'antécédents médicaux notables, qu'elles présentaient peu de pathologies et étaient globalement peu hospitalisées pendant la grossesse. Ceci est totalement en accord avec la définition du « bas risque maternel » redéfini dans les dernières recommandations de la HAS (« absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu » et « absence de pathologie chronique mal équilibrée »). Le faible nombre de réhospitalisations des patientes d'une manière générale confirme que les patientes étaient à « bas risque ».

L'étude nous a également permis de mettre en évidence un âge gestationnel des nouveau-nés sortis à J2 plus élevé que ceux sortis plus tard. Les dernières recommandations précisent en effet que les nouveau-nés qui bénéficient d'un RPDA doivent être à un terme supérieur ou égal à 38 SA, ce qui permet de diminuer le risque d'hyperbilirubinémie sévère, dont la prévention fait l'objet d'un point spécifique dans les dernières recommandations. L'ictère sévère est en effet, d'après la thèse de S. Parets sur le parcours médical des nouveau-nés dans leur premier mois de vie

(21), l'une des causes principales d'hospitalisation précoce dans la période néonatale, avec la déshydratation. Il est donc nécessaire d'évaluer de manière rigoureuse les facteurs de risque d'ictère (ictère dans les 24 premières heures, antécédents familiaux d'incompatibilité foetomaternelle, de déficit en G6PD, hématomes, céphalématomes, parents originaires d'Asie, d'Afrique, des Antilles) afin de palier d'éventuelles réhospitalisations.
Les données de la littérature sont contradictoires concernant le lien entre augmentation du taux d'hospitalisation des nouveau-nés et diminution de la durée de séjour. Une étude récente, publiée dans la revue Pediatrics, Early readmission of newborns in a large health care system (22), a mis en évidence que les enfants à terme, nés par voie basse, qui avait été réhospitalisés, avaient eu une durée de séjour légèrement plus longue que ceux non réhospitalisés (durée de séjour de 42,6h en moyenne pour les enfants réhospitalisés, contre 41,5h pour les enfants non réhospitalisés). Ceci pourrait s'expliquer par la présence de facteurs tels que des difficultés d'alimentation ou l'attente d'un taux de bilirubine prélevé qui pourrait être associés à un risque important de réadmission.

Notons enfin que les nouveau-nés sortis à J2 avaient un poids plus élevé que les nouveau-nés sortis plus tard. Les nouveau-nés plus petits sont plus à risque d'hypoglycémie ou de difficultés alimentaires, qui conduisent à la déshydratation, deuxième cause d'hospitalisation dans le premier mois de vie. D'après notre étude cas/témoins, six nouveau-nés sortis à J2 avaient un poids inférieur à 3000g, mais les dernières recommandations de la HAS ne stipulent pas de poids « limite » pour autoriser un retour précoce à domicile. Il est seulement précisé que la perte de poids devra être inférieure à 8% par rapport au poids de naissance au moment de la sortie.

3.1.2 Un profil de femmes qui pourraient souhaiter une moindre médicalisation de l'accouchement et un respect de la physiologie en l'absence de pathologie

Notre étude cas/témoins a également mis en évidence des caractéristiques des patientes sorties à J2 en accord avec une certaine vision de la grossesse qui se voudrait moins médicalisée, qu'il s'agisse du suivi de grossesse, de l'accouchement, ou du post-partum (avec notamment le choix de l'allaitement).
La quasi absence de projets de naissance est en ce sens assez surprenante. Seule une patiente avait en effet rédigé un tel projet. Ceci pourrait s'expliquer par la

structure de la maternité de Port Royal, maternité de niveau III, qui ne propose pas systématiquement aux femmes et aux couples d'exprimer leurs souhaits dans un projet de naissance. Nous pouvons à l'inverse supposer que le suivi de grossesse par une sage-femme lorsque la grossesse est à bas risque est peut-être suffisant pour les couples, qui ne considèrent pas devoir rédiger leurs questions et requêtes, déjà entendues tout au long du parcours de soin.
Concernant le déroulement de la grossesse, la majorité des patientes n'a pas effectué de préparation à l'accouchement, mais cela s'explique par la grande proportion de multipares qui a bénéficié d'un RPDA. En effet, d'après les données de la dernière Enquête Nationale Périnatale de 2010, seulement 28,5% des multipares avaient suivi une préparation à la naissance (contre 73,2% des primipares) (6). Nous pouvons noter que le fait de « sortir d'un contexte médicalisé » faisait partie des avantages exprimés par un nombre conséquent de patientes dans l'enquête de satisfaction qui leur était proposée.

Nous avons également constaté que les patientes sorties à J2 avaient significativement plus souvent accouché sans péridurale que les femmes du groupe témoin. Le taux d'accouchement sans analgésie péridurale dans notre population de femmes sorties à J2 s'élève à 14,9%, tandis que ce chiffre ne dépasse pas 5% d'après les statistiques de Port Royal pour l'année 2013. Ceci témoigne une nouvelle fois de la volonté d'un certain respect de la physiologie du travail et de l'accouchement exprimé par ces patientes, en accord avec l'éventuel souhait d'un retour plus tôt dans le cadre de vie habituel.

Le taux d'allaitement maternel est également significativement plus élevé chez les patientes sorties à J2 que chez celles sorties à J3 ou plus. Ce résultat peut apparaître à première vue surprenant, car nous nous attendions à ce que les sorties précoces soient en priorité proposées aux patientes ayant choisi un allaitement artificiel, qui permet de mieux contrôler la prise de poids du nouveau-né et d'éviter les complications d'un allaitement maternel (crevasses, engorgement, ou toute autre pathologie). A la maternité Port Royal, le taux d'allaitement maternel exclusif à la sortie de salle de naissance, toutes patientes confondues, pour l'année 2013 était de 75,3%, et ce taux diminuait à 60,4% au moment du retour à domicile. Dans notre étude, le taux d'allaitement maternel exclusif des patientes sorties à J2 s'élevait à 74,3%, et parmi les patientes interrogées, aucune n'avait arrêté d'allaiter au moment où elles ont été recontactées, soit minimum 20 jours après leur accouchement. Ceci peut s'expliquer par la forte proportion de multipares, plus à l'aise avec leur

allaitement, mais aussi peut-être parce que le séjour raccourci en maternité pour ces patientes ne permet pas l'introduction de compléments.
La thèse de S.Parets s'est intéressée à l'évolution du mode d'allaitement entre J0 et J30 à la maternité Antoine Béclère à Clamart, maternité de niveau III de la région parisienne. Un mois après la naissance, 48% des nouveaux-nés, sortis en moyenne entre J2 et J5 de vie étaient nourris exclusivement au sein, contre 74% à la maternité (21), ce qui correspond aux chiffres retrouvés à la maternité Port Royal. Dans l'article « Sorties précoces de maternité et hospitalisation à domicile : expérience ariégeoise » (23), l'étude du taux d'allaitement maternel exclusif à 1 mois auprès des patientes sorties plus tôt de la maternité (pour des nouveaux-nés sortis entre moins de vingt-quatre heures et soixante-douze heures) était équivalent auprès des patientes ayant bénéficié d'une durée de séjour plus longue. Nos résultats concordent avec ce travail. A l'inverse, une étude américaine de Heck et al a mis en évidence une relation entre sortie précoce de maternité et un allaitement maternel de plus courte durée (24).

Notons enfin que le taux important de femmes cadres et de professions médicales au sein de notre échantillon de femmes sorties à J2 concorde avec une certaine connaissance du système de soin. Ces patientes connaissent bien les alternatives à l'hospitalisation, puisqu'elles ont a priori une meilleure connaissance du système de santé. Elles seraient donc plus à même de planifier la sortie, en anticipant la prise de rendez-vous chez le pédiatre ou un généraliste, ou en ayant déjà contacté une sage-femme libérale par exemple.

3.2 La préparation de la sortie

3.2.1 Le respect de la volonté et de l'autonomie de la patiente

D'après notre étude de satisfaction, nous avons constaté que la majorité des sorties précoces résultait de la demande des femmes elles-mêmes. Cela est particulièrement important, car un retour précoce ne peut en aucun cas être imposé. Dans les recommandations de la HAS de 2004, ainsi que dans les dernières de 2014, le retour précoce à domicile doit absolument répondre à la demande des mères sous peine d'être mal vécu et d'être potentiellement moins sécuritaire si le couple n'y est pas préparé : *« il est important de préciser aux parents qu'ils restent*

libres d'exprimer leurs souhaits et ressenti après l'accouchement, que ce projet est révisable, mais qu'en aucun cas une sortie précoce ne pourra leur être imposée ».
Notons que « l'interaction mère-enfant satisfaisante » fait partie des critères de la définition du bas risque maternel pour un retour précoce à domicile dans les dernières recommandations, hors cet établissement du lien mère-enfant sera facilité seulement dans le cas où la mère aura été d'accord pour un retour précoce et/ou si elle l'a demandé, car le fait d'être dans un environnement familier à domicile pourra aider à son instauration. Un retour forcé sera délétère, car la mère et le couple seront anxieux.
S. Paret, après avoir étudié le nombre de consultations dans le premier mois de vie du nouveau-né, met en évidence que « les femmes qui ont eu l'impression de manquer de conseils à la maternité ou qui ont mal vécu leur retour à domicile (dépassées par les soins ou fatiguées) ont sensiblement plus consulté que les autres » (21). Le ressenti des mères est donc essentiel à prendre en compte dans le cadre d'un retour précoce à domicile, puisqu'il a un impact sur l'organisation et la prise en charge future du couple mère-enfant.

Notre étude met en évidence des motivations qui reviennent de manière récurrente chez les patientes, comme la présence d'enfants en bas âges à domicile ainsi que la volonté de retourner dans un cadre de vie habituel pour trouver un soutien familial ou du repos. Ces mêmes motivations ont également été décrites par une enquête du Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE), « Sortie de maternité et bien-être des femmes », publiée en novembre 2012 (25). Cette enquête n'est pas représentative de toutes les femmes susceptibles de sortir plus tôt de maternité, mais c'est une des seules effectuée en France et le nombre de femmes qui y ont participé est important (n = 5417). Parmi les motivations des patientes pour raccourcir le séjour en maternité, on trouve notamment la volonté de rejoindre au plus vite leur famille, surtout pour les multipares, mais aussi pour les primipares qui regrettent que le père ne puisse pas dormir à la maternité (pour profiter des premiers instants avec le nouveau-né mais également pour pouvoir bénéficier d'un soutien permanent). Les femmes mettent également en avant le manque de confort de l'hôpital et la fatigue que cela engendre par rapport à l'environnement familier que constitue le domicile. Enfin, certaines patientes ne voient pas d'avantage à rester plusieurs jours à l'hôpital car elles se sentent confiantes dans leurs capacités de mère en l'absence de problème médical. Ceci est à prendre en compte car le respect

de l'autonomie des patientes est primordial. Sans cela, certaines pourraient se sentir infantilisées et perdre confiance en elles.

3.2.2 Une sortie qui pourrait être anticipée

Nous avons également constaté, à travers l'enquête de satisfaction, que 71% des femmes avaient pris la décision de la sortie précoce après leur accouchement. Cela n'est pas en accord avec les nouvelles recommandations de la HAS, qui préconisent que le retour à domicile et a fortiori le retour précoce, soit anticipé durant la grossesse, pour permettre une meilleure organisation des familles : *« il est recommandé que chaque femme enceinte et/ou couple reçoive, au cours du troisième trimestre de la grossesse et avant la naissance, des informations concernant le séjour à la maternité, le post-partum et le retour à domicile après l'accouchement ».* L'organisation préalable des familles permettrait par exemple d'établir un premier contact avec le professionnel qui viendra effectuer les visites à domicile, afin que ce dernier puisse connaître le dossier médical au mieux et puisse établir une relation de confiance avec la femme et le couple. Les dernières recommandations insistent en effet sur cette nécessité pour les couples de choisir tôt un professionnel référent pour les jours qui suivent le retour à domicile. Ce professionnel doit être contacté avant la naissance, et peut être une sage-femme libérale ou de PMI, ou un médecin généraliste ou spécialiste : *« il est en charge du repérage des situations à risque et de l'orientation de la femme vers d'autres professionnels en cas de complications. Il conseille également la femme et le couple sur la planification des soins futurs pour la mère et l'enfant ».* L'anticipation est le gage d'une sortie bien vécue par la mère et le couple, il est donc nécessaire de sensibiliser les professionnels de santé qui participent au suivi de grossesse à cette problématique du retour précoce à domicile. Ceci constituera sans aucun doute un axe d'amélioration dans les mois et les années à venir à la maternité Port Royal.

3.3 Des femmes sorties à J2 globalement satisfaites

3.3.1 L'enquête de satisfaction

Les patientes sorties à J2 ont été interrogées au plus tôt à J20 de leur accouchement, et au plus tard à J30. Elles sont globalement très satisfaites de ce mode de sortie, tant d'un point de vue strictement organisationnel (nombre de passages de la sage-femme, durée des visites) que d'un point de vue humain. 85% d'entre elles ont en effet « très bien » ou « bien » vécu le retour précoce, et 91%

d'entre elles seraient prêtes à renouveler l'expérience pour une future grossesse. Ceci témoigne d'une relativement bonne organisation à la maternité Port Royal pour ces RPDA, en accord une nouvelle fois avec les recommandations de la HAS et avec la volonté de respecter le souhait des patientes.

Pour des raisons de temps et dans le cadre de ce mémoire, nous n'avons pu évaluer la satisfaction des patientes sorties à J3, mais l'étude du CIANE (25) a constaté, en évaluant l'état psychologique des femmes après la sortie de maternité, que « le pourcentage de femmes désemparées, angoissées ou incertaines augmente avec la durée du séjour en maternité : autrement dit, ce n'est sans doute pas une durée trop courte de séjour qui est cause d'une difficulté au retour à la maison, au moins pour les femmes ayant accouché par voie basse ». L'accompagnement des femmes au sein de la maternité n'est donc sans doute pas toujours adapté à ces dernières, qui jugent que l'attention portées à leur forme physique et surtout psychologique est insuffisante. C'est ce que démontre également l'étude Ariégeoise sur les sorties précoces de maternité (23), où les familles sorties entre 24 et 72h de la maternité semblent mieux informées et conseillées, sans doute grâce à une meilleure disponibilité du personnel soignant effectuant les visites à domicile. La personnalisation des suites de couches semble donc être nécessaire, afin que les femmes se sentent soutenues et écoutées dans cette période délicate du post-partum.

3.3.2 Une surveillance médicale jugée satisfaisante

Les patientes interrogées dans notre étude sont globalement très satisfaites du suivi qui a été effectué par la sage-femme à domicile. La fréquence des visites ainsi que leur durée ont en effet été jugées « suffisantes » par la plupart d'entre elles. Une étude de l'Assurance Maladie d'octobre 2013 (18) s'est intéressée à la satisfaction des femmes qui ont bénéficié d'un retour à domicile encadré par le PRADO, et a montré que 91% des femmes interrogées étaient « très satisfaites » et 9% « plutôt satisfaites » de cet accompagnement. Dans cette étude, les femmes bénéficiaient d'une durée moyenne de séjour légèrement inférieure à 4 jours (3,98 jours), mais ce dispositif étant largement utilisé à Port Royal pour les sorties précoces, nous pouvons nous permettre de penser que la satisfaction des patientes interrogées est transposable à notre population.

En moyenne, les patientes sorties à J2 ont bénéficié de deux visites par la sage-femme à domicile, ce qui correspond aux recommandations de la HAS qui préconise, dans son cahier des charges, deux visites systématiques et une troisième recommandée, réalisées à domicile de préférence ou dans un lieu de soin prévu à cet effet. La première visite doit être réalisée dans les 24h après la sortie de maternité. Si la visite n'est pas possible dans ce temps, la sortie doit être reportée. La deuxième visite est planifiée « selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi de la mère et de l'enfant ». Dans 88% des cas, la sage-femme a répondu aux attentes des patientes, ceci est particulièrement important pour une meilleure continuité de la prise en charge, en vue d'optimiser l'organisation du parcours de soin et donc la prise en charge des mères et des enfants en post-partum. Notons cependant que seulement 8 patientes connaissaient déjà la sage-femme libérale venue à domicile. Ce point est sans doute à améliorer dans l'objectif du travail en réseaux, encouragé par les dernières recommandations de la HAS. Le travail de coordination entre ville et hôpital est en effet nécessaire à une bonne continuité des soins et au bon fonctionnement du retour précoce à domicile après l'accouchement. La HAS insiste sur les liens de confiance entre les différents intervenants de la ville et de l'hôpital, ainsi que sur la cohérence des pratiques et des discours auprès des femmes et des couples.

IV- Propositions : favoriser le rôle de la sage-femme, coordinatrice du parcours de soins de la femme enceinte

4.1 Des éléments positifs…

Globalement, les pratiques de Port Royal concernant les sorties précoces sont en accord avec les dernières recommandations de la HAS de mars 2014. Les patientes et les nouveau-nés qui bénéficient d'un retour précoce à domicile sont bien une population dite « à bas risque », et cette population semble satisfaite de ce mode de sortie, comme en témoigne notre enquête de satisfaction.

Notre enquête a révélé que les patientes avaient tout de même beaucoup de questions à poser, notamment au sujet de l'allaitement, qu'il soit maternel ou artificiel. La nécessité d'un accompagnement global et d'un suivi personnalisé est ainsi d'autant plus important aux vues de ces interrogations, qui devrait également être anticipées avant la sortie. D'autre part, quelques patientes n'ont pas bien vécu la sortie précoce, soit parce qu'elles ne l'avaient pas choisie soit parce que la sage-

femme à domicile n'avait pas répondu à leurs attentes. Ces cas de figure doivent bien évidemment se produire le moins possible, et la sélection des patientes en amont doit pouvoir éviter ce type de situations qui, même isolées, peuvent être catastrophiques pour la santé de la mère et de l'enfant.

4.2 …mais des pistes d'amélioration à la maternité Port Royal

Il semblerait intéressant d'envisager une uniformisation des pratiques à la maternité Port Royal pour le retour précoce à domicile avec éventuellement la rédaction d'un « protocole RPDA » afin de correspondre au plus près aux recommandations actuelles de la HAS. La sage-femme, acteur principal en suites de couches, doit être parfaitement aux faits des possibilités de relais à domicile lorsque les femmes sortent plus tôt de maternité, et doit s'assurer que la patiente a bien souhaité un retour anticipé et compris ses modalités. Elle doit aussi limiter autant que possible le recours à l'hospitalisation à domicile, qui n'est plus recommandé lorsque le post-partum est physiologique.

La sage-femme est également le principal interlocuteur des femmes au cours de la grossesse, c'est donc à elle d'informer les femmes de la possibilité d'un retour précoce à domicile durant le suivi, soit à l'occasion d'un entretien précoce du quatrième mois, soit à l'occasion des consultations classiques ou encore pendant les cours de préparation à l'accouchement et à la parentalité.

Pour cela, une information orale doit être dispensée aux femmes et aux couples, car ces derniers sont considérés comme responsables et acteurs à part entière de leur parcours de soin. Une information écrite devrait également être remise, spécifiant les conditions d'un retour précoce à domicile et permettant à la femme de s'organiser en amont, notamment en contactant une sage-femme libérale avant son accouchement.

Afin de favoriser une bonne coordination des soins entre la maternité Port Royal et la ville, une fiche de liaison maternité-ville, regroupant les principales informations médico-sociales de la mère et de l'enfant, devrait être transmise avant la sortie de la maternité, tel que recommandé, avec un numéro de téléphone ou une adresse e-mail pour que le professionnel de ville puisse contacter la maternité en cas de problème ou de question par rapport au dossier.

Conclusion

Les sorties précoces de la maternité après un accouchement sont un sujet d'actualité, qui méritent une attention toute particulière puisque le parcours de santé des femmes tend vers une organisation de moins en moins « hospitalo-centrée », notamment dans la période du post-partum. En effet, les restrictions budgétaires que subissent actuellement les établissements de santé ont pour solution une diminution de la durée de séjour, envisageable dans la période du post-partum grâce à l'organisation en réseau entre ville et hôpital. Une bonne articulation entre le suivi médical, le séjour en maternité et le retour à domicile sera assurée par un accompagnement personnalisé et organisé en amont. L'information des couples est donc essentielle, et ce pendant la grossesse, afin d'anticiper un éventuel retour précoce à domicile. La continuité de prise en charge des femmes et de leurs nouveau-nés en bonne santé doit donc être coordonnée, et axée sur la prévention, le dépistage, et la responsabilisation des femmes et des couples.

Notre étude a pu montrer que la maternité de Port Royal effectuait des sorties précoces globalement en accord avec les dernières recommandations de la HAS de mars 2014, et qu'un nombre conséquent de patientes étaient susceptibles de sortir plus tôt après leur accouchement. L'enquête de satisfaction nous a permis de constater que les patientes étaient plutôt très satisfaites de ce mode de sortie, ce qui laisse suggérer qu'il existe une bonne communication entre les femmes et les sages-femmes de suites de couches d'une part, et des sages-femmes hospitalières avec le réseau d'autre part. Il nous semble primordial de développer cette communication afin que tous les retours précoces à domicile soient choisis, bien organisés et surtout bien vécus par les patientes et les couples.

Bibliographie

1) INSEE Vie publique. Démographie : 65,35 millions de français en 2011 http://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/demographie-65-35-millions-francais-fin-2011.html
2) C. Rumeau-Rouquette, C. du Mazaubrun. et al., Naître en France, 10 ans d'évolution, Paris, 1984
3) B. Coulm, "Accoucher en France : Prise en charge de la naissance en population générale", Thèse de doctorat en épidémiologie, Université Paris-Sud 11, novembre 2013.
4) Cour des comptes, Sécurité sociale 2011 disponible sur http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapportspublics/114000546/0000.pdf
5) Panorama de la santé 2009 et 2011. Les indicateurs de l'OCDE
6) Enquête Nationale Périnatale, 2010 disponible sur http://www.sante.gouv.fr/enquete-nationale-perinatale-2010.html
7) J.-M. Hascoët, P. Vert, Sortie de maternité et retour à domicile du nouveau-né, Masson 2010
8) J. Brunet, La sortie précoce de maternité vue par le pédiatre, 33ième congrès sur la périnatalité, juin 2004, http://sdp.perinat-france.org/GEN_LR_AP/documents/2002_2008/ap2004_recueil.pdf
9) Colloque Périnatalité, Sortie précoce de maternité : quels risques ? Les enjeux de l'accompagnement à domicile, Fédération Nationale des Associations de l'Aide Familiale Populaire, 2006
10) Mieux vivre avec notre enfant, de la naissance à deux ans. Institut national de santé publique du Québec, 2006 http://www.inspq.qc.ca/mieuxvivre/
11) Vert, P. and Arthuis, M. La première semaine de la vie. Académie Nationale de médecine, Paris, mai 2005
12) Rapport sur la Sécurité sociale, Cour des comptes, 2011
13) Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique clinique. Sorties précoces après l'accouchement. Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Mai 2004.
14) Plan périnatalité 2005-2007, Humanité, proximité, sécurité, qualité, 10/11/04

15) SROS IV, IDF volet hospitalier, chapitre 4 Périnatalité
16) Organisation Mondiale de la Santé. Programming stratégies for postpartum family planning, 2013, http:/www.who.int/reproductive-health/publications/msm_98_3/fr
17) Santé Service, Critères d'orientation des femmes en post-partum
18) « Le service d'accompagnement du retour à domicile après une hospitalisation : une montée en charge réussie sur le volet maternité », Point d'information, Assurance Maladie, 22 octobre 2013
19) HAS, « Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum. Recommandations. Saint-Denis la Plaine (Fra), avril 2011, disponible sur http://www.has-sante.fr
20) Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés, HAS/Service des bonnes pratiques professionnelles, Mars 2014 disponibles sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveau-nes
21) S. Parets, « Parcours médical des nouveau-nés dans leur premier mois de vie : étude prospective à partir d'une maternité de type III », Université Paris XI, 2010
22) PC Young, K. Korgenski, K. Buchi, Early readmission of newborns in a large health care system, Anglais (GB), Pediatrics, 2013
23) A. Charnot, JC Semet, C. Arnaud, A. Dali-Youcef, K. Abada, B. Gayzard, F. Lancelin, S. Pax-Chocois, N. Alves, A.M. Curat, A. Caubisens, I. Sicre, N. Montjaux-Regis, C. Casper, Sorties précoces de maternité et hospitalisation à domicile : expérience ariégeoise, Elsevier Masson, 2009.
24) K.E. Heck, KC Schoendord, GF Chavez, et al. Does postpartum length of stay affect breasfeeding duration ? A population-based study. Anglais (GB). Birth 2003
25) Sortie de maternité et bien-être des femmes, Enquête sur les accouchements, Dossier n°4, CIANE novembre 2012

Annexes

Annexe I : Questionnaire de satisfaction envoyé aux patientes sorties à J2 à J20 de l'accouchement

QUESTIONNAIRE SORTIES PRECOCES A PORT ROYAL

Je suis Marina Salomé, actuellement en quatrième année d'études à l'école de sages-femmes de Baudelocque. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, j'effectue une enquête de satisfaction sur les sorties précoces à Port Royal. Je sollicite donc votre participation pour répondre à ce questionnaire qui restera anonyme.

Votre grossesse a été suivie par

☐ sage-femme hospitalière ☐ sage-femme libérale
☐ gynécologue-obstétricien hospitalier ☐ gynécologue-obstétricien de ville
☐ médecin traitant

Avez-vous assisté à des séances de préparation à la naissance : ☐ oui ☐ non
Si oui,

- combien : ☐
- où : ☐
- avec qui : ☐
- quel type : ☐

Avez-vous rédigé un projet de naissance : ☐ oui ☐ non

1) Séjour en maternité

Etes-vous déjà sortie plus tôt de maternité lors d'un précédent accouchement ?

☐ oui ☐ non ☐ je n'ai jamais accouché auparavant

Aviez-vous déjà été informée de la possibilité d'un retour précoce à domicile avant la programmation de votre sortie de maternité ? ☐ oui ☐ non

Concernant votre sortie précoce :

Il s'agissait d'une demande de votre part ☐ oui ☐ non
Il vous a été suggéré de sortir plus tôt pour manque de place ☐ oui ☐ non

S'il s'agissait d'une demande de votre part

A quel moment avez-vous pris la décision de sortir plus tôt ?

☐ avant l'accouchement ☐ après l'accouchement

Quelle a été votre (ou vos) motivation(s)

☐ sage-femme libérale déjà connue
☐ soutien familial, amical à domicile
☐ expérience antérieure satisfaisante
☐ peur de l'hôpital
☐ besoin de repos à domicile
☐ enfant(s) à domicile. Si oui âge(s) : ☐
☐ retour dans le cadre de vie habituel
☐ autre(s) : ☐

S'il ne s'agissait pas d'une demande de votre part

Comment avez-vous ressenti le retour à domicile :
☐ très bien ☐ bien ☐ moyennement bien ☐ mal

Pour une prochaine grossesse, feriez-vous le choix d'une sortie précoce de la maternité si les conditions le permettaient ? ☐ oui ☐ non

2) Comment avez-vous choisi d'allaiter votre enfant à la naissance :

☐ Sein ☐ Biberon ☐ Mixte

Si vous avez choisi un allaitement maternel (si allaitement artificiel ne pas répondre) :

Allaitez-vous toujours ? ☐ oui ☐ non
Si vous avez arrêté, pour quel motif et à quel moment ? :

Avez-vous eu besoin de poser des questions concernant votre allaitement? ☐ oui ☐ non
Si oui, lesquelles ?

Qui y a répondu ?

☐ sage-femme à domicile ☐ sage-femme libérale ☐ conseillère en lactation
☐ PMI ☐ pédiatre ☐ entourage familial
☐ autre (précisez) :

Si vous avez choisi un allaitement artificiel :

Avez-vous eu besoin de poser des questions ? ☐ oui ☐ non
Si oui, lesquelles ?

Qui y a répondu ?

☐ SF à domicile ☐ SF libérale ☐ PMI
☐ pédiatre ☐ entourage familial
☐ autre :

3) Déroulement de votre suivi à domicile

Concernant l'organisation à la maison, qui vous a aidé ? (plusieurs réponses possibles) :

☐ aide à domicile ☐ famille ☐ amis ☐ père
☐ autre, précisez :

Aviez-vous déjà rencontré la sage-femme qui est venue vous voir après l'accouchement pendant la grossesse ? ☐ oui ☐ non

Si oui, à quelle occasion :

Combien de fois est passée la sage-femme ?
Jugez-vous ce chiffre :

☐ insuffisant ☐ suffisant ☐ excessif

Quelle était la durée moyenne des visites ?
Jugez-vous ce chiffre :

☐ insuffisant ☐ suffisant ☐ excessif

Depuis l'accouchement, y-a-t-il eu :

☐ consultation en urgence pour vous

☐ consultation en urgence pour le bébé

Si oui, quels en ont été les motifs :

☐ ré-hospitalisation pour vous

☐ ré-hospitalisation pour le bébé

Si oui, quels en ont été les motifs :

Avez-vous consulté d'autres professionnels de santé : ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez lesquels et pourquoi :

4) Si vous avez eu une déchirure/une épisiotomie

Qui vous a retiré les fils ?

☐ Infirmier(e) libéral(e)

☐ Sage-femme de l'hospitalisation à domicile

☐ Sage-femme libérale

☐ Autre :

5) Déroulement des soins de votre enfant

En France, des dépistages néonataux sont réalisés chez tous les nouveaux-nés afin de détecter 5 maladies génétiques qui nécessitent une prise en charge particulière de l'enfant (phénylcétonurie, hypothyroïdie congénitale, hyperplasie congénitale des surrénales, mucoviscidose, et pour les population à risque, drépanocytose). Votre enfant a bénéficié de ces dépistages (prélèvement de quelques gouttes de sang sur un papier buvard)

Qui les a effectués ? ☐ Sage-femme libérale ☐ Sage-femme à domicile ☐ PMI
☐ Puéricultrice libérale ☐ autre, précisez :

Depuis la sortie de la maternité, avez-vous eu besoin de peser votre enfant ?
☐ oui ☐ non

Si oui, où ? ☐ PMI ☐ Sage-femme à domicile ☐ pédiatre
Autre, précisez :

Votre enfant a-t-il eu besoin d'un dépistage de la jaunisse à l'aide d'un bilirubinomètre ? (Appareil qui permet de « flasher » le front et le thorax de l'enfant) ☐ oui ☐ non

Si oui, où ? ☐ PMI ☐ Sage-femme à domicile ☐ pédiatre
Autre, précisez :

Avez-vous eu des difficultés à effectuer les soins du cordon ombilical ? ☐ oui ☐ non

Si oui, qui vous a aidé ? ☐ PMI ☐ SF à domicile ☐ pédiatre
autre, précisez :

6) Satisfaction/ressenti globaux vis à vis de la sortie précoce

☐ Très bon ☐ Bon ☐ Moyen ☐ Mauvais ☐ Très mauvais

Quels avantages et/ou inconvénients avez-vous trouvé quant à ce mode de sortie ?

Avantages :

Inconvénients :

Pensez-vous que la sage-femme qui s'est rendue à votre domicile a répondu à vos attentes/besoins ?

☐ oui ☐ non

Pensez-vous renouveler cette expérience lors d'une future grossesse ? ☐ oui ☐ non

Pour quelle(s) raison(s) :

Vous sentiez-vous prête à sortir encore plus précocement ? ☐ oui ☐ non

Si oui à quel moment :

Quelles seraient vos suggestions pour améliorer le dispositif mis en place à domicile ?

Annexe II : Critères définissant la mère et l'enfant à bas risque en cas de sortie précoce. HAS/service des bonnes pratiques professionnelles, mars 2014

Critères définissant la mère et l'enfant à bas risque en cas de sortie précoce

	Mère	Validation *(cocher si oui)*
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addiction et de dépendances sévères	
2	Soutien familial et/ou social adéquat	
3	Absence de pathologie chronique mal équilibrée	
4	Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu	
5	Absence d'hémorragie de la délivrance sévère***	
6	Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection	
7	Absence de signes thromboemboliques	
8	Douleur contrôlée	
9	Interactions mère-enfant satisfaisantes	
10	Accord de la mère et/ou du couple	
Conclusion : femme éligible (oui/non)		

* instabilité psychique, antécédents de dépression du *post-partum*, prise de psychotropes, lien mère-enfant perturbé, manque d'autonomie pour réaliser les soins de base, déficience mentale, etc.
** mineure, précarité, logement non adéquat, etc.
*** pertes sanguines estimées supérieures à 1 500 cc, transfusion de produits sanguins labiles, embolisation artérielle, nécessité de procédures chirurgicales.

Page 2/2

	Enfant	Validation *(cocher si oui)*
1	Nouveau-né à terme **≥ 38 SA**, singleton et eutrophe	
2	Apgar ≥ 7 à 5 minutes	
3	Examen clinique normal* **le jour de sortie**	
4	Température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C	
5	Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère), mictions et émissions **spontanées** des selles, transit établi	
6	Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance	
7	Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (bas risque uniquement)	
8	Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs	
9	Vitamine K1 donnée	
10	Dépistages néonatals prévus et leur traçabilité assurée	
11	Suivi *post-partum* après la sortie organisé : 1re visite prévue **dans les 24 heures après la sortie**	
Conclusion : nouveau-né éligible (oui/non)		

Retour précoce à domicile après l'accouchement : étude prospective à la maternité Port-Royal

On assiste aujourd'hui en France à une volonté de réduire le séjour en maternité pour limiter les dépenses de santé, alors que le nombre de naissances ne cesse d'augmenter. La mise en place de sorties précoces après l'accouchement est une des solutions à ce problème, mais nécessite une organisation particulière et une bonne coordination entre ville et hôpital.
La nouvelle maternité Port Royal, créée en février 2012, effectue de plus en plus de sorties précoces (J2). Quelles sont les caractéristiques des femmes qui sortent à J2 ? Comment le retour à domicile est-il vécu lorsqu'il a lieu et quelles en sont les modalités ? Pour y répondre nous avons réalisé une étude prospective à Port Royal, en comparant les caractéristiques de toutes les patientes sorties à J2 entre janvier et juillet 2013, à celles de patientes sorties à J3 ou plus dans une étude cas/témoin (n=148), puis en évaluant la satisfaction des patientes sorties à J2 vingt jours après leur sortie à travers un questionnaire informatisé (n=54). Il n'existe pas vraiment de « profil type » de femmes sortant à J2, malgré quelques différences de caractéristiques entre ces dernières et les patientes sorties à J3 ou plus. Globalement, les femmes sortant à J2 sont satisfaites de la sortie précoce et des modalités de retour à domicile.
Il reste cependant des points d'amélioration si l'on souhaite généraliser les sorties à J2, notamment concernant l'information en amont qui doit être délivrée par des professionnels de santé tout au long du suivi de grossesse.

Mots-clés : accouchement naturel, sortie du patient, durée du séjour, maternité (hopital), recommandation professionnelle

Early post-natal discharge : a prospective study at the maternity of Port Royal

Today in France, there is a will to shorten the length of hospitalisation to try to limit the health expenses, as the number of births is increasing. One solution would be an earlier postnatal discharge but would require a special coordination between the town and hospital.
The new maternity of Port Royal, which was established in February 2012, uses more and more frequently an early postnatal discharge. What are the caracteristics of women who are discharged earlier? How do they feel when they come home and how is the follow-up organized?
To answer these questions, a prospectiv study in Port Royal has been done, comparing caracteristics of each patient who has been discharged earlier and those who have been discharged later (n=148).
We then evaluated the satisfaction of patients who were discharged earlier thanks to a questionnaire (n=54). There is no « standard profile » of women who are discharged earlier, except a few differences of caracteristics. Overall, women interwiewed are satisfied with an early postnatal discharge and the modality of follow-up.
There are however possibilities of improving this practice, especially by giving information before the birth. This information needs to be given by health-care professionals during the pregnancy.

Keywords : natural child birth, patient discharge, length of stay, hospital, maternity, guideline