



HAL
open science

Le retour précoce à domicile. Point de vue des patientes à travers une enquête prospective en Seine-Maritime

Andreia Bessa Do Amaral Coutinho

► To cite this version:

Andreia Bessa Do Amaral Coutinho. Le retour précoce à domicile. Point de vue des patientes à travers une enquête prospective en Seine-Maritime. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01396538

HAL Id: dumas-01396538

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01396538v1>

Submitted on 14 Nov 2016

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.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES

MÉMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2016

**Le retour précoce à domicile :
Point de vue des patientes à travers une enquête
prospective en Seine-Maritime**

MÉMOIRE PRÉSENTÉ PAR :

Madame Andreia BESSA DO AMARAL COUTINHO

Née le 5 décembre 1993

SOUS LA DIRECTION DE : Madame DARCET Fabienne

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES

MÉMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2016

**Le retour précoce à domicile :
Point de vue des patientes à travers une enquête
prospective en Seine-Maritime**

MÉMOIRE PRÉSENTÉ PAR :

Madame Andreia BESSA DO AMARAL COUTINHO

Née le 5 décembre 1993

SOUS LA DIRECTION DE : Madame DARCET Fabienne

Remerciements

J'adresse mes remerciements les plus sincères ...

*À madame Fabienne DARCET, directrice de ce mémoire, pour son aide, ses conseils et
l'intérêt porté à ce travail*

*À madame Cécile CAZE, guidante de ce mémoire pour sa disponibilité et sa
bienveillance*

*À mes parents, ma famille et mes amis me soutenant depuis si longtemps, sans jamais
faillir*

À Zaza, pour son temps et sa participation à ces 4 années

À Adriano, pour son soutien, sa compréhension et sa patience à chaque instant

*À mes compagnons de route, mes futures collègues pour tous ces bons moments, sans
quoi ces années d'études m'auraient semblé insurmontables*

*Je remercie enfin ma mère, cette force de la nature, ce modèle de courage, qui m'a
permis d'arriver jusqu'ici. Merci de m'avoir appris à croire en moi, et à ne jamais
baisser les bras.*

Glossaire

HAS : Haute autorité de santé

RPDA : Retour précoce à domicile après l'accouchement

DMS : Durée moyenne de séjour

HCSP : Haut conseil de santé publique

T2A : Tarification à l'activité

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

CIANE : Collectif interassociatif autour de la naissance

CPP : Centre périnatal de proximité

HAD : Hospitalisation à domicile

PRADO : Programme d'accompagnement du retour à domicile

PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité

UNAF : Union nationale des associations familiales

Table des matières

Introduction	1
Revue de la littérature	2
1. Des séjours de plus en plus court	2
1.1 Durée moyenne de séjour en France	2
1.2 Durée moyenne de séjour à l'étranger	2
1.3 Évolution du système de santé français et impact sur la durée de séjour	3
1.3.1 Modification du paysage obstétrical.....	3
1.3.2 Suivi personnalisé pour la grossesse, l'accouchement et ses suites	5
2. Le retour précoce à domicile	7
2.1 Définition	7
2.2 Des conditions à respecter	7
2.2.1 Anticiper en informant.....	7
2.2.2 Des critères spécifiques, une organisation optimale	8
3. Prise en charge du RPDA par le réseau de périnatalité	10
3.1 Réseau de périnatalité en Seine-Maritime.....	10
3.1.1 La profession libérale	11
3.1.2 La profession territoriale	12
3.1.3 Les associations d'usagers.....	13
3.2 Cas particulier : l'hospitalisation à domicile en post-partum	13
3.3 Le PRADO s'étend au RPDA	13
Méthodologie	15
1. Présentation de l'étude	15
1.1 Problématique.....	15
1.2 Hypothèses	15
1.3 Objectifs	15
2. Matériels et méthodes	15

2.1 Le choix du questionnaire	16
2.1.1 Test préalable du questionnaire	16
2.1.2 Composition du questionnaire.....	16
2.2 Le choix des établissements de santé sondés.....	17
2.3 Le choix de la population	17
2.4 Méthode et déroulement de l'étude.....	18
2.5 Les questionnaires obtenus	20
2.6 Tests statistiques.....	20
Résultats	21
1 ^e partie : « Renseignements généraux »	21
2 ^e partie : « Votre grossesse »	25
3 ^e partie : « Votre accouchement »	31
4 ^e partie : « Le retour à domicile »	34
Discussion	41
1. Discussion de la méthodologie	41
1.1 Les limites de l'étude	41
1.2 Les atouts de l'étude.....	43
2. Discussion des résultats	44
2.1 Représentativité de la population interrogée.....	44
2.2 Première hypothèse : Les femmes s'estiment aptes à sortir au cours des 72 premières heures de leur accouchement voie basse/ au cours des 96 premières heures de leur accouchement par césarienne.	45
2.3 Deuxième hypothèse : Il existe des caractéristiques communes chez les femmes aptes à sortir précocement.....	48
Propositions d'actions	61
Conclusion	63
Bibliographie	
Annexes	

Introduction

En mars 2014, la Haute Autorité de Santé (HAS) aborde les sorties précoces à travers de nouvelles recommandations. Elle les définit alors comme toute sortie au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse et au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne (1).

L'application des décrets de 1998 a engendré une restructuration totale des maternités (2), provoquant de nombreuses fermetures d'établissements. Depuis, la durée de séjour en maternité ne cesse de se réduire. En parallèle, la tendance de ces dix dernières années est à la personnalisation de la grossesse et de ses suites par la population, à laquelle se confrontent les professionnels de santé. Le retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) va dans ce sens : il permet aux patientes de retrouver un environnement familial, rassurant et moins médicalisé.

Ceci semble donc être l'une des solutions satisfaisant à la fois la demande des instances politiques et celle d'un suivi moins médicalisé. Cependant, l'instauration du RPDA demandera aux professionnels de santé une adaptation tant dans la charge de travail que dans l'orientation et le suivi des femmes (3).

En tant que futurs professionnels, nous avons souhaité nous questionner sur l'opinion des principales intéressées à savoir les patientes de suites de couches. La population de Seine-Maritime est-elle favorable à l'instauration du RPDA ? Serait-elle prête à sortir précocement ?

Cette étude prospective et multicentrique a pour objectif d'alimenter la réflexion sur le RPDA dans notre département, en tentant de connaître l'opinion des patientes de suites de couches, puis d'analyser la population de femmes s'estimant apte à sortir précocement.

Notre revue de la littérature exposera la situation actuelle des séjours en maternité en France, l'organisation du réseau de périnatalité de Seine-Maritime et la prise en charge du post-partum. Ensuite, la méthodologie de l'enquête sera présentée, ainsi que ses résultats. La troisième partie fera l'objet d'une discussion et de propositions d'actions afin de préparer la mise en place des sorties précoces tant auprès des femmes que des établissements de santé.

Revue de la littérature

1 Des séjours de plus en plus courts.

1.1 Durée moyenne de séjour en France

La prise en charge de l'accouchement et de ses suites a longtemps été pratiquée au domicile des parturientes. En 1952, 47 % des accouchements ont eu lieu à domicile en France (4). Dans la seconde moitié du XX^e siècle, l'arrivée des médecins accoucheurs et leurs progrès techniques en médecine obstétricale ont progressivement amené les femmes à venir donner naissance au sein d'une structure hospitalière, effaçant le caractère intime et familial de l'événement. Les femmes restaient alors hospitalisées entre sept et neuf jours (5). Qu'en est-il de nos jours ?

D'après la publication de Coulm et Blondel basée sur les données de l'enquête périnatale française de 2010, la durée moyenne de séjour (DMS) serait de 4,4 jours. De manière plus détaillée, le séjour est en moyenne de 4 jours (+/- 1,4 jour) pour un accouchement voie basse et de 5,6 jours (+/- 1,7 jour) pour un accouchement par césarienne (6). Cette diminution du séjour fut progressive. En 2003, les séjours de moins de cinq jours concernaient 49 % des femmes, contre 65 % en 2009 (7). Cependant, la DMS en France reste élevée à côté de la plupart des pays voisins.

1.2 Durée moyenne de séjour à l'étranger

Hors de nos frontières, le séjour en maternité a lui aussi fortement diminué durant ces dernières années. Selon les données de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), la DMS des pays de l'OCDE est de 3,1 jours en 2009. Alors que la France fait partie des six pays dont la durée de séjour est la plus longue, la DMS en Suède est 2,2 jours et en Allemagne de 3,2 jours. De ce fait, nos pays voisins ont eu une avance considérable sur la mise en place de divers mode d'accompagnement en post-partum (8).

Au Royaume-Uni, la dernière enquête périnatale de 2014 rapporte une DMS de 2,6 jours pour les primipares, 1,8 jour pour les multipares et 3,3 jours pour les césarisées (9).

Les séjours sont en effet plus courts dans les pays cités ci-dessus. Il est cependant intéressant de prendre en compte leur mode d'organisation et de fonctionnement dans le domaine de la santé. Nous pouvons citer les États-Unis qui affichent en 2010 une DMS de 2,6 jours (10). La diminution du séjour dans ce pays est étroitement liée au mode de prise en charge de l'accouchement et de ses suites par les compagnies d'assurances. À la suite de nombreuses réhospitalisations après un séjour de moins de 24 heures, la loi « Mothers and Infants Health Security act » a imposé une prise en charge minimum de 48 ou 96 heures de séjour par les compagnies d'assurance (1).

Le fonctionnement du système de santé d'un pays et les attentes de sa population sont donc des facteurs clés dans la politique de séjour mise en place. La France ne déroge pas à cette règle.

1.3 Évolution du système de santé français et impact sur la durée de séjour

1.3.1 Modification du paysage obstétrical

Le plan périnatalité de 1994 fut rédigé à la suite d'un constat alarmant énoncé par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP). La France demeure au 10^e ou 12^e rang pour la plupart des indicateurs de santé notamment la mortalité maternelle : le taux de mortalité maternelle était de 13,9 +/- 2,4 décès pour 100 000 naissances, dont un décès sur deux était jugé comme évitable. Concernant l'enfant, la mortalité périnatale était de 8,3 décès pour 1 000 naissances totales en 1991 (11).

Ce plan avait pour but principal de sécuriser la prise en charge de la mère et de l'enfant durant la grossesse et l'accouchement. L'une des grandes volontés de ce plan est d'adapter la prise en charge maternelle et pédiatrique au niveau de risque évalué pendant la grossesse. Pour ce faire, le HCSP propose d'instaurer des normes de personnel et d'équipement pour garantir la sécurité de la naissance dans toutes les maternités quel que soit leur niveau d'activité. Cela passe par la reconversion ou la mise en conformité des maternités sans bloc opératoire et des maternités de faible activité.

En 1998, sont rédigés les décrets relatifs aux conditions techniques de fonctionnement des maternités. Une réorganisation des maternités de petite envergure s'opère ainsi qu'une fusion des établissements. Ces décrets prohibent

l'exercice de l'obstétrique pour les maternités de moins de 300 accouchements par an. En parallèle, ils créent les critères des différents niveaux de maternités que nous connaissons aujourd'hui, à savoir : les maternités de type 1 n'étant équipées que d'une unité d'obstétrique, celles de type 2 équipées en plus d'une unité de néonatalogie, et enfin celles de type 3 comportant en outre une unité de réanimation néonatale (2).

Le paysage obstétrical français se voit donc modifié par de nombreuses fermetures de maternité. Entre 2001 et 2010, nous assistons à la fermeture de 144 établissements, 63 % étant des maternités de type 1 avec une trop faible activité et peu de moyens techniques. À l'inverse, huit établissements de type 2 et 3 ont ouvert (12). En 2012, aucune maternité de Seine-Maritime n'a réalisé moins de 500 accouchements par an (13).

Malgré ces mesures de restructuration, la France occupe le 17^e rang européen en terme de mortalité néonatale dans les 27 premiers jours de vie (14). La Cour des comptes, au regard de ces « résultats médiocres » souhaite de la part des pouvoirs publics un nouveau resserrement qu'elle juge « inévitable et nécessaire » afin de renforcer la sécurité et la qualité des soins de façon cohérente et efficiente, notamment en contrôlant le respect des décrets de 1998 (15).

L'instauration de la tarification à l'activité (T2A) en 2008 dans un contexte socio-économique en difficulté joue en la défaveur des petites structures. Cette T2A paye les établissements en fonction de leur activité. Les établissements publics perçoivent une enveloppe budgétaire pour les hospitalisations de deux à neuf ou onze jours et le gain est le même pour tous les séjours entre ces bornes. La maternité trouve ici son intérêt à réduire la durée de séjour vers la borne la plus basse afin d'améliorer le rendement de l'établissement. En revanche, les établissements privés seraient moins favorables à une réduction de séjour puisque la facturation de prestations supplémentaires aux femmes leur permet de bénéficier de ressources supplémentaires pour chaque jour d'hospitalisation (6).

En outre, il existe selon la Cour des comptes une inadéquation entre les coûts de la santé en hausse aujourd'hui et l'actuel dispositif T2A dont les tarifs sont fondés sur une base « largement historique » (15).

En parallèle des fermetures d'établissements, la natalité continue sa progression en France. En 2014, une hausse de 0.2 % est observée, comparé à

l'année précédente, avec 813 000 naissances sur le territoire (16). Afin d'accueillir un plus grand nombre de couple mère-enfant, la baisse de la DMS permet de compenser la réduction du nombre de lit. La Cour des comptes confirme, en 2014, la volonté de réduire de nouveau la DMS à travers la recommandation suivante : « *Redéfinir le modèle économique des maternités, en en réduisant les coûts par la baisse de la durée moyenne de séjour, l'augmentation des taux d'occupation et la suppression des lits inutiles et des moyens qui y sont affectés.* » (15).

Les courts séjours vont permettre de réduire les dépenses de santé du fait d'un forfait moins valorisé. Cependant, afin de maintenir les finances, les maternités devront augmenter leur activité et donc remplir leurs chambres de suites de couches sans discontinuité à la suite des sorties de plus en plus précoces. Un article récent soulève ainsi le risque de surcharge et de « désorganisation » des services de suites de couches par l'augmentation de la charge de travail. Celle dernière pourrait alors devenir ingérable pour le personnel soignant, rendant l'activité difficile voire même « contre-productive » si l'augmentation des ressources humaines ne compense pas ces changements. Certains expriment également des réticences aux courts séjours qui pourraient altérer l'accueil des femmes par un service surchargé et la relation soignant/soigné lorsque la tendance est à l'écoute du patient et de ses demandes (3).

1.3.2 Suivi personnalisé pour la grossesse, l'accouchement et ses suites

Le début du XXI^e siècle voit naître l'évolution du concept de « patient ». La loi Kouchner de 2002 définit la personne comme « usager » inscrit dans un parcours de santé, ayant des droits et des devoirs. Cette loi impose une prise en compte globale de l'individu, de ses attentes, de ses craintes et de ses demandes de qualité (17). De ce fait, la personne soignée connaît ses droits, elle prend donc la responsabilité de décider de ce qui est bon pour lui et de faire confiance au soignant.

Une des demandes des femmes enceintes est notamment celle d'un suivi personnalisé de la grossesse et de l'accouchement, appuyé par une partie du corps médical. La médicalisation a permis une nette amélioration des indicateurs de mortalité périnatale mais est dénoncée comme génératrice d'angoisse chez les couples et pousse la politique de santé à ramener la grossesse dans un environnement physiologique, la naissance dans un environnement chaleureux.

Le plan périnatalité 2005-2007 intitulé « humanité, proximité, sécurité, qualité » est novateur dans la philosophie de la prise en charge de la femme enceinte. « *La prééminence de la sécurité médicale [...] rend plus difficile une attention aux émotions ou une écoute dès le début de la grossesse* ». S'ajoute alors à la notion de sécurité médicale, celle de « sécurité émotionnelle » de la mère et du couple (18).

Une enquête de satisfaction menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2008 rapporte que les qualités humaines des professionnels de santé sont ce que les femmes mettent le plus en avant, et cela avant leurs qualités techniques (19). La notion d'accompagnement et de dialogue est donc primordiale pour les futures mères et couples.

Nous observons également des démarches de plus en plus nombreuses de la part des instances visant à personnaliser la prise en charge afin de répondre au mieux aux attentes des usagers. Le projet de naissance est une de ces démarches, qui permet aux couples d'explicitier leurs souhaits quant au suivi de grossesse, au lieu de l'accouchement et également à la prise en charge post-natale. Ce projet rend les futurs parents plus autonomes dans la prise de décisions (20).

Le journal officiel publie en 2013 une loi autorisant l'ouverture à titre expérimental des maisons de naissance en France. Ces lieux prônent un accompagnement global des patientes par une sage-femme en offrant une prise en charge moins technicisée de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites. Les maisons de naissances répondent donc à une demande d'alternative dans la prise en charge autour de la naissance, ce que bon nombre de pays comme l'Allemagne et le Royaume-Uni ont déjà mis en place (21).

En service, la femme voit s'interchanger de nombreux professionnels, avec parfois des discours qui diffèrent concernant l'alimentation du nouveau-né et les divers soins de puériculture empêchant une relation de confiance entre soignant/soigné et pouvant être une source d'angoisse supplémentaire. Le RPDA prend davantage en compte la dimension familiale de la naissance et peut, de ce fait, être moins anxiogène. Il permet aux femmes de retrouver leurs repères ainsi que pour certaines, le reste de leur famille. Ce cadre familial rassurant pour la mère pourrait favoriser sa récupération et l'encouragerait à être autonome, tout

comme le père qui aspire à jouer un rôle plus actif dans les premiers jours de vie de l'enfant (1).

Le code de déontologie nous rappelle que « *la sage-femme doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement [...] l'établissement où elle souhaite recevoir des soins ou accoucher ; elle doit faciliter l'exercice de ce droit* ». (22) La sage-femme se doit de tout mettre en œuvre afin de répondre à la demande de sa patientèle. Sans avoir l'obligation de résultat, nous avons l'obligation de moyen.

En 2012, l'enquête menée par le Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) révèle que 38 % des femmes interrogées aurait souhaité rentrer plus tôt chez elles. Il énonce également l'importance de la personnalisation des suites de couches :

« Les femmes qui souhaitent rentrer chez elles précocement doivent pouvoir le faire ; les femmes qui, à l'inverse, se sentent désarmées doivent pouvoir être accompagnées plus longtemps. Cette personnalisation doit reposer sur une meilleure écoute des femmes, ce qui nécessite de ménager un vrai moment d'échange pendant le séjour en maternité. » (23)

2 Le retour précoce à domicile

2.1 Définition

En mars 2014, la HAS définit la sortie précoce comme étant toute sortie au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse, et toute sortie au cours des 96 heures après un accouchement par césarienne (1). Elle abroge la définition donnée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) en 2004, indiquant une sortie précoce de maternité au cours des 48 premières heures après un accouchement voie basse. En 2010, 3 % des séjours pouvaient être considérés comme ayant une sortie précoce, avec un nombre quasi-équivalent en 2011 (24).

2.2 Des conditions à respecter

2.2.1 **Anticiper en informant (1)**

En 2008, une femme sur cinq émettait un jugement négatif sur la préparation à la sortie de la maternité et cela sans notion de RPDA (19). Aussi, ce

manque de préparation peut être accentué par les séjours courts laissant de moins en moins de temps aux professionnels pour aborder, à la suite des informations classiques, la particularité du RPDA.

Une des conditions optimales pour organiser un RPDA est l'anticipation. Les professionnels doivent procurer en anténatal des informations sur le séjour en maternité, le déroulement du post-partum et les modalités de prise en charge à la sortie pour le couple mère-enfant. Le troisième trimestre paraît être idéal, les femmes seraient alors prêtes à anticiper le moment de la naissance et du retour à domicile, notamment à travers la rédaction d'un projet de naissance.

Il semble important de compléter les informations écrites par un échange oral, avec les professionnels de santé, afin d'avoir une attention plus importante des usagers. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) permettent cet échange. Les patientes peuvent poser leurs questions et exprimer leur souhait de rentrer précocement chez elles. La HAS recommande que l'information délivrée lors de ces séances « *soit réitérée et complétée lors de consultations prénatales, réunions d'information et pendant le séjour en maternité* ».

Suite à ses recommandations de bonne pratique, la HAS a édité un document destiné aux patientes intéressées par le RPDA : « *sortie de maternité, préparez votre retour à la maison* ».

2.2.2 Des critères spécifiques, une organisation optimale (1)

Un court séjour ne peut pas être proposé à tous les couples mère-enfant. La HAS a donc défini des critères de bas risque médical, psychique et social à respecter pour la mère (Annexe I) et pour le nouveau-né (Annexe II).

Un échange est nécessaire entre l'équipe médicale et la mère ou le couple afin de respecter leurs souhaits. Le RPDA ne doit en aucun cas être imposé.

L'organisation des tests de dépistages néonataux des maladies métaboliques et de surdité, nécessairement réalisés au troisième jour, doit être maintenue à la sortie de la maternité avec une traçabilité assurée. L'organisation de ces tests peut poser problème lors de sortie précoce. Les professionnels de santé effectuant les visites à domicile doivent être en mesure de s'équiper de matériel, onéreux pour la plupart, permettant notamment la réalisation du test auditif.

Le délai d'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né doit être observé afin d'écartier toute complication chez l'enfant. Plusieurs études récentes ont montré un taux de réhospitalisation plus important chez les nouveau-nés dont l'examen clinique en maternité avait été fait à moins de 48 heures de vie (25).

Dans la littérature, les causes les plus fréquentes de réhospitalisation de nouveau-nés après une sortie précoce de maternité étaient l'ictère et les problèmes d'alimentation et de déshydratation. Il est donc actuellement recommandé d'avoir une surveillance minimale de 72 heures pour permettre une sortie de maternité en toute sécurité. Cependant, le délai de surveillance doit être déterminé cas par cas, et les 72 heures imposées ne paraissent pas systématiques si l'état de santé de la mère et du nouveau-né est bon, si la mère a les capacités pour s'occuper de son enfant et si le suivi à domicile est possible.

L'arrivée de l'enfant provoque chez la femme, et au-delà dans le couple parental, de grands bouleversements psychiques. L'expression de ces bouleversements peut prendre la forme d'un état psychique transitoire appelé communément « baby-blues » survenant au cours du troisième-quatrième jour du post-partum. La permanence de cet état émotionnel et l'amplification des réactions associées peuvent faire craindre une dépression du post-partum. Le séjour en maternité est l'une des possibilités pour les équipes soignantes de dépister ces troubles. Or, le raccourcissement de la durée de séjour rend d'autant plus difficile la possibilité d'un dialogue avec la patiente et/ou le couple. Selon la HAS : « des interventions intensives proposées exclusivement en post-natal et prodiguées par des infirmières et des sages-femmes, auraient un effet préventif démontré sur la dépression post-natale ».

D'après les recommandations de 2014 : « *Une durée de séjour courte dans une population à bas risque, mais associée à un suivi à domicile, ne s'accompagne pas d'un taux de ré-hospitalisation supérieur.* » Pour ce suivi, l'utilisation des réseaux de soins en périnatalité doit donc être privilégiée.

3 Prise en charge du RPDA par le réseau de périnatalité

Dans chaque établissement, la durée de séjour doit être déterminée en fonction de la capacité d'accompagnement et de surveillance médicale disponible en dehors de l'hôpital (6), notamment, à travers les réseaux de santé en périnatalité.

Selon la loi de 2002, « les réseaux ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires ». Ils sont de deux types : les réseaux inter-établissement et les réseaux de proximité (hôpital-ville-centre de protection maternelle et infantile). Ils sont constitués de professionnels de santé libéraux et territoriaux, d'établissements de santé, de centres de santé ainsi que d'institutions sociales ou médico-sociales (26).

Le plan périnatalité 2005-2007 a contribué à développer les réseaux de proximité, avec comme objectif « *de garantir le meilleur accès aux soins pour l'ensemble de la population et améliorer la qualité de la prise en charge de la mère et de son enfant autour de la naissance* ». Un des objectifs du plan périnatalité était notamment d'étendre le rôle et les missions des centres périnataux de proximité (CPP) qui assurent des consultations de planification familiale, des consultations pré et post-natales, des cours de PNP et l'enseignement des soins aux nouveau-nés (18).

Actuellement, 78 CPP sont recensés en France, résultant pour une grande majorité de la transformation des anciennes maternités, ainsi que 55 réseaux de périnatalité (15).

Lors d'un RPDA, deux visites sont à réaliser systématiquement : la première dans les 24 heures suivant la sortie, la seconde à planifier selon le professionnel. Une troisième visite est recommandée mais non systématique (1). Le séjour court doit donc se justifier par un réseau de proximité adéquat qui assure en aval de la naissance une prise en charge globale et continue de la femme enceinte et de son enfant.

3.1 Réseau de périnatalité en Seine-Maritime

La Seine-Maritime possède dix établissements de santé publics et privés ainsi que deux CPP formant d'après l'Agence Régionale de Santé (ARS) trois

territoires de santé haut-normand. Le département de l'Eure comprend lui quatre établissements de santé et un CPP, formant le quatrième territoire de santé de la Haute-Normandie. D'après le SROS 2012-2017, le maillage territorial des établissements de santé est convenable et il n'est pas prévu de nouvelles implantations pour les années à venir. Le département de Seine-Maritime comprend les quatre établissements de la région Haute-Normandie effectuant le plus de naissances par an, à savoir le Centre Hospitalier du Belvédère, le Centre Hospitalier du Havre, la Clinique Mathilde ainsi que le Centre Hospitalier Universitaire de Rouen (13).

S'ajoutent à ce réseau, les professionnels de santé salariés, libéraux et territoriaux ainsi que les associations partenaires.

3.1.1 La profession libérale

La région Haute-Normandie est déficitaire de façon globale en professionnels de santé périnatale libéraux. Le SROS de Haute-Normandie définit comme une « priorité régionale » l'installation des professionnels de santé libéraux sur le territoire haut-normand (13). Ci-dessous, un résumé des données publiées en 2014 par le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations (PMSI) concernant plus particulièrement la Seine-Maritime (24) :

	Nombre de naissance pour une sage-femme libérale	Nombre de naissance pour un médecin généraliste	Nombre de naissance pour un pédiatre libérale
France Métropolitaine	259	15	296
Seine-Maritime	563	16	389

Les médecins libéraux, généralistes, pédiatres, gynécologues-obstétriciens participent à l'accompagnement du RPDA, le plus souvent par des consultations en cabinet.

La Cour des comptes soulève l'« extrême fragilité » de la démographie médicale en France, due à un flux de nouveaux professionnels médecins insuffisant au regard des départs en retraite de leurs pairs ainsi qu'aux nombreuses disparités territoriales concernant leur installation (15).

L'augmentation du mode d'exercice libéral des sages-femmes est un avantage certain en faveur de la mise en place des séjours courts en France, puisque la plupart des visites post-natales à domicile sont effectuées par ces dernières. Les sages-femmes interviennent également au sein de leur cabinet de consultations, permettant entre autre de palier à l'absence des médecins gynécologues obstétriciens et généralistes, sans dépasser leur champ de compétences.

16 % des sages-femmes exercent en libéral en 2014 contre 14 % en 2010, au détriment d'une moindre activité en service hospitalier (54 % en 2014 contre 60 % en 2010) (27). C'est dans cet esprit qu'en 2011, la Cour des comptes avait annoncé la modification de 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* » (28). Cependant, en Haute-Normandie, 10 % des sages-femmes de la région exercent à titre libéral, ce qui est inférieur à la moyenne nationale (18 %). Le département de Seine-Maritime affiche une densité de 2,1 sages-femmes libérales pour 100 000 habitants ; le département de l'Eure affiche lui 1,7 sage-femme libérale pour 100 000 habitants, positionnant la région Haute-Normandie à la 3^e place des régions les moins dotées (13).

Le déficit en professionnels libéraux en Haute-Normandie peut donc être un des freins à la mise en place d'une politique de RPDA. Les équipes hospitalières peuvent être réfractaires à accorder un RPDA dans une région où le suivi à domicile est difficile à mettre en place.

3.1.2 La profession territoriale

Les services de protection maternelle et infantile sont publics et territorialisés. Des professionnels qualifiés dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique y travaillent et réalisent des consultations et des actions à prévention médico-sociale et d'éducation à la santé en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de six ans. Les sages-femmes territoriales peuvent pratiquer, selon les missions que leur département leur attribue, les suivis post-natals de sortie précoce. Leur offre de soins de proximité est un atout pour le réseau de santé périnatale (18). D'après les données du PMSI,

la Seine-Maritime est l'un des trois départements de France les mieux dotés en centre de protection maternelle et infantile et centre périnatal de proximité (24).

3.1.3 Les associations d'usagers

L'augmentation du nombre d'associations dédiées aux usagers est un phénomène parallèle à la personnalisation de la grossesse et la volonté des mères et couples de prendre part à la grossesse et ses suites, en gagnant de l'autonomie. Ces associations sont maintenant nombreuses : la Haute-Normandie compte douze associations d'usagers adhérentes au réseau de périnatalité (29).

3.2 Cas particulier : l'hospitalisation à domicile en post-partum (30)

En 2011, la HAS affirme que l'hospitalisation à domicile (HAD) est « un des maillons » de la prise en charge à domicile des femmes et de leur enfant. Après prescription du médecin, elle assure des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés pour une durée limitée, pouvant être reconduite par l'équipe médicale. Son objectif principal est d'éviter une hospitalisation ou d'en diminuer la durée. En contrepartie elle assure une permanence des soins, prise en charge à 100% par la sécurité sociale jusqu'au douzième jour après l'accouchement quel qu'en soit le mode.

En 2009, l'activité des établissements français d'HAD en périnatalité a augmenté, mais diffère selon les modes de prise en charge : baisse de l'activité concernant le post-partum physiologique (-1,07 % de séjour en moins entre 2008 et 2009) et forte hausse des suivis de post-partum pathologique (+29,69 %) et de surveillance de grossesse à risque (+25,33 %).

Ceci est en corrélation avec la volonté actuelle de la HAS de repositionner l'HAD, ayant un coût élevée, dans la pathologie et non dans la physiologie (1).

La circulaire relative au positionnement et au développement de l'HAD, publiée en 2013, a donc retiré les retours précoces à domicile après accouchement physiologique, lorsque la mère et l'enfant sont en bonne santé, des modes de prise en charge attribués à l'HAD. Cette décision a pris effet le 1^{er} mars 2015 (31).

3.3 Le PRADO s'étend au RPDA

En 2013, l'assurance maladie étend à tous les départements de France le programme d'accompagnement du retour à domicile, appelé « PRADO », alors testé depuis 2010 dans quelques départements uniquement. Ce dispositif reste

facultatif et propose aux patientes un accompagnement personnalisé lors de leur retour à domicile. L'un de ses objectifs est notamment de fluidifier le parcours hôpital-ville.

Au cours du séjour en maternité, un conseiller de l'assurance maladie met en relation la patiente avec une sage-femme libérale connue ou non de celle-ci et organise une ou plusieurs visites à domicile. Le conseiller est un intermédiaire entre le professionnel et la patiente et permet de faciliter les démarches administratives suivant la naissance tandis que la sage-femme assure le suivi médical personnalisé de la femme et de l'enfant (32).

L'offre du PRADO est soumise à des critères spécifiques, de plus en plus élargis, notamment aux femmes césarisées et tout récemment aux femmes désirant sortir précocement de la maternité. En 2015, 21 sites ont commencé à expérimenter un volet PRADO « sorties précoces » en France. Une évaluation de ce volet a été fixée pour la période de juin 2016 afin de décider sa reconduction, voire de ses modifications (33).

Méthodologie

1 Présentation de l'étude

1.1 Problématique

Notre revue de la littérature a mis en évidence la dynamique actuelle des réductions de durée de séjour en maternité dans notre pays. Notre département sera donc amené à mettre en place prochainement les retours précoces à domicile. Mais alors que les durées de séjour tendent à se réduire, les femmes sont-elles pour autant prêtes à sortir précocement?

1.2 Hypothèses

Pour répondre à notre problématique, deux hypothèses ont été émises :

- Les femmes s'estiment aptes à sortir au cours des 72 premières heures de leur accouchement voie basse/ au cours des 96 premières heures de leur accouchement par césarienne.
- Il existe des caractéristiques communes chez les femmes aptes à sortir précocement.

1.3 Objectifs

Le premier objectif de cette étude était de construire une réflexion autour du retour précoce à domicile dans notre département. Cette étude pouvait être l'occasion pour ces femmes de s'exprimer quant au retour à domicile, et de nous donner un aperçu de leurs perceptions et de leurs opinions.

Notre second objectif était d'analyser les similitudes au sein de la population de femmes prêtes à sortir précocement. Cette analyse pouvait nous permettre de définir cette population par divers critères et d'anticiper dans notre pratique leurs souhaits par une information et un accompagnement orientés et plus personnalisés.

2 Matériels et méthodes

Afin de répondre à notre problématique, nous avons réalisé une étude descriptive, prospective et multicentrique, à l'aide de questionnaires distribués aux patientes séjournant en suites de couches dans sept maternités du département.

2.1 Le choix du questionnaire

2.1.1 Test préalable du questionnaire

Le questionnaire a d'abord été testé sur un échantillon de six jeunes mamans sélectionnées dans notre entourage. Ces six tests ont permis d'affiner nos questions ainsi que leur formulations notamment en ce qui concernait les questions ouvertes et de simplifier les termes et le vocabulaire employés afin qu'ils puissent être compris de toutes.

2.1.2 Composition du questionnaire

Le questionnaire anonyme comportait 35 questions essentiellement fermées, parfois à choix multiples et classées en quatre parties : « renseignements généraux », « votre grossesse », « votre accouchement », « le retour à domicile » (Annexe III, IV et V). Une brève introduction présentait notre identité, notre étude et ses objectifs aux patientes.

La première partie nommée « renseignements généraux » dressait le profil de la patiente à travers 7 questions.

La deuxième partie intitulée « votre grossesse », comprenant de la 8^e à la 18^e question, nous renseignait sur le suivi médical de grossesse, sur les prestations et entretiens dont la patiente a bénéficié ou non ainsi que sur d'éventuelles complications et/ou hospitalisations durant la grossesse.

La partie suivante intitulée « votre accouchement » s'intéressait à l'accouchement en lui-même ainsi que la présence d'éventuelles complications. Les quatre autres questions de cette partie nous renseignaient sur le nouveau-né, notamment sa santé et son alimentation.

Enfin, notre quatrième partie portait sur le retour à domicile. Elle permettait de connaître l'état d'esprit de la patiente quant à une sortie de la maternité ce jour, d'en expliquer les raisons et enfin d'obtenir l'opinion générale de celle-ci sur ce sujet.

Afin d'être le plus clair et le plus précis possible, il était rappelé à chaque bas de page de notre questionnaire la définition du RPDA pour un accouchement voie basse ainsi que pour une césarienne.

2.2 Le choix des établissements de santé sondés

Pour cette étude, nous avons comme projet de sonder les dix maternités du département de Seine-Maritime. D'après Coulm et Blondel, le statut des établissements et leur taille représentent des déterminants majeurs de la durée de séjour, indépendamment des caractéristiques maternelles et des interventions réalisées au cours de l'accouchement (7). Il nous a donc semblé judicieux d'obtenir le ressenti des femmes séjournant dans différents niveaux de maternité, statut public et privé confondus.

Un premier courrier électronique a été envoyé à chaque cadre et cadre supérieur des maternités du département, le 22 octobre 2015. Après nous être entretenus tout d'abord par courriers électroniques, par téléphone puis par entretiens avec les cadres des services de suites de couches, les maternités ayant accordées la distribution de notre questionnaire ont été les suivantes :

	Maternité publique	Maternité privée
Niveau I	- CHI de Fécamp	
Niveau II (a et b confondus)	- CH Les Feugrais (Elbeuf) - CH du Belvédère (Mont Saint-Aignan) - CH de Dieppe	- Clinique Mathilde (Rouen)
Niveau III	- CH Jacques Monod (Montivilliers) - CHU Charles Nicolle (Rouen)	

2.3 Le choix de la population

Les patientes séjournant en service de suites de couches constituaient notre population, sans distinction faite ni sur la voie d'accouchement ni sur la parité. Cette population était volontairement vaste puisque notre objectif était de faire émerger une réflexion à partir de ce que pouvaient penser les patientes en suites de couches.

Nous avons donc inclus également les femmes pour qui le retour précoce n'était pas approprié selon les recommandations de la HAS. Cette population a cependant été encadrée par plusieurs critères d'exclusion:

- Accouchement prématuré < 37 semaines d'aménorrhées
- Grossesses multiples
- Séjour en unité kangourou
- Mort fœtale in utero, enfant décédé à la naissance
- Patiente dont la santé physique, psychique et/ou l'état de l'enfant ne permet pas de consacrer du temps à la réponse du questionnaire

Ces cinq critères nous permettaient d'exclure les patientes pour lesquelles les préoccupations du retour à domicile étaient nettement différentes de la population générale. De plus, pour les accouchements prématurés, la patiente est généralement amenée à sortir sans le nouveau-né, avec une organisation bien différente du retour à domicile et du suivi médical.

- Langue française mal ou non comprise

En effet, ce critère permettait de réduire le nombre de questionnaire non exploitable du fait d'un remplissage incomplet ou bien incohérent.

- Accouchement hors de l'établissement où le séjour de suites de couches a lieu

2.4 Méthode et déroulement de l'étude

Une fois les accords obtenus des divers établissements de santé, le questionnaire a été distribué en format papier au cours de la deuxième journée du séjour pour les femmes ayant accouché par les voies naturelles et au cours de la troisième journée pour les femmes ayant accouché par césarienne.

La date du deuxième et du troisième jour du séjour nous semblait idéale dans la mesure où le retour précoce est défini par une sortie au cours des trois premiers jours pour un accouchement voie basse, au cours des quatre premiers jours pour une césarienne.

De plus, nous savons d'après notre expérience professionnelle que bon nombre de patientes multipares ayant accouché par les voies naturelles sont sortantes au troisième jour. Distribuer le questionnaire au deuxième jour permettait donc d'obtenir une population mêlant primipare et grande multipare.

Afin de distribuer le plus de questionnaires possible et cela dans les temps impartis, nous avons utilisé trois méthodes de distributions différentes.

- Pour les maternités du Centre Hospitalier Jacques Monod, du Centre Hospitalier du Belvédère, du Centre Hospitalier Universitaire Charles Nicolle ainsi que la Clinique Mathilde, nous nous sommes rendus en personne dans les services afin de distribuer les questionnaires aux patientes, après s'être assurés en étudiant les dossiers, de l'absence de critères d'exclusions. La réception des questionnaires se faisait par l'équipe du service.

- Pour les maternités de Dieppe, de Fécamp et d'Elbeuf, nous avons sollicité les sages-femmes du service de suites de couches afin d'effectuer la distribution et la réception.

- Pour la maternité du Centre Hospitalier Universitaire Charles Nicolle, nous avons également sollicité les étudiant(e)s sages-femmes de troisième et quatrième année en stage dans le service lors de la période de distribution.

Dans chaque maternité, une information orale ainsi que des documents ont été apportés dans les services, d'une part afin d'informer l'équipe de la distribution et de l'objectif de l'étude, et d'autre part d'expliquer, pour les équipes et les étudiant(e)s participant à la distribution, les différents critères d'exclusions à appliquer

A chaque distribution de questionnaire, les informations suivantes étaient données aux patientes :

- Le questionnaire est anonyme et n'influe en aucun cas sur la durée du séjour actuel.

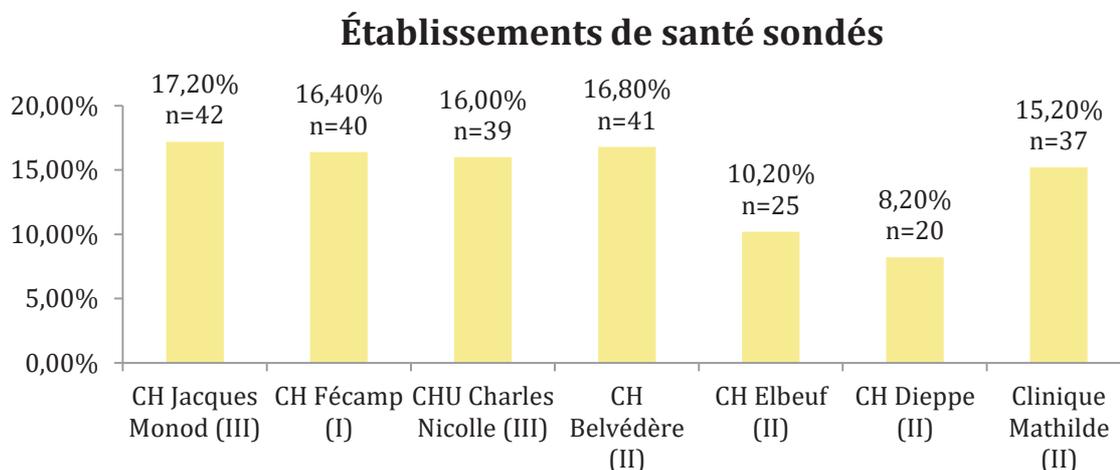
- Le questionnaire est distribué précisément au deuxième jour pour les accouchées voie basse et au troisième jour pour les accouchées par césarienne. Le questionnaire doit donc être rempli au cours de cette même journée afin d'éviter les biais dans l'étude.

2.5 Les questionnaires obtenus

La distribution des questionnaires a été effectuée du 4 Novembre 2015 au 17 Janvier 2016 et a permis de récolter 267 réponses. 23 questionnaires récupérés étaient non exploitables, comprenant des questionnaires remplis de moitié ou bien

des réponses incohérentes. Le nombre de questionnaires obtenus et interprétables est donc de 244.

Ci-dessous la répartition des questionnaires obtenus en fonction des sept établissements sondés.



2.6 Tests statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Sphinx. La comparaison de nos deux sous-populations entre elles a été effectuée à l'aide du test du Chi2 lorsque les effectifs étaient supérieurs à 5 et le test exact de Fisher pour les effectifs inférieurs à 5, avec un seuil de significativité inférieur à 0,05 (ce qui correspond à un risque d'erreur de 5 %).

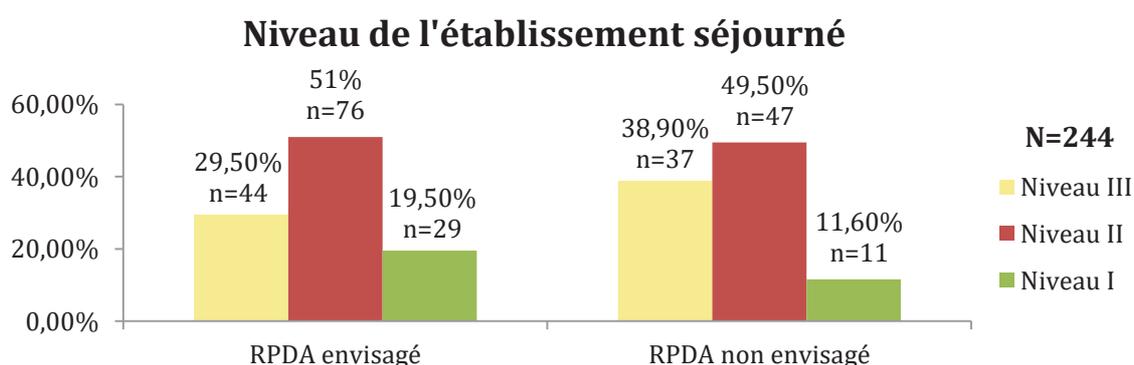
Les graphiques ont été réalisés à l'aide du logiciel Excel.

Résultats

Les graphiques ci-dessous présentent les résultats statistiques obtenus par tableaux croisés entre chaque variable étudiée et nos deux sous-populations appelées « RPDA envisagé » et « RPDA non envisagé ». Cette présentation permet ainsi de dresser le comparatif de ces deux populations.

1^e partie : « Renseignements généraux »

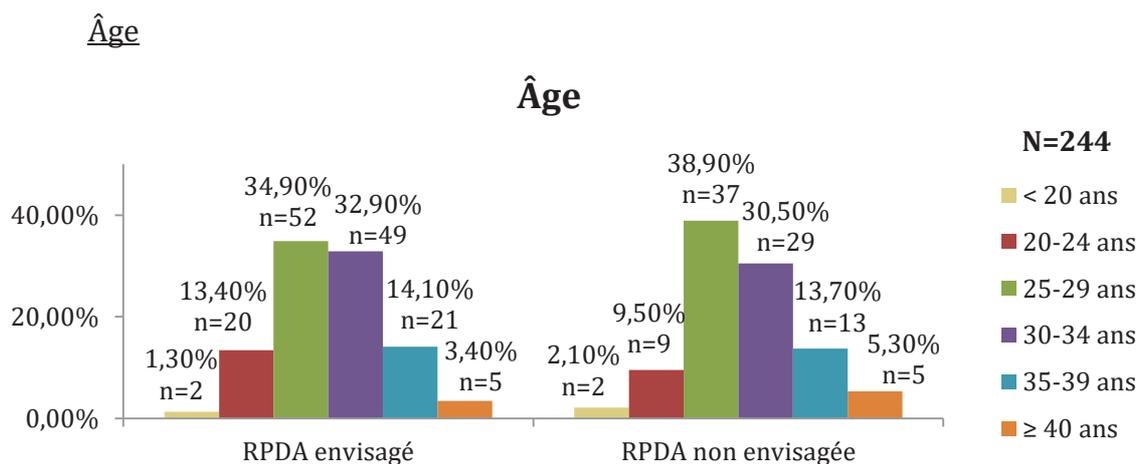
Niveau de l'établissement séjourné



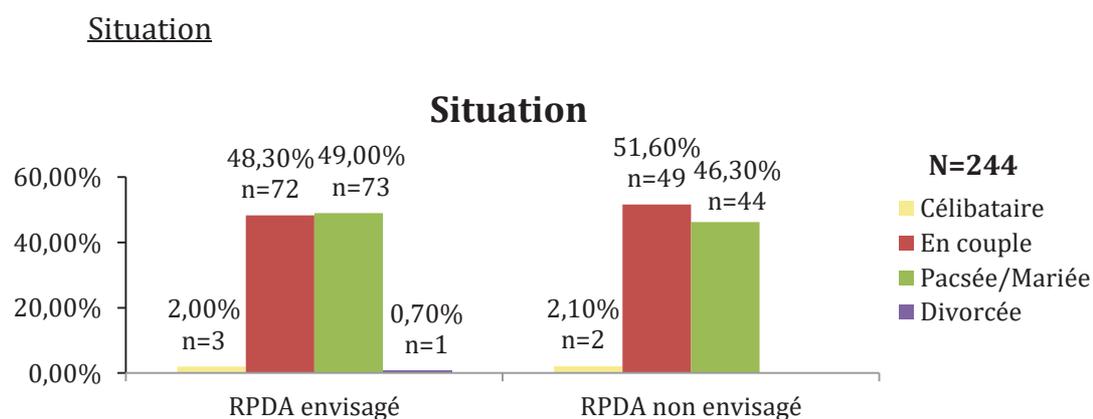
33,20 % (n = 81) des femmes de notre population générale séjournent dans un établissement de niveau III, 50,41 % (n = 123) dans un établissement de niveau II, et 16,39 % (n = 40) dans le seul établissement de niveau I de l'enquête, le centre hospitalier de Fécamp.

Il n'existe pas de différence significative entre les deux sous-populations « RPDA envisagé » et « RPDA non envisagé » concernant le niveau de l'établissement séjourné. ($p > 0,05$)

Notre échantillon d'établissements de santé ne se compose que d'une maternité privée, contre six établissements publics. De ce fait, aucune comparaison ne peut être dressée entre nos deux sous populations quant au statut de l'établissement séjourné.



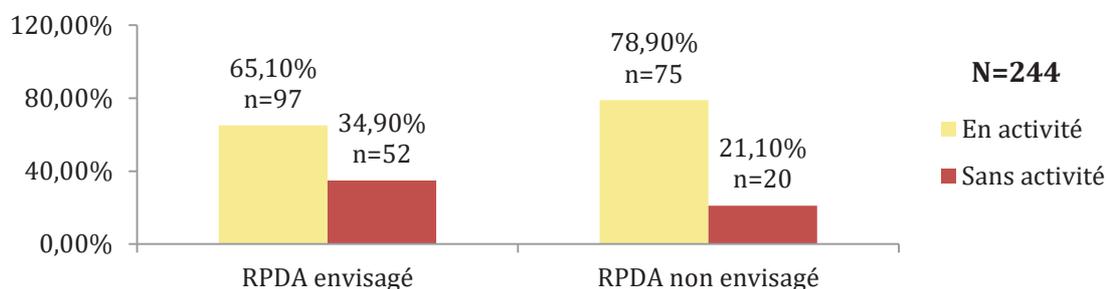
Dans notre population générale, la classe d'âge la plus représentée est celle des 25-29 ans (36,47 %, n = 89). La distribution des classes d'âges est semblable entre les sous-populations « RPDA envisagé » et « RPDA non envisagé » et il n'existe pas de différence significative entre elles, concernant l'âge des patientes. (p > 0,05)



Notre échantillon de population est majoritairement constitué de femmes « en couple » (n = 121) et de femmes « pacsées/mariées » (n = 117). Il n'existe pas de différence significative entre les sous-populations « RPDA envisagé » et « RPDA non envisagé » concernant la situation. (p > 0,05)

Exercice d'une profession

Exercice d'une profession



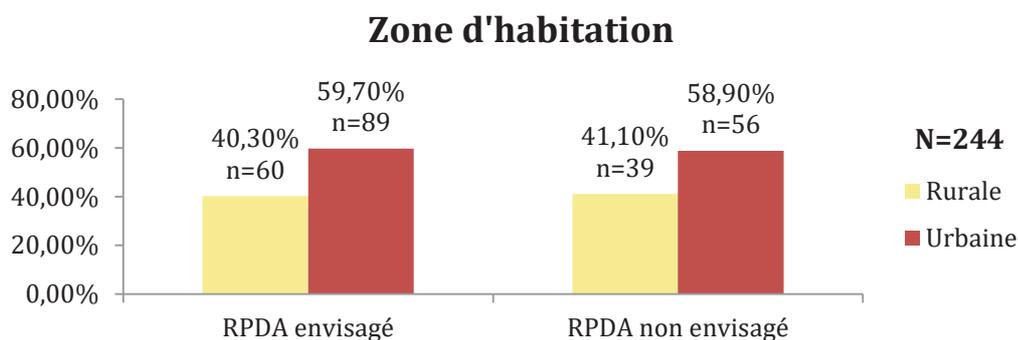
Les femmes regroupées dans la catégorie « en activité » sont celles ayant coché « Employée », « Cadre, profession libérale », « Artisan, commerçant », « agricultrice ». Les femmes ayant coché « en congé parental », « femme au foyer », « en formation », « au chômage », « sans profession » ont été regroupées dans la catégorie « sans activité ».

Il existe une différence significative entre nos deux sous-populations « RPDA envisagé » et « RPDA non envisagé » concernant l'existence d'une activité professionnelle. ($p < 0,03$)

Le tableau suivant expose les résultats obtenus selon chaque catégorie professionnelle :

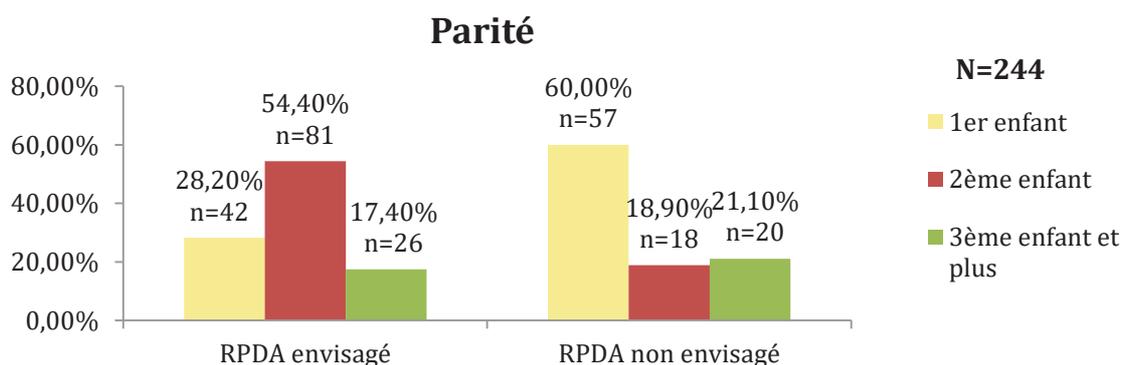
	RPDA envisagé	RPDA non envisagé
Employée	n = 80 53,7 %	n = 60 63,2 %
Cadre, profession libérale	n = 14 9,4 %	n = 13 13,7 %
Artisan, commerçant	n = 1 0,7 %	n = 2 2,1 %
Agricultrice	n = 2 1,3 %	n = 0 0 %
Congé parental	n = 9 6 %	n = 4 4,2 %
Femme au foyer	n = 24 16,1 %	n = 3 3,2 %
En formation	n = 0 0 %	n = 1 1,1 %
Au chômage	n = 9 6 %	n = 6 6,3 %
Sans profession	n = 10 6,7 %	n = 6 6,3 %
TOTAL	100 %	100 %

Zone d'habitation



59,43 % (n = 145) des femmes de notre population générale habitent en zone urbaine (plus de 2 000 habitants). Il n'existe pas de différence significative entre les sous-populations « RPDA envisagé » et « RPDA non envisagé » concernant la zone d'habitation. (p > 0,05)

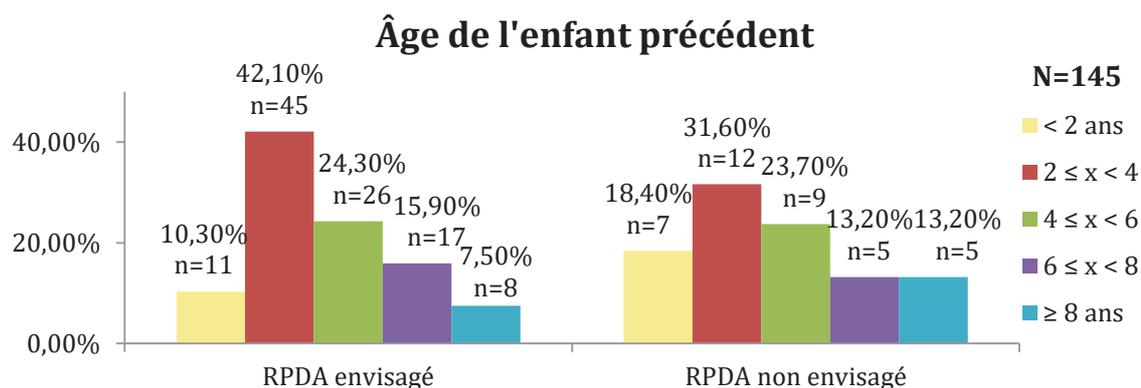
Parité



Nous avons regroupé dans la catégorie « 3^e enfant et plus », les réponses « 3^e enfant », « 4^e enfant » et « 5^e enfant et plus ». Dans la population « RPDA envisagé », les 3^e pères constituent 69,23 % (n = 18) des femmes ayant 3 enfants et plus ; dans la population « RPDA non envisagé », elles constituent 70 % (n = 14) des femmes ayant 3 enfants et plus.

Il existe une différence très significative entre les sous-populations « RPDA envisagé » et « RPDA non envisagé » concernant la parité. (p < 0,01)

Âge de l'enfant précédent

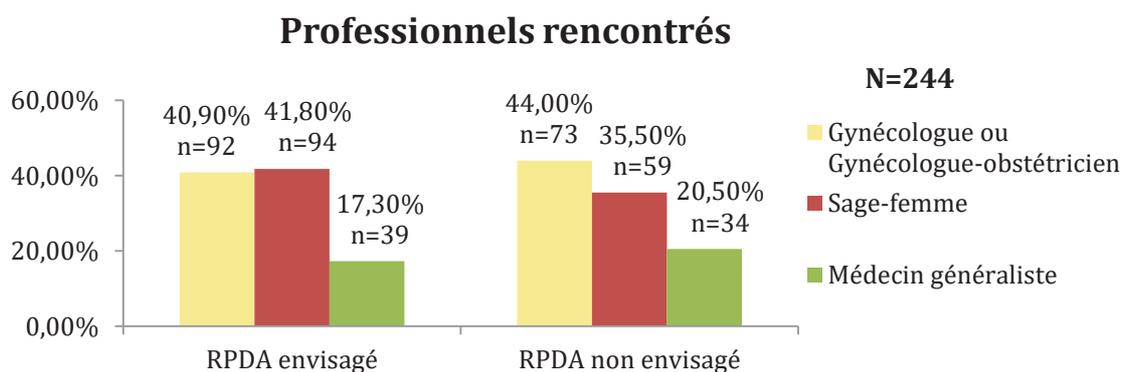


La moyenne d'âge de l'enfant précédent est de 4,15 ans pour la population « RPDA envisagé » et de 4,66 ans pour la population « RPDA non envisagé ». Dans la population « RPDA envisagé », l'âge le plus bas est de 10 mois ; l'âge le plus élevé est de 15 ans avec une médiane à 3,50. Dans la population « RPDA non envisagé », l'âge le plus bas est de 20 mois ; l'âge le plus élevé est de 18 ans avec une médiane de 3,75.

Il n'existe pas de différence significative entre les sous-populations « RPDA envisagé » et « RPDA non envisagé » concernant l'âge du précédent enfant de la famille. ($p > 0,05$)

2^e partie : « Votre grossesse »

Professionnels rencontrés



Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question. Il y a en moyenne 1.6 réponse par femme. Aucune patiente n'a coché « je n'ai pas été suivie ».

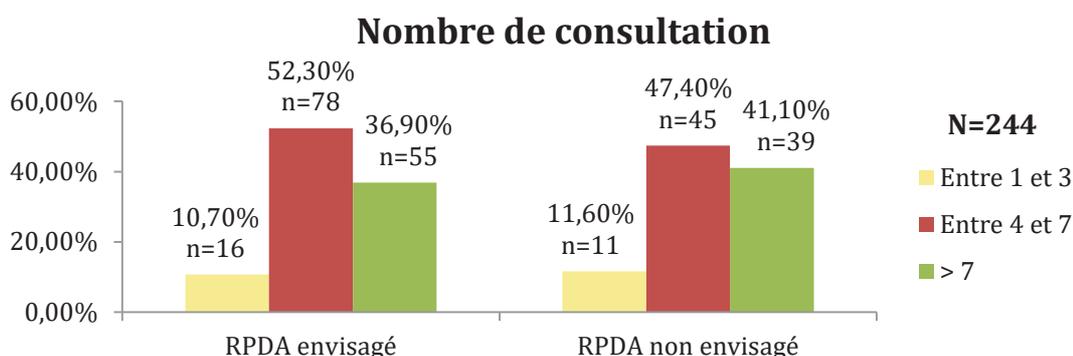
Dans la population « RPDA envisagé », la catégorie « gynécologue ou gynécologue-obstétricien » regroupe 29.30 % de professionnels de maternités et

11.60 % de professionnels libéraux. La même répartition s'observe quant à la population « RPDA non envisagé » avec 32.50 % de professionnels de maternités et 11.40 % de professionnels libéraux.

Dans la population « RPDA envisagé », la catégorie « sage-femme » regroupe 31.60 % de professionnels de maternités, 8.90 % professionnels libéraux et 1.30 % de professionnels territoriaux. Quant à la population « RPDA non envisagé », 23.50 % des sages-femmes rencontrées sont en maternité, 8.40 % en ville et 3.60 % en PMI/CMS.

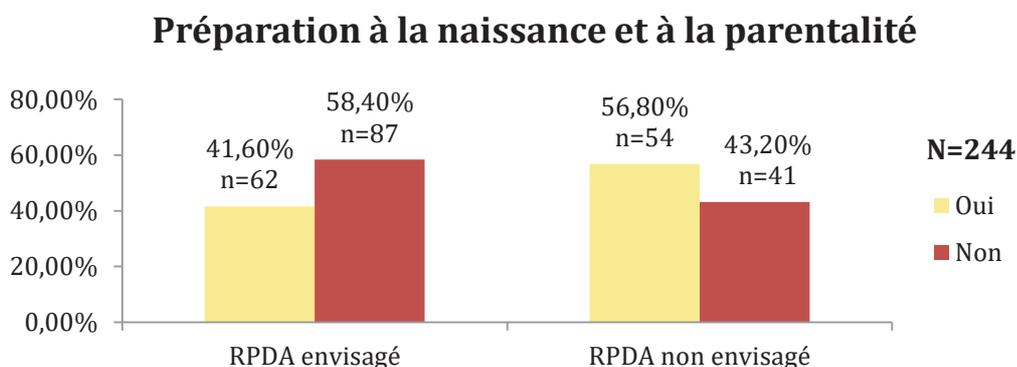
Il n'existe pas de différence significative entre nos deux sous-populations « RPDA envisagé » et « RPDA non envisagé » quant aux professionnels rencontrés pendant le suivi de grossesse. ($p > 0,05$)

Nombre de consultation



Dans cette question, aucune patiente n'a coché « je n'ai pas été suivie ». Il n'existe pas de différence significative entre les sous-populations « RPDA envisagé » et « RPDA non envisagé » concernant le nombre de consultation effectuée durant le suivi de grossesse. ($p > 0,05$)

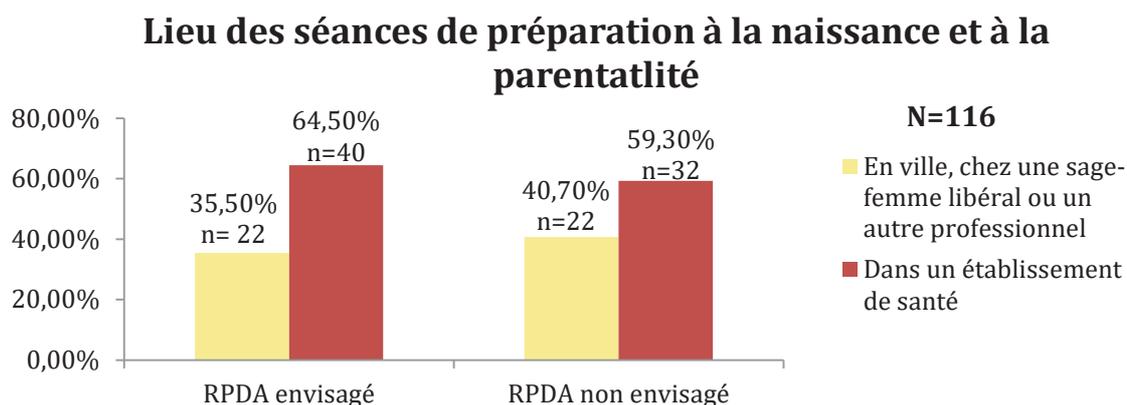
Participation à la préparation à la naissance et à la parentalité



Il existe une différence significative entre nos deux sous-populations quant à la pratique de la PNP. ($p < 0,03$)

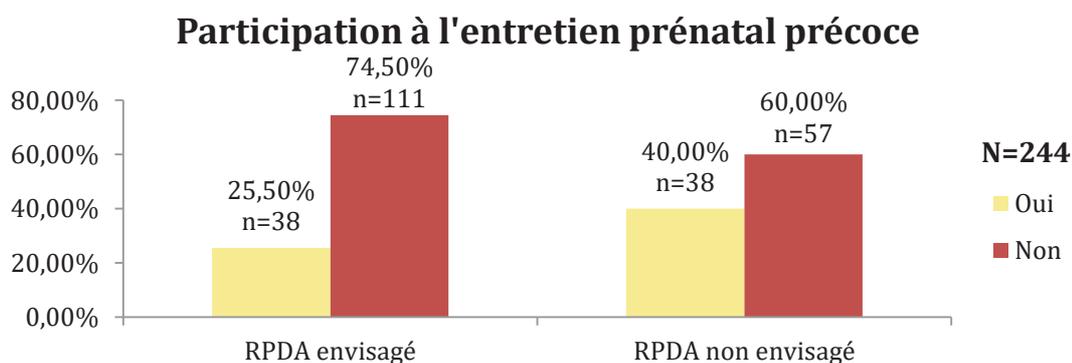
Il est à noter que 74,7 % ($n = 74$) des primipares de notre population générale ont effectué les séances de PNP contre seulement 29 % ($n = 42$) des multipares. Ainsi, lorsque nous nous intéressons au facteur « parité » pour cette question, nous nous apercevons de l'importance du biais que ce facteur cause. En effet, à l'étude des deux tableaux croisés effectués entre les variables « RPDA envisagé » et « participation à la préparation à la naissance et à la parentalité » dans les populations de primipare d'une part puis de multipare d'autre part, nous ne retrouvons aucun lien significatif pour chacun des deux tableaux entre le fait de participer à la PNP et le fait d'envisager plus aisément une sortie précoce. ($p > 0,05$)

Lieu des séances de préparation à la naissance et à la parentalité



Il n'existe pas de différence significative entre les sous-populations « RPDA envisagé » et « RPDA non envisagé » concernant le lieu où les séances de PNP ont eu lieu. ($p > 0,05$)

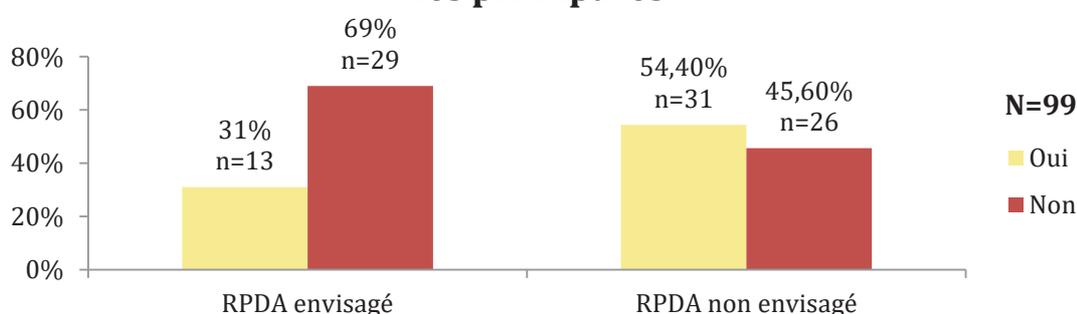
Participation à l'entretien prénatal précoce



Il existe une différence significative entre les sous-populations « RPDA envisagé » et « RPDA non envisagé » quant à la participation à l'entretien prénatal précoce. ($p < 0,02$)

Deux biais peuvent remettre en cause le résultat obtenu précédemment. D'une part, la parité puisqu'à la réalisation d'un tableau croisé entre les variables « RPDA envisagé » et « entretien prénatal précoce » dans la population de femmes multipares, notre différence n'est plus significative. Ce même tableau croisé réalisé dans la population de femmes primipares permet d'obtenir une différence significative. ($p < 0,03$)

Participation à l'entretien prénatal précoce chez les primipares



D'autre part, nous savons que tous les établissements de santé interrogés ne proposent pas systématiquement d'entretien prénatal précoce. Nous pouvons en effet le suspecter à l'étude du tableau ci-dessous, étudiant les entretiens prénatals effectués par notre population en fonction des établissements de santé séjournés.

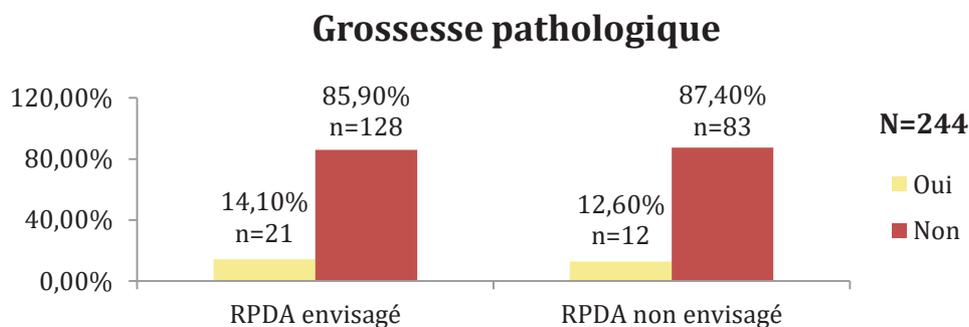
	EPP effectué	EPP non effectué	TOTAL
CH Jacques Monod	45,2 % n = 19	54,8 % n = 23	100 % n = 42
CH Fécamp	27,5 % n = 11	72,5 % n = 29	100 % n = 40
CHU Charles Nicolle	15,4 % n = 6	84,6 % n = 33	100 % n = 39
CH Belvédère	43,9 % n = 18	56,1 % n = 23	100 % n = 41
CH Elbeuf	28 % n = 7	72 % n = 18	100 % n = 25
CH Dieppe	20 % n = 4	80 % n = 16	100 % n = 20

Clinique Mathilde	29,7 % n = 11	70,3 % n = 26	100 % n = 37
-------------------	-------------------------	-------------------------	-----------------

Rédaction d'un projet de naissance

La majorité de notre population générale (n = 238) n'a pas rédigé de projet de naissance. Donc seulement 2,46 % (n = 6) des patientes ont rédigé un projet de naissance, et 67 % (n = 4) d'entre elles envisagent de rentrer précocement. Il n'existe pas de différence significative entre les sous-populations « RPDA envisagé » et « RPDA non envisagé » concernant la rédaction d'un projet de naissance. (p > 0,05)

Grossesse pathologique



13,52 % (n = 33) des femmes de notre population générale ont considéré leur grossesse comme pathologique. 63,64 % (n = 21) d'entre elles envisagent de rentrer précocement. Cependant, il n'existe pas de différence significative entre les sous populations « RPDA envisagé » et « RPDA non envisagé » concernant l'existence d'une ou de plusieurs pathologies compliquant la grossesse. (p > 0,05)

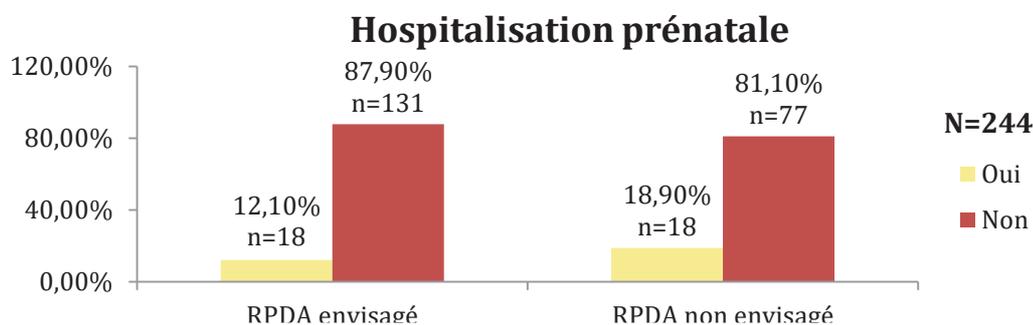
Type(s) de pathologie(s) présentée(s) pendant la grossesse

10 pathologies ont été décrites par les patientes : « Anomalie de la coagulation », « diabète gestationnel », « grossesse cerclée », « hypertension artérielle », « macrosomie », « menace d'accouchement prématuré », « métrorragie », « opération de condylome », « placenta bas inséré », « pyélonéphrite ». Chacune des 33 patientes n'a cité qu'une pathologie.

Il n'existe pas de différence significative entre les sous-populations « RPDA envisagé » et « RPDA non envisagé » concernant l'existence de pathologie

compliquant la grossesse, nous avons donc décidé de ne pas effectuer de tableaux croisés pour cette question.

Hospitalisation prénatale



14,75 % (n = 36) des patientes de notre échantillon ont été hospitalisées durant leur grossesse. 50 % (n = 18) d'entre elles envisagent de rentrer précocement. Il n'existe pas de différence significative entre les sous-populations « RPDA envisagé » et « RPDA non envisagé » quant à l'existence d'une hospitalisation durant la grossesse. (p > 0,05)

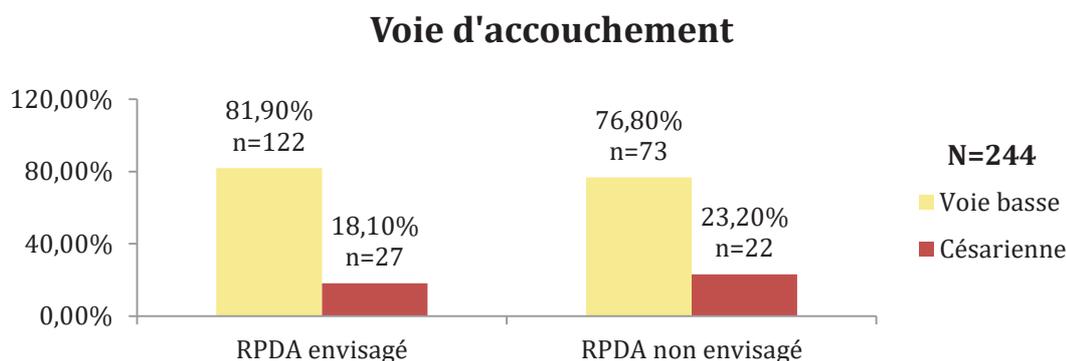
Motif(s) d'hospitalisation(s) prénatale(s)

10 motifs ont été décrits par les patientes : « antécédent d'éclampsie », « décollement du poumon droit », « diabète gestationnel », « hernie discale », « hypertension artérielle », « infection du poumon gauche », « menace d'accouchement prématuré », « métrorragie », « pyélonéphrite », « trouble du rythme cardiaque fœtal ». Chacune des 36 patientes n'a cité qu'un motif d'hospitalisation.

Il n'existe pas de différence significative entre les sous-populations « RPDA envisagé » et « RPDA non envisagé » concernant l'existence d'une hospitalisation durant la grossesse, nous avons donc décidé de ne pas effectuer de tableaux croisés pour cette question.

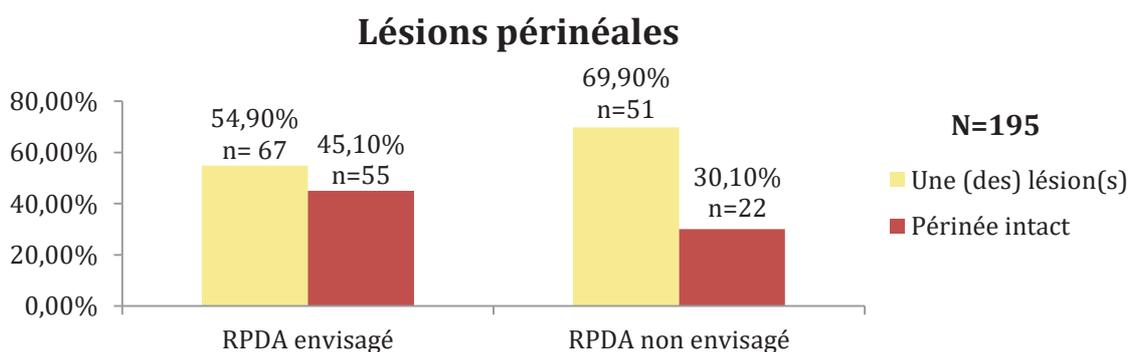
3^e partie : « Votre accouchement »

Voie d'accouchement



Dans notre échantillon, 20,08 % (n = 49) des femmes ont été césarisées, 79,92 % (n = 195) des femmes ont donc accouché voie basse. Il n'existe pas de différence significative entre les populations « RPDA envisagé » et « RPDA non envisagé » concernant la voie d'accouchement. (p > 0,05)

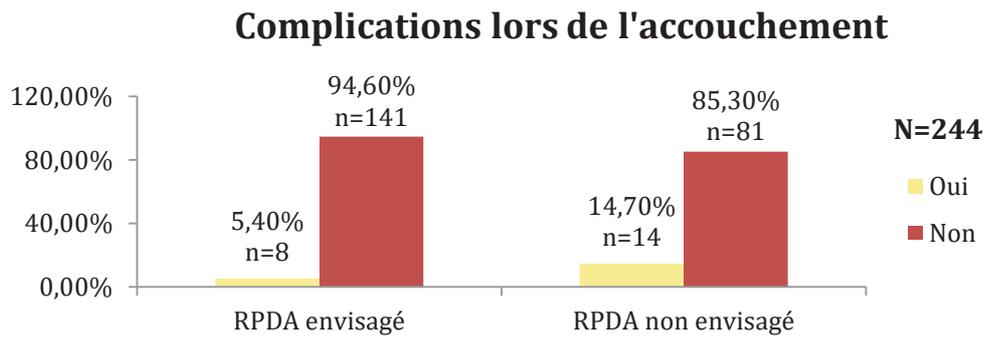
Lésions périnéales



La variable « lésions périnéales » a été étudiée sur notre échantillon de population ayant accouché par les voies naturelles (n = 195). 60,5 % (n = 118) de nos patientes ont eu une ou des lésions périnéales ; 39,5 % (n = 77) des femmes n'ont donc eu aucunes lésions.

71,43 % (n = 55) des femmes n'ayant eu aucune lésion périnéale sont regroupées dans la sous-population « RPDA envisagé », lorsque seulement 56,78 % (n = 67) des femmes ayant eu une ou des lésions au niveau du périnée y sont également regroupées. Il existe une différence significative entre les sous populations « RPDA envisagé » et « RPDA non envisagé » quant à l'existence de lésions périnéales. (p < 0,04)

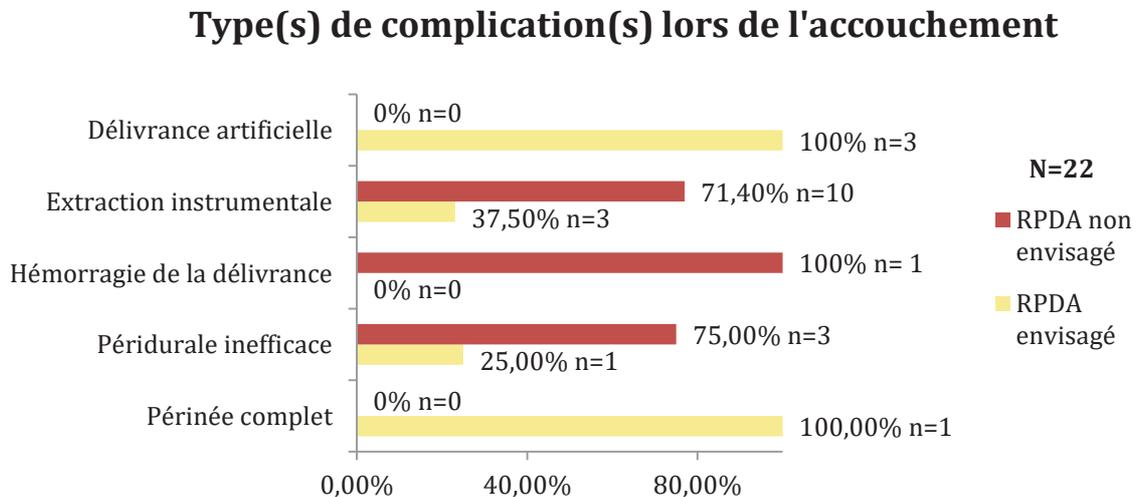
Complications lors de l'accouchement



9,02 % (n = 22) des femmes de notre population générale ont estimé avoir vécu une ou des complications lors de l'accouchement et 63,64 % (n = 14) d'entre elles n'envisagent pas de rentrer précocement. Il existe une différence significative entre nos deux sous populations concernant l'existence de complications lors de l'accouchement. (p < 0,02)

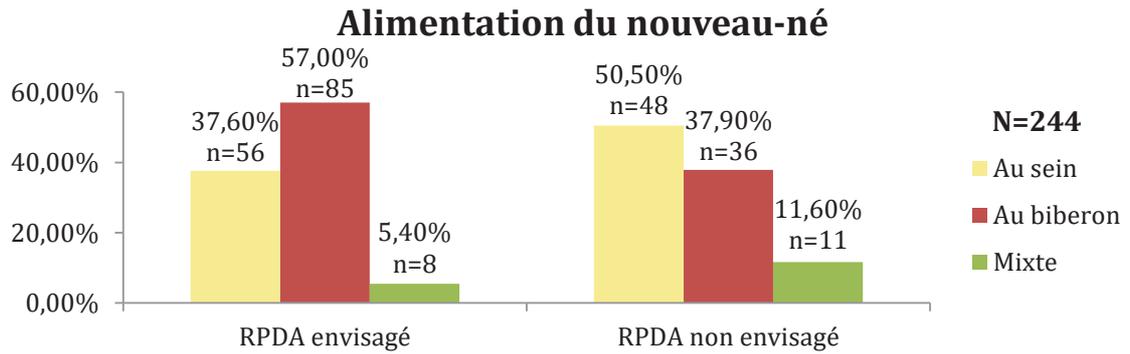
Type(s) de complication(s) lors de l'accouchement

5 complications ont été décrites, et chacune des 22 patientes n'a cité qu'une complication.



Les trois types de complications présentées par les femmes n'envisageant pas le RPDA sont l'extraction instrumentale (n = 10), l'hémorragie de la délivrance (n = 1) et une prise en charge de la douleur inefficace (n = 3).

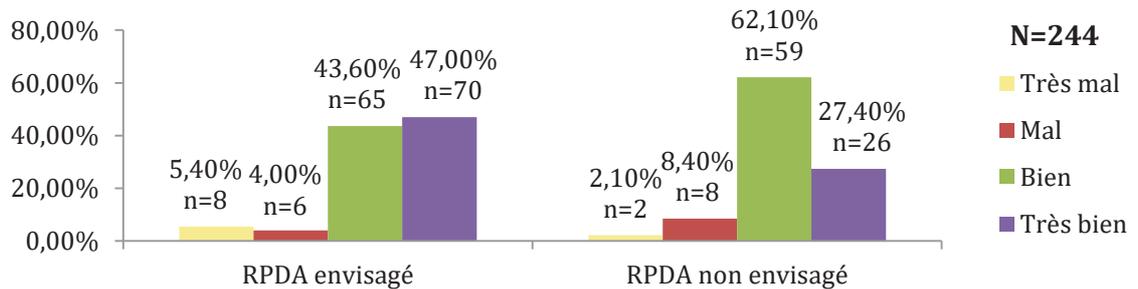
Alimentation du nouveau-né



49,60 % (n = 121) des femmes de notre population générale ont choisi l'alimentation artificielle et 70,25 % (n = 85) d'entre elles sont regroupées dans la population « RPDA envisagé ». Il existe une différence très significative entre nos deux sous-populations quant au mode d'alimentation du nouveau-né. (p < 0,01)

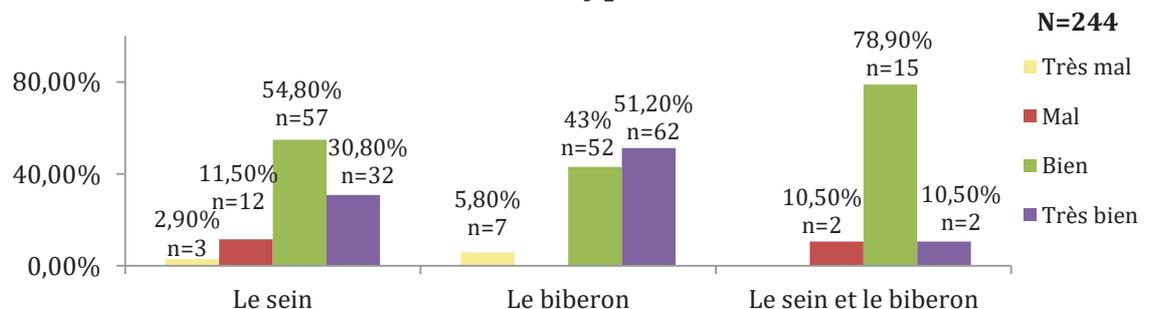
Ressenti sur l'alimentation du nouveau-né

L'alimentation du nouveau-né se passe :



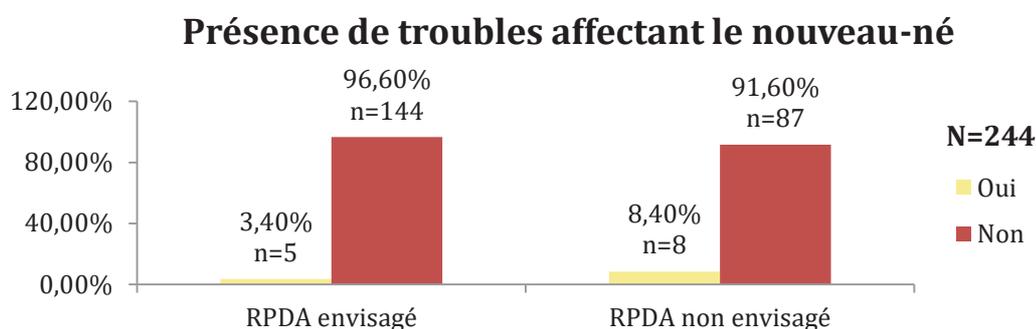
La différence est très significative entre nos deux sous-populations en ce qui concerne le ressenti des femmes sur l'alimentation du nouveau-né lors des premiers jours. (p < 0,01)

Ressenti selon le type d'alimentation



Il existe également un lien très significatif entre le type d'alimentation choisi et le ressenti des femmes durant les premiers jours. ($p < 0,01$)

Présence de troubles affectant le nouveau-né



5,33 % ($n = 13$) des femmes de notre échantillon estiment que leur nouveau-né a présenté un ou plusieurs troubles d'origine métabolique, digestive ou infectieuse pouvant affecter sa santé. Il n'existe pas de différence significative entre les deux sous-populations « RPDA envisagé » et « RPDA non envisagé » quant à l'existence de troubles divers chez le nouveau-né. ($p > 0,05$)

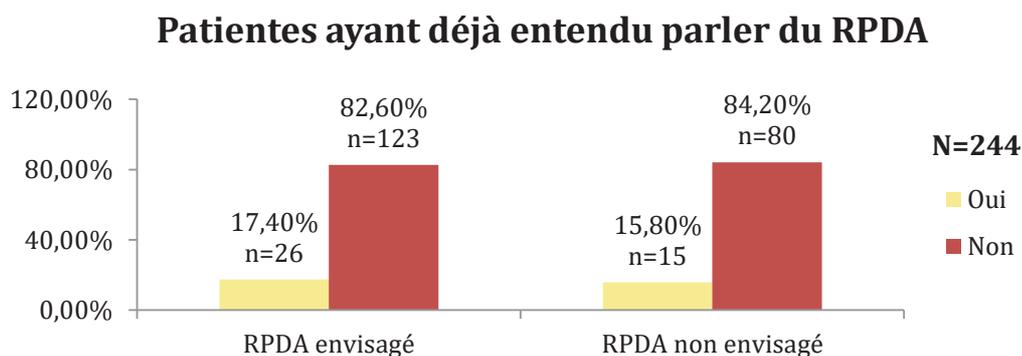
Type(s) de trouble(s) rencontré(s) par le nouveau-né

6 troubles pouvant affecter la santé du nouveau-né ont été décrits par les patientes : « colique », « conjonctivite », « hanche luxée », « infection », « jaunisse », « régurgitations ». Chacune des 13 patientes n'a cité qu'une réponse.

Il n'existe pas de différence significative entre les sous-populations « RPDA envisagé » et « RPDA non envisagé » concernant l'existence de troubles divers chez le nouveau-né, nous avons donc décidé de ne pas effectuer de tableaux croisés pour cette question.

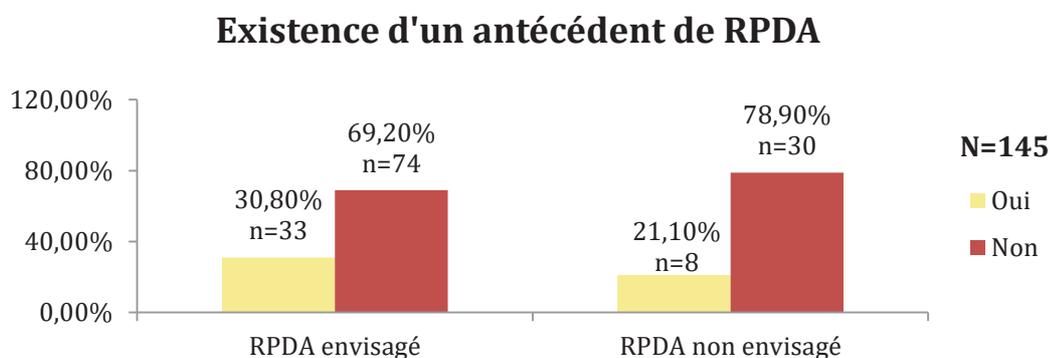
4^e partie : « Le retour à domicile »

Patientes ayant déjà entendu parler du RPDA



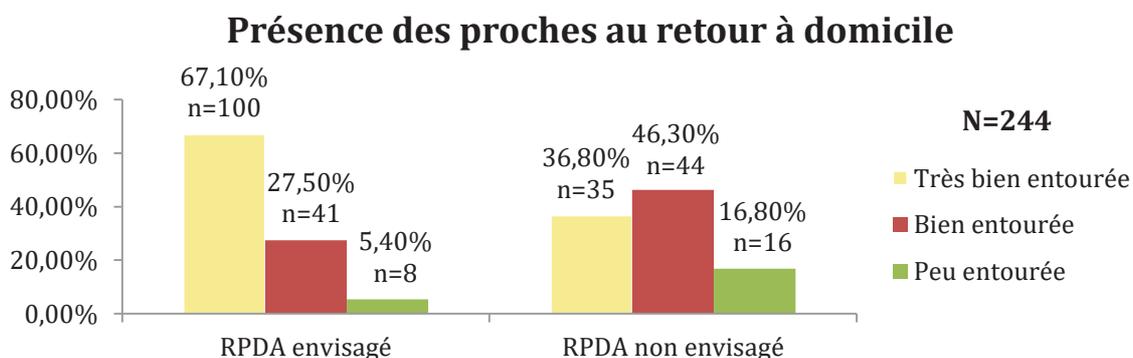
16,80 % (n = 41) des femmes de notre population générale ont déjà entendu parler du RPDA, et 36,58 % (n = 15) d'entre elles n'envisagent pas le RPDA. Il n'existe pas de différence significative entre nos deux sous-populations concernant le fait d'avoir déjà entendu parler du RPDA. (p > 0,05)

Existence d'un antécédent de RPDA



Parmi la population de femmes multipares (n = 145), 28,27 % (n = 41) sont déjà rentrées précocement chez elles et 80,49 % (n = 33) d'entre elles pourraient envisager de réitérer cette expérience. Il n'existe pas de différence significative entre nos deux sous-populations quant au fait d'avoir déjà pratiqué le RPDA. (p > 0,05)

Présence des proches lors du retour à domicile

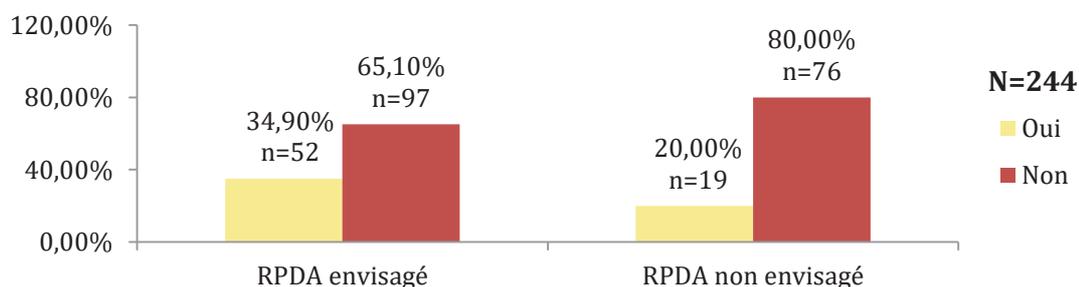


66,67 % (n = 16) des femmes de notre population générale pensant n'être que peu entourées par leurs proches lors de leur retour au domicile sont regroupées dans la sous population « RPDA non envisagé ». Aucune patiente de notre échantillon n'a coché la case « pas du tout entourée ».

Il existe une différence significative entre nos deux sous-populations quant à la présence des proches de la patiente lors de son retour à domicile. (p < 0,01)

Rendez-vous programmé en post-natal

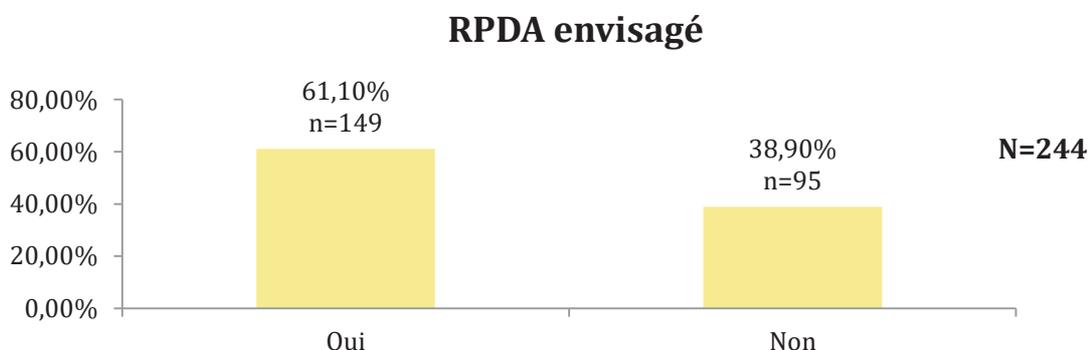
Rendez-vous programmé en post-natal



70,90 % (n = 173) des femmes de notre population n'ont pas programmé un rendez-vous en post-natal pour elles et/ou leur nouveau-né ; 29,10 % (n = 71) des femmes interrogées l'ont donc déjà programmé, et 73,24 % (n = 52) d'entre elles pouvaient envisager de rentrer précocement.

Il existe une différence significative entre les sous-populations « RPDA envisagé » et « RPDA non envisagé » concernant le fait d'avoir déjà programmé un rendez-vous avec un professionnel de santé pour la période post-natale. (p < 0,02)

RPDA envisagé

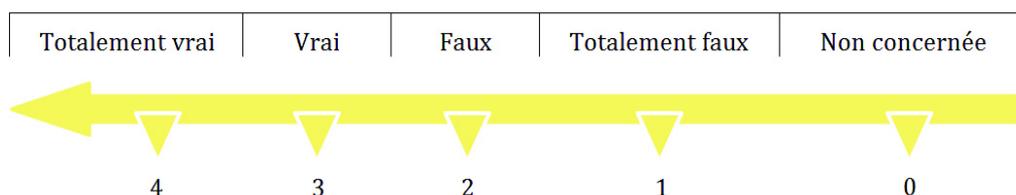


Parmi les 244 patientes interrogées lors cette enquête, 61,10% (n=149) ont pu envisager de rentrer précocement à domicile lors de leur séjour en maternité.

Argument en faveur/défaveur d'un RPDA

À l'aide de deux tableaux (Annexe III), il était possible aux patientes envisageant ou non le RPDA d'expliquer leur choix grâce à des arguments prédéfinis. Pour chaque argument, nos patientes devaient choisir parmi « totalement vrai », « vrai », « faux », « totalement faux », « non concernée ». Une case « Autre » laissait aux patientes le choix d'écrire un argument non mentionné dans le tableau.

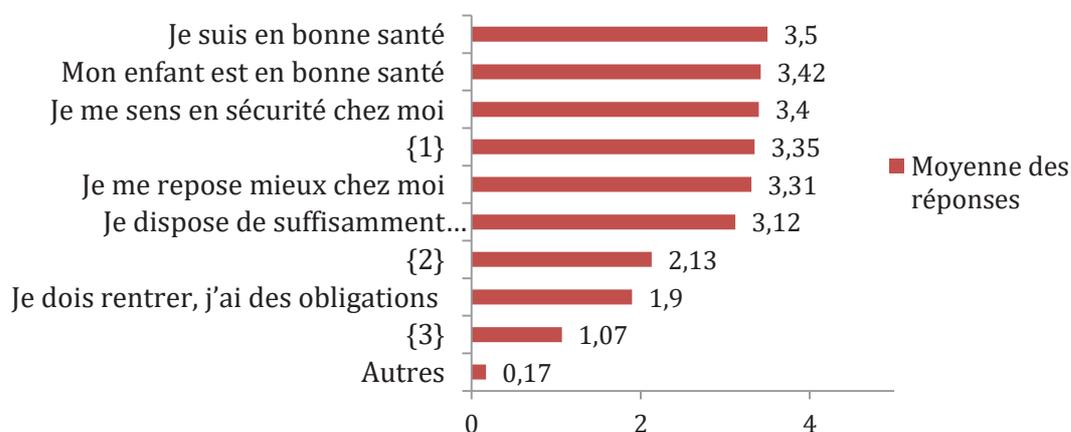
Afin d'analyser nos réponses, nous avons attribué un barème aux différentes réponses, soit :



a. Argument en faveur d'un RPDA

Ci-dessous, les moyennes obtenues pour chaque argument du premier tableau, rempli par les patientes envisageant le RPDA (N = 149)

Argument en faveur d'un RPDA



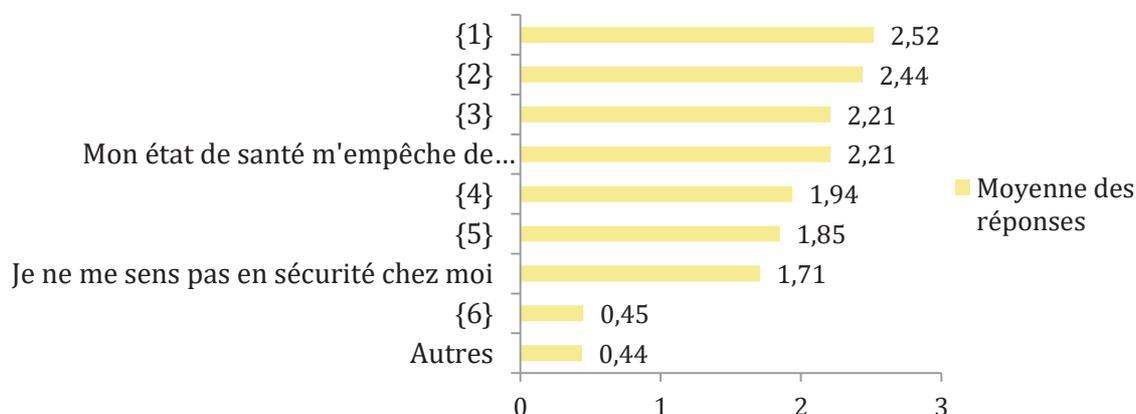
{1} "Je sais quels professionnels solliciter à la sortie en cas de soucis pour mon enfant et/ou moi"
 {2} "Je n'aime pas les établissements de santé, cela m'angoisse"
 {3} "Je suis déjà rentrée précocement lors d'une précédente grossesse et cela s'est bien passé"

5,37 % (n = 8) des patientes ayant rempli le tableau correspondant aux arguments en faveur d'un RPDA ont ajouté un argument dans la case « Autres ». 7 patientes ont ajouté « Retrouver son(s) enfant(s) », 1 patiente a ajouté « Profiter de l'aide du papa ».

b. Argument en défaveur d'un RPDA

Ci-dessous, les moyennes obtenues pour chaque argument du deuxième tableau, rempli par les patientes n'envisageant pas le RPDA (N = 95)

Argument en défaveur d'un RPDA

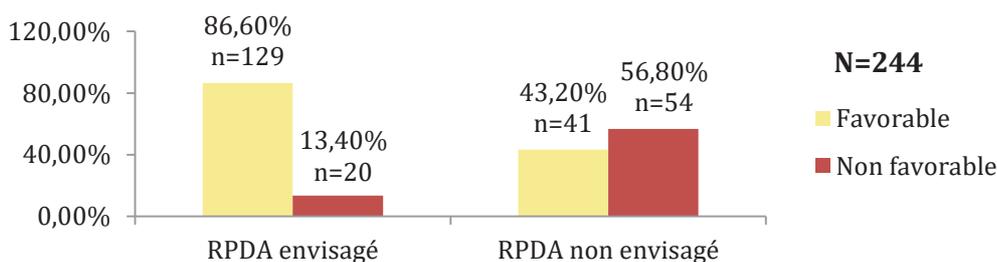


{1} Je souhaite avoir davantage d'informations sur les soins, la parentalité
 {2} Je peux mieux me reposer dans un établissement de santé
 {3} Je ne me sens pas autonome dans les soins de puériculture
 {4} Je ne sais pas quels professionnels solliciter à la sortie en cas de soucis pour mon enfant et/ou moi
 {5} L'état de santé de mon enfant m'empêche de l'envisager
 {6} Je suis déjà rentrée chez moi précocement et cela s'est mal passé

12,12 % (n = 12) des patientes ayant rempli le tableau correspondant aux arguments en défaveur d'un RPDA ont ajouté un argument dans la case « Autres ». 5 patientes ont ajouté « Montée de lait en cours », 4 patientes ont ajouté « Nouveau-né n'ayant pas repris de poids », 2 patientes ont ajouté « Soins associée à une césarienne », 1 patiente a ajouté « Se retrouver seule ».

Opinion des patientes sur le RPDA

Opinion des patientes sur le RPDA



Parmi notre population générale, 69,67 % (n = 170) des femmes ont une opinion favorable du RPDA ; 30,30 % (n = 74) en ont donc une opinion défavorable. Dans notre sous-population « RPDA non envisagé », 43,20 % (n = 41) des femmes ont tout de même une opinion favorable du RPDA. Il ne nous a pas semblé utile d'établir un lien de significativité entre ces deux variables.

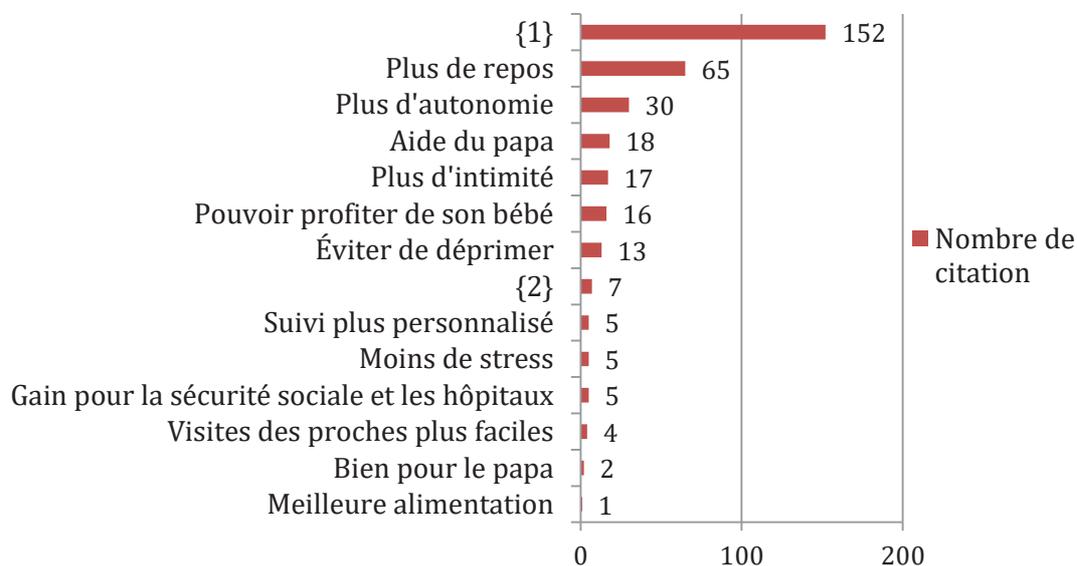
Avantages et inconvénients du RPDA

La dernière question de cette enquête a amené les patientes à s'exprimer sur les avantages et les inconvénients, selon elles, du RPDA et ceci à travers une question ouverte, sous forme de tableau, séparant d'un côté les avantages et de l'autre les inconvénients. Afin de faciliter l'exploitation des résultats, les réponses ont été regroupées en plusieurs phrases types.

a. Avantages

77,46 % (n = 189) des femmes de notre échantillon se sont exprimées, et nous ont cité au moins un avantage. Il y a 1,8 type d'avantages par femmes.

Avantages du RPDA



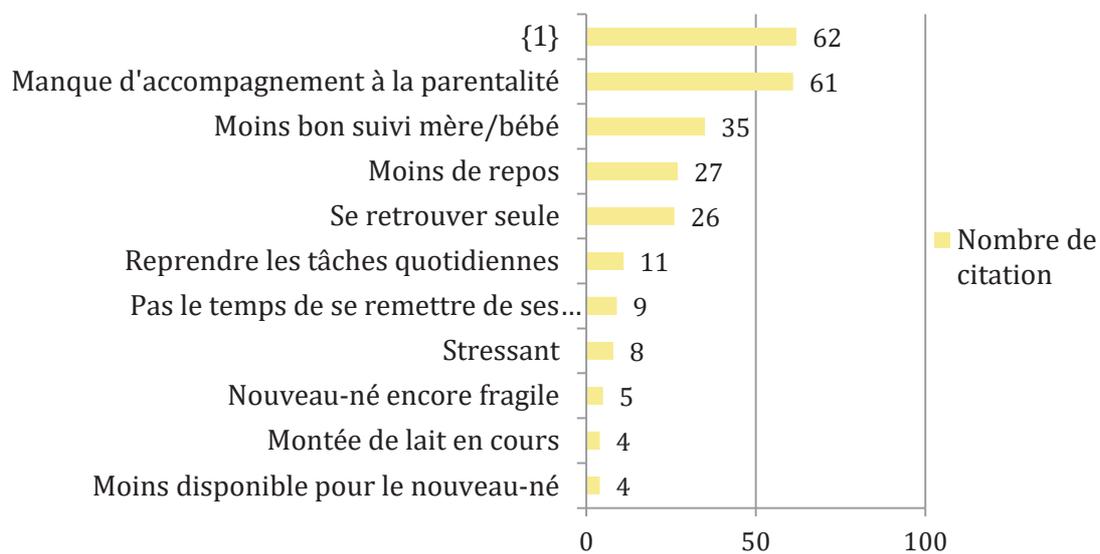
{1} Retrouver son « chez soi », ses repères, sa famille

{2} Éviter le manque de place dans les maternités

b. Inconvénients

65,57 % (n = 160) des femmes de notre échantillon se sont exprimées, et nous ont cité au moins un inconvénient. Il y a 1,6 type d'inconvénient par femmes.

Inconvénients du RPDA



{1} Pas de professionnel à proximité à n'importe quel moment

Discussion

1 Discussion de la méthodologie

1.1 Les limites de l'étude

Parmi les établissements de santé sollicités, seule une clinique privée du département sur trois a accepté d'accueillir notre questionnaire, ce qui sous-représente davantage la population de femmes séjournant en clinique dans notre échantillon de population (n = 37, 15,20 %). Il n'a donc pas été possible de réaliser des tests comparatifs entre les maternités privées et publiques.

Notre première intention était d'étendre l'étude à la population de Haute-Normandie et donc de solliciter quatre établissements supplémentaires. Cependant, il était difficile de nous rendre régulièrement dans ces différents établissements et d'y effectuer une distribution de qualité et un bon suivi de celle-ci. Il aurait néanmoins été intéressant d'intégrer le département de l'Eure dans notre étude. Cela aurait permis d'obtenir un nombre suffisant de maternités de niveau I et des résultats plus ou moins représentatifs d'une région. Le réseau ville-hôpital est moins étendu dans ce département, les professionnels de santé libéraux sont peu nombreux ; nous pouvons penser que les perceptions des femmes de ce département auraient pu enrichir notre analyse.

Concernant le questionnaire, plusieurs réponses enregistrées nous ont posé des difficultés dans l'analyse des résultats. Ceci était imputable à la formulation de plusieurs questions :

- La formulation de la question n°1 concernant l'âge des patientes a rendu impossible le calcul de la moyenne d'âge, de la médiane ainsi que l'âge minimum et maximum.
- Des réponses identiques ont été observées entre les questions n°8 et n°9 nous amenant à nous interroger sur l'utilité de cette dernière. Il aurait été plus évident de ne demander qu'un seul professionnel le plus souvent rencontré afin de rendre exploitable cette question.
- Nous avons dû, pour les questions ouvertes n°16 et n°18, effectuer un tri dans les réponses obtenues. En effet, certaines femmes ont considéré les « œdèmes »

comme une complication de la grossesse et une présentation podalique ou un enfant né avec un circulaire comme des complications de l'accouchement.

- Malgré l'indication apportée à la suite de la question n°31 sur le choix du tableau à remplir (soit la question n°32 ou n°33), certaines femmes ont rempli les deux tableaux. Dans ce cas, il n'a été pris en compte que le tableau concordant avec la réponse obtenue à la question n°31. Enfin, après avoir effectué l'analyse de ces tableaux, le choix de réponse nommé « non concernée » nous a semblé inutile et source de confusion, empêchant les femmes de se positionner.

Afin de faciliter le remplissage des questionnaires, nous avons exclu de l'étude les femmes d'origine étrangère ne maîtrisant pas ou peu la langue française. Il aurait néanmoins été enrichissant d'obtenir le point de vue de ces femmes, nombreuses dans notre département, dont le vécu de la naissance et les inquiétudes peuvent être différentes du fait de la barrière de la langue. Dans un contexte d'immigration récente, l'entourage familial est souvent peu présent chez ces femmes, avec de ce fait une autre perception du RPDA que celle de notre population générale.

Le taux de participation à l'enquête n'a pu être calculé. Dans les maternités où nous avons effectué en personne la distribution, les nombres de questionnaires distribués et récupérés ont pu être répertoriés, ce qui n'a pas été effectué dans les autres maternités, malgré la disposition de document incitant les sages-femmes à noter le nombre de questionnaires distribués et récupérés.

Enfin, la méthodologie de l'étude consistant à distribuer notre questionnaire au cours du deuxième ou troisième jour post-accouchement ne prenait pas en compte l'heure d'accouchement de la patiente. Cela a pu induire un biais entre les femmes ayant accouché tôt le matin et bénéficiant d'une journée d'hospitalisation supplémentaire appelée « JO », contrairement aux femmes ayant accouché tard le soir et étant considérées à « J1 » de leur séjour seulement quelques heures après leur accouchement. Il aurait été préférable d'ajouter une question supplémentaire amenant la patiente à préciser le jour et l'heure de son accouchement, et le jour et l'heure du remplissage du questionnaire afin de limiter ce biais.

1.2 Les atouts de l'étude

Malgré une absence de taux de participation, nous jugeons le nombre de 244 questionnaires comme satisfaisant. De plus, la répartition des réponses obtenues dans chaque établissement semble équitable.

Nous n'avons récolté que peu de questionnaires non exploitables, et peu de non réponse dans l'analyse. De plus, les questions ouvertes concernant le RPDA ont récolté de nombreuses réponses très variées. La forte implication des patientes dans cette étude était donc à soulever, ainsi que leur volonté d'expliquer leurs choix, qu'ils soient en faveur ou non du RPDA.

Selon nous, seule une enquête prospective pouvait nous permettre de répondre à nos objectifs. Cette méthode a permis de rendre compte des perceptions des patientes sur le RPDA au moment où la situation pouvait se présenter à elles, ce qui est un des points forts de cette étude. De plus, nous n'avons pas retrouvé d'étude similaire à celle-ci dans la littérature, ce qui en fait également un point fort.

Au cours de notre enquête, nous avons découvert l'intérêt que pouvait susciter notre sujet, à la fois chez les patientes et chez les professionnels de santé :

- Lors des entretiens effectués avec les différent(e)s cadres supérieur(e)s des établissements de santé, il nous a régulièrement été demandé de transmettre nos résultats une fois l'étude terminée.
- Lorsque nous nous rendions en service de maternité afin d'effectuer la distribution, quelques sages-femmes semblaient également intéressées, notamment sur la mise en place du RPDA et les adaptations que cela leur demanderait dans leur exercice futur.
- Enfin, de nombreuses femmes ont souhaité annoter leur questionnaire de commentaires, abordant le RPDA, le rôle que la sage-femme pouvait jouer et les améliorations qu'elles aimeraient voir mettre en place.

2 Discussion des résultats

2.1 Représentativité de la population interrogée

Notre population est constituée de 244 femmes résidant en Seine-Maritime. La question n°6 nous a permis de recenser 84 codes postaux différents, sur les 88 codes composant le département de Seine-Maritime, ce qui englobe 95,4 % du territoire.

Les résultats obtenus à partir de notre échantillon de 244 patientes ne peuvent être représentatifs de la population de tout un département. Nous observons tout de même des similitudes entre certains résultats obtenus et l'enquête nationale périnatale de 2010, notamment sur le taux de femmes ayant accouché par voie basse (80 % dans notre échantillon, 79 % dans l'ENP 2010), le taux de femmes en activité durant la grossesse, (70,5 % dans notre échantillon, 70,2 % dans l'ENP 2010), ou le taux de participation aux séances de PNP (47,5 % pour notre échantillon, 48,4 % dans l'ENP 2010) (34).

La tranche d'âge majoritaire dans notre échantillon est celle des 25-29 ans (36,47 %), 30,3 % des femmes interrogées dans l'ENP 2010 font partie de la classe d'âge des 25-29 ans, 33,2 % font partie de la classe d'âge des 30-34 ans. Les données de l'état civil de 2009 recueillies par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) montrent des pourcentages similaires (31,9 % de 25-29 ans, 31,6 % de 30-34 ans) (34). La répartition des classes d'âges dans notre population est similaire à celle observée dans des enquêtes nationales de plus grande ampleur.

Concernant le choix de l'alimentation du nouveau-né, notre population d'étude est constituée de 42,62 % (n = 104) de femmes allaitantes et de 49,60 % (n = 121) de femmes ayant choisi l'alimentation artificielle. Ces deux populations sont donc représentées de manière égale, rendant plus fiables les tests de comparaisons effectués sur cette variable. À noter que les données recueillies par l'étude Épipane de 2012 retrouvent 59,7 % de femmes allaitantes, contre 30,9 % de femmes donnant le biberon à leur nouveau-né : notre population n'est donc pas représentative de la population générale quant aux taux d'allaitement maternel et artificiel (35).

Enfin, notre population d'étude comprend autant de femmes primipares (40,57 %, n = 99) que de deuxième par (40,57 %, n = 99), et 18,86 % (n = 46) des femmes restantes ont une parité supérieure ou égale à 3, ce qui semble rendre d'autant plus fiable les tests comparatifs effectués avec la variable « parité ».

2.2 Première hypothèse : Les femmes s'estiment aptes à sortir au cours des 72 premières heures de leur accouchement voie basse/ au cours des 96 premières heures de leur accouchement par césarienne.

Le premier objectif de notre étude était de construire une réflexion autour du RPDA dans notre département à travers ce que pouvaient ressentir les patientes.

L'analyse de nos résultats nous permet de répondre à cette première hypothèse : 61,10 % (n = 149) des femmes interrogées dans notre étude s'estiment aptes à rentrer précocement à domicile et jugent donc la durée de séjour de deux ou trois jours en maternité suffisante (dates auxquelles le questionnaire a été rempli). Nous regrettons de ne pas avoir trouvé d'autres études s'interrogeant sur les aptitudes des femmes à envisager le RPDA. Dans l'enquête menée auprès des patientes par le CIANE sur les durées de séjour en maternité en 2012, il ressort que 19 % des primipares avaient bénéficié d'un séjour de 3 jours ou moins et 34 % d'entre elles avaient jugé la durée comme trop courte. Par ailleurs, 17 % des multipares avait bénéficié d'un séjour de 2 jours ou moins et 14 % des césariennes un séjour de 4 jours ou moins. Pour chacune de ces deux populations, la durée de séjour avait été jugée comme satisfaisante à 57 % et trop courte dans seulement 8 % des cas (23). Dans cette étude, nous n'avons pas trouvé de résultats statistiques englobant la totalité de la population afin de la comparer aux nôtres. Cependant, les résultats décrits semblent se rapprocher de nos propres résultats.

La majorité de notre population est favorable au retour précoce à domicile (69,67 % n = 170), ce qui semble cohérent au vu du résultat précédent. Cependant, nous observons une part non négligeable de femmes n'envisageant pas le RPDA et y étant tout de même favorables (43,20 % n = 41). Les raisons ne permettant pas à ces 41 femmes d'envisager le RPDA peuvent être purement personnelles et complexes sans être applicables à la population générale, amenant les femmes à ne pas faire de leur opinion une généralité. Cependant, parmi ces femmes, 23 (56,1 %)

sont des primipares. Ce résultat confirme l'analyse apportée par le CIANE précédemment. Nous pouvons supposer ici que les primipares ne se sentent pas prêtes à sortir précocement par manque d'expérience sans pour autant refuser cette possibilité pour une grossesse ultérieure.

Ainsi, notre première hypothèse est partiellement confirmée puisque près de 40 % des femmes de notre étude ne s'estiment pas apte à sortir précocement. Afin d'aller plus loin dans l'analyse, nous nous sommes intéressés aux arguments mis en avant par les femmes envisageant le RPDA (la question n°32, Annexe IV) et ceux mis en avant par les femmes ne l'envisageant pas (la question n°33, Annexe V).

Le critère de « bonne santé » concernant elles-mêmes et leur nouveau-né est celui que les femmes utilisent le plus souvent pour justifier le choix d'un RPDA. L'argument « je me sens en sécurité chez moi » et « je sais quels professionnels solliciter à la sortie en cas de soucis pour mon enfant et/ou moi » sont les suivants. Nous sommes ici dans une justification par la sécurité en terme de santé et de suivi, ce qui est le plus souvent recherché par les professionnels de maternité afin d'autoriser une sortie précoce. Ce résultat nous semble donc cohérent.

L'argument suivant introduit la notion de confort et de repos : « je me repose mieux chez moi ». La particularité de l'environnement hospitalier (l'ambiance qui y règne, ses horaires, ses règles et ses interdictions) peut souvent amener les femmes à anticiper leur sortie. Nous retrouvons ceci dans l'enquête menée par le CIANE où le manque de confort, le bruit, les « *va et vient incessants* » sont vécus comme une source de stress et de fatigue et font partie des motivations exprimées par des femmes qui auraient préféré rentrer plus tôt chez elles (23). Le plus souvent, cet argument n'est pas une priorité. Mais l'on retrouve tout de même cette notion dans plusieurs témoignages recueillis par l'enquête de satisfaction de l'Union nationale des associations familiales (UNAF) de 2010 : « *Dans les hôpitaux, impossible de se reposer tant il y a du bruit, de nombreuses et tardives visites de l'équipe soignante. Autant rentrer chez soi plutôt que d'être réveillée à tout bout de champ.* » (36).

Le dernier argument récoltant le plus de « totalement vrai » et de « vrai » est « je dispose de suffisamment d'informations ». Le séjour en maternité est le moment privilégié par les professionnels pour faire passer le plus d'informations

possibles, et les discussions abordent autant la puériculture que la gynécologie, la parentalité ou encore l'éducation à la santé. Cet argument n'est cependant que le 6^e ayant obtenu le plus de réponses favorables : cela reste cohérent puisque les femmes sont souvent informées par sources d'informations disponibles à la sortie en cas de questions persistantes ou d'une nécessité d'un soutien supplémentaire, ne faisant pas de cet argument une priorité. Nous retrouvons également cet argument dans l'enquête menée par le CIANE, où un certains nombres de femmes multipares mais aussi primipares, se sentant confiantes dans leurs capacités de mère estiment qu'un séjour plus long n'est pas nécessaire (23).

Lorsque l'état de santé des femmes et de leur nouveau-né permet à certaines de justifier le plus aisément une sortie précoce, la situation inverse ne s'applique pas puisque l'argument le plus souvent mis en avant pour justifier la nécessité d'un séjour plus long est le manque d'informations (« je souhaite avoir davantage d'informations sur les soins, la parentalité »). Les femmes en grande demande d'informations et de soutien expriment ici l'importance que ces discussions ont dans la manière d'envisager une sortie précoce. Malgré la quantité d'informations délivrées durant le séjour en maternité, il semble qu'une lacune persiste en milieu hospitalier pour un certains nombres de femmes, ne leur permettant pas d'envisager une sortie précoce. C'est également ce que retrouve l'étude menée par l'UNAF : 26,9 % des femmes (soit 256 femmes) précisent qu'elles auraient aimé être mieux soutenues avant leur retour à domicile (36). Nous notons également que la capacité d'autonomie dans les soins apportés à l'enfant semble être l'un des arguments les plus souvent mis en avant : il peut être mis en lien avec le manque d'informations préalablement cité..

Nous retrouvons de nouveau la notion de repos, qui est ici décrite comme plus bénéfique dans un établissement de santé. En effet, selon l'environnement du domicile, les femmes peuvent trouver le repos plus adéquat lors de leur hospitalisation, n'ayant à se préoccuper que de leur santé et de celle de leur enfant.

Nous notons également que neuf des douze arguments rajoutés par les patientes à nos propositions sont en rapport avec la mise en place de l'alimentation : « montée de lait en cours » et « nouveau-né n'ayant pas repris de poids ». L'alimentation des premiers jours semble être l'une des préoccupations ne permettant pas aux femmes de se projeter à domicile. Ces 9 femmes ne sont

probablement pas les seules de notre étude à avoir ces préoccupations. Nous supposons que d'autres patientes dans cette situation ont pu l'exprimer à travers l'argument « Je souhaite avoir davantage d'informations sur les soins, la parentalité ».

Au vu de cette analyse, nous ne pouvons pas tirer de conclusion unique : chaque argument, avantage ou inconvénient semble correspondre à différents profils de patientes. La seconde partie de notre analyse permet de nous apporter des réponses quant aux profils des patientes envisageant ou non le RPDA et de mieux comprendre les arguments mis en avant ci-dessus.

2.3 Deuxième hypothèse : Il existe des caractéristiques communes chez les femmes aptes à sortir précocement.

Notre second objectif était d'analyser la population de femmes de notre échantillon prêtes à sortir précocement. Notre analyse a permis de mettre en avant certaines caractéristiques en dressant des graphiques comparatifs entre nos populations « RPDA envisagé » et « RPDA non envisagé ».

A) RENSEIGNEMENTS GENERAUX

L'établissement séjourné :

En 2013, Bénédicte Coulm publie sa thèse de doctorat en épidémiologie et étudie les courtes durées de séjour en maternité en fonction de différents critères en s'appuyant sur les données de l'enquête nationale périnatale de 2010 (37). Elle a démontré l'importance de séjour court dans les CHU et les grandes maternités et cela indépendamment des caractéristiques maternelles, obstétricales et néonatales : 38,4 % de séjours de trois jours ou moins dans les CHU contre 29,7 % dans les autres établissements publics.

Dans le cadre de notre étude, il n'a pas été démontré de lien significatif entre un séjour dans de telles structures et le fait d'envisager plus facilement un RPDA. La médicalisation de la naissance et de ses suites, plus importante dans les maternités de type CHU et les grosses structures, n'influence donc pas le choix des femmes quant au RPDA. La diminution des DMS touchant en majorité les grands établissements est amenée à s'étendre sur toutes les maternités du territoire et comme nous le suggère notre analyse, l'information et la préparation des femmes

au retour précoce devront s'effectuer dans chaque maternité, en veillant à leur bonne compréhension notamment dans les grandes structures où les femmes sont le plus souvent amenées à sortir au troisième jour sans pour autant l'avoir plus facilement envisagé.

Lorsque nous étudions la population de femmes ayant séjourné dans les maternités du CHU Charles Nicolle puis des CH Jacques Monod et CH du Belvédère, qui sont toutes deux des maternités réalisant plus de 3000 accouchements par an (14), nous remarquons cependant que 52,46 % de ces femmes envisagent le RPDA. Plusieurs explications peuvent se trouver dans l'étude des avantages du RPDA cités par les femmes séjournant dans ces structures : sur les 65 citations recensées de type « plus de repos », 32 ont été citées par des femmes séjournant dans ces grandes structures (49 %) ; sur les 17 citations recensées de type « plus d'intimité », 9 ont été citées par ces femmes (53 %). Nous comprenons ici que l'organisation des soins dans ces grandes maternités (visites répétées des professionnels de santé, environnement du service) peut expliquer, en partie, le résultat obtenu ci-dessus.

L'exercice d'une profession :

Lorsque nous nous penchons sur la caractéristique « exercice d'une profession » dans notre échantillon, nous remarquons que 34,90 % (n = 52) des femmes de la population « RPDA envisagé » n'exercent aucune profession contre seulement 21,10 % (n = 20) dans la population « RPDA non envisagé ». Les femmes n'exerçant aucune profession seraient plus enclines à rentrer précocement. La thèse de Bénédicte Coulm démontre quant à elle une durée de séjour de trois jours ou moins plus importantes chez les femmes ayant un niveau d'étude ne dépassant pas le secondaire (collège) (37).

Nous pouvons expliquer ces résultats par le pourcentage important de femmes au foyer dans notre population « RPDA envisagé » : 16,1 % (n = 24), alors qu'elles ne constituent que 3,2 % (n = 3) des femmes n'envisageant pas le RPDA. Nous pouvons le supposer par le fait que ces femmes ont le plus souvent plusieurs enfants à charge, les motivant d'autant plus à rentrer précocement. Nous l'observons ici : 96,30 % (n = 26) des femmes au foyer interrogées sont des multipares. Le lien significatif observé ici entre le fait d'exercer une profession et d'envisager moins facilement le RPDA peut donc être remis en question.

La zone d'habitation :

La Seine-Maritime est l'un des départements les moins dotés en sages-femmes libérales et les zones rurales de moins de 2 000 habitants sont les zones souffrant le plus d'un manque de professionnels libéraux, sage-femme ou médecin. D'après un recensement effectué par DREES à partir des fichiers Adeli et du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS), seulement 6,76 % des sages-femmes libérales du territoire exercent en milieu rural (38) et seulement 8,79 % en ce qui concerne les médecins généralistes (39).

Nous pouvons alors penser que les femmes habitant en zone rurale envisageraient moins facilement le retour précoce à domicile du fait du peu de professionnels libéraux à la sortie ou d'une distance importante entre eux et leur foyer. Cependant, la zone d'habitation n'influence pas le choix des patientes dans notre échantillon. Nous le constatons également à la question n°33, où l'argument de type « je ne sais pas quels professionnels solliciter à la sortie en cas de soucis pour mon enfant et/ou moi » n'est que le 5^e argument mis en avant parmi les patientes n'envisageant pas le RPDA. Le fait de ne pas connaître de professionnels de santé de proximité ou de devoir se déplacer dans une structure de soins comme un cabinet libéral ou bien un établissement de santé, loin de chez elles, n'empêche pas les femmes d'envisager le RPDA. Cela peut s'expliquer par la prépondérance actuelle des prises en charge à domicile, notamment par les sages-femmes libérales et également dans le cadre du PRADO, de plus en plus développé dans notre région. La répartition des centres de PMI peut également expliquer ce résultat. En effet, la Seine-Maritime est le 2^e département le mieux doté du territoire en centre de PMI (105 centres) (24) et l'existence de ces centres est très souvent rappelée aux femmes, afin qu'elles puissent peser leur nouveau-né régulièrement et avoir accès à des consultations de professionnels de la périnatalité. D'après les témoignages des femmes lors de l'enquête de l'UNAF, l'aide qui leur a été apportée en post-natal provenait à 29 % de professionnels de PMI (36).

La situation familiale :

D'après notre analyse, la parité semble être l'un des facteurs les plus influents sur le choix des femmes face au RPDA. Lorsque 60 % (n = 57) des femmes de la population « RPDA non envisagé » sont des primipares, 71,80 % (n = 107) des

femmes de la population « RPDA envisagé » sont des multipares. C'est ce que retrouve également Bénédicte Coulm dans son étude, avec des séjours de trois jours ou moins augmentant principalement avec la parité (37). Nous retrouvons également cette observation dans d'autres questions de l'étude :

- À la question n°35, l'avantage du RPDA le plus souvent cité par les femmes de notre population générale, « retrouver son « chez soi » ses repères, sa famille », a été cité à 62,50 % (95 citations) par des multipares. L'enquête du CIANE montre également que « rejoindre au plus vite leur famille » est ce qui motive très fréquemment les femmes à sortir de la maternité (23). De plus, ces femmes ayant déjà eu l'expérience de la maternité, de la parentalité et ayant connaissance des professionnels à solliciter en cas de besoin sont souvent plus à même d'envisager un retour à domicile plus précoce. À la question n°32, le quatrième argument le plus souvent choisi par les femmes de la population « RPDA envisagé », « je sais quels professionnels solliciter à la sortie en cas de soucis pour mon enfant et/ou moi » a été coché « totalement vrai » et « vrai » de manière respective à 83 % et 65 % par des multipares. L'argument « je dispose de suffisamment d'informations » a été coché « totalement vrai » et « vrai » de manière respective à 78 % et à 70 % par des multipares.

- Les femmes n'envisageant pas le RPDA l'ont plus souvent traduit, à la question n°33, par l'argument « je souhaite avoir davantage d'informations sur les soins, la parentalité ». Cet argument a été coché « totalement vrai » et « vrai » de manière respective par 80 % et 79 % de primipares. C'est en effet l'argument fortement présent chez ces femmes, sans expérience précédente avec un nouveau-né et étant davantage en demande de soutien et d'informations. Le troisième argument le plus souvent choisi par les femmes n'envisageant pas le RPDA, « je ne me sens pas autonome dans les soins de puériculture » a été coché « totalement vrai » et « vrai » de manière respective à 87,5 % et à 76 % par des primipares. Ceci concorde également avec l'un des inconvénients du RPDA le plus souvent cité par les femmes de notre population générale dans la question n°35 : « manque d'accompagnement à la parentalité » a été cité à 60 % (36 citations) par des primipares. Le facteur parité est un des déterminants les plus importants quant au choix d'une sortie précoce de maternité.

Nous remarquons que les multipares ayant trois enfants ou plus ne sont pas autant nombreuses à envisager le RPDA que les femmes multipares ayant deux enfants : elles sont 56,52 % (n = 26) dans la population « RPDA envisagé » et 43,48 % (n = 20) dans la population « RPDA non envisagé ». Nous pouvons retrouver leurs arguments dans les autres questions de l'étude. À la question n°35, l'inconvénient du RPDA « moins de repos », quatrième inconvénient en terme de fréquence, a été cité à 48 % (13 citations) par des 3^e pères et plus, l'inconvénient « reprendre les tâches quotidiennes » a été cité à 45 % (5 citations) par des 3^e pères et plus. Enfin, à la question n°33, l'argument « je peux mieux me reposer dans un établissement de santé », deuxième argument le plus souvent choisi par les femmes n'envisageant pas le RPDA a été coché « totalement vrai » à 49,9 % par des 3^e pères et plus. Les grandes multipares sont donc plus mitigées quant au fait d'envisager un RPDA, du fait d'une charge de travail conséquente à domicile. Bien que 67,40 % (n = 31) des multipares de trois enfants et plus de notre étude soient favorables à un RPDA, mettre en place un soutien humain afin de les aider dans leurs tâches quotidiennes pourrait permettre aux femmes y étant défavorables d'envisager plus aisément le retour précoce à domicile. Dans l'enquête nationale menée par l'UNAF, il ressort également des témoignages un manque de soutien important notamment vis-à-vis des 2^e et 3^e pères : « *le personnel hospitalier a tendance à considérer qu'au troisième enfant, un soutien n'est pas nécessaire et à vous laisser surtout en post-natal vous débrouiller seule* » (36).

Lorsque nous nous intéressons à la moyenne d'âge des aînés des femmes multipares de notre étude (n = 145), nous ne retrouvons pas de lien significatif entre le fait d'envisager le RPDA et d'avoir des enfants en bas âge, avec des moyennes d'âges de 4,15 ans et de 4,66 ans pour les populations respectives « RPDA envisagé » et « RPDA non envisagé ». Les femmes ayant un enfant en bas âge peuvent être moins enclines à rentrer précocement du fait de la charge de travail supplémentaire. En revanche, les femmes peuvent également ressentir le besoin de rentrer plus tôt afin de retrouver leur enfant encore jeune et dépendant de leur mère.

B) LA GROSSESSE

Le suivi médical :

Dans notre étude, nous ne retrouvons pas de lien significatif quant aux professionnels rencontrés pendant la grossesse et le fait d'envisager plus aisément le RPDA. Cependant, nous pouvons remarquer que les femmes n'envisageant pas le RPDA ont eu tendance à consulter plus souvent le gynécologue ou gynécologue-obstétricien. L'analyse de cette question comporte cependant un biais : certaines femmes ont dû prendre rendez-vous avec des professionnels de santé (sage-femme ou gynécologue-obstétricien selon leurs antécédents médicaux et obstétricaux) de manière systématique en maternité, du fait d'un protocole mis en place imposant par exemple un rendez-vous du 6^e, du 8^e et du 9^e mois, ou bien de la participation à un entretien prénatal précoce, le plus souvent organisé par une sage-femme selon les données de l'enquête périnatale 2010 (34).

Il n'a pas été retrouvé de lien significatif entre le nombre de consultations de grossesse effectuées, ou la participation à la PNP et le fait d'envisager le RPDA. Cela semble cohérent puisque, dans notre département, l'information du RPDA est encore peu transmise lors de ces consultations, l'installation de sortie précoce n'étant pas encore harmonisée sur notre territoire. Nous notons également que le lieu des séances de PNP n'influence pas le choix des femmes. Nous pouvons supposer que malgré la connaissance de sages-femmes libérales à travers les séances effectuées, les femmes n'envisagent pas mieux le RPDA. Cela concorde avec la 5^e position de l'argument « je ne sais pas quel professionnel sollicité à la sortie pour mon enfant et/ou moi » en terme de fréquence de la question n°33.

L'entretien prénatal précoce et le projet de naissance :

L'entretien prénatal précoce ou entretien du 4^e mois a été mis en place à la suite du plan périnatalité de 2005-2007. Il a parmi ses nombreux objectifs, celui de favoriser l'expression des attentes et des besoins des futurs parents sur la grossesse et la naissance et de leur donner des informations utiles sur « *les ressources de proximité dont ils peuvent disposer (...) notamment avec les partenaires du réseau périnatal* » (18). 31,15 % (n = 76) des femmes de notre population ont participé à cet entretien. Nous pouvons noter une différence quant à la proportion de femmes participant à l'entretien interrogées dans l'enquête périnatale 2010 : seulement 21,4 % (34).

74,50 % (n = 111) des femmes de la population « RPDA envisagé » n'ont pas participé à l'entretien du 4^e mois, tandis que 40 % (n = 38) des femmes de la population « RPDA non envisagé » y ont participé. Cependant, plusieurs biais faussent les résultats obtenus. 73,87 % (n = 82) des femmes envisageant le RPDA et n'ayant pas participé à l'entretien sont des multipares. Nous retrouvons un pourcentage similaire dans l'enquête périnatale 2010, avec seulement 14,3 % de multipares ayant participé à l'entretien prénatal précoce (34). Ces femmes sont moins nombreuses à participer à cet entretien, ayant le plus souvent moins d'interrogations sur le déroulement de la grossesse et plus de connaissances sur les ressources du réseau périnatal. C'est ce que les témoignages de l'enquête menée par l'UNAF relatent également : « *Ayant eu des enfants auparavant, l'entretien ne m'apportait pas plus* » (36). Lorsque nous nous intéressons à la variable « entretien prénatal précoce » chez la population de primipares, nous remarquons cependant que 70,45 % (n = 31) des primipares ayant participé à cet entretien sont regroupées dans la population « RPDA non envisagé ». Malgré l'expression de leur projet et l'information sur le réseau périnatal, l'entretien prénatal précoce n'a pas permis à notre population de primipares d'envisager plus facilement le RPDA. Nous pouvons supposer que les professionnels du département de Seine-Maritime réalisant ces entretiens n'ont abordé que très peu le RPDA, ce qui peut remettre en question notre résultat

L'autre biais peut provenir de l'information donnée aux patientes quant à l'existence de cet entretien. L'enquête de l'UNAF montre que 65,55 % des femmes interrogées (624 femmes) n'ont pas bénéficié de la proposition d'un entretien (36). Lorsque nous étudions la proportion de femmes de notre étude ayant bénéficié ou non des entretiens en fonction des établissements de santé séjournés, nous pouvons supposer que chaque établissement ne le propose pas systématiquement comme le plan périnatalité le recommande.

Le projet de naissance permet à la femme voire au couple d'exprimer différents souhaits concernant la prise en charge de tout ce qui entoure la grossesse et la naissance de l'enfant à venir. D'après la HAS, il inclut également « *les possibilités de suivi pendant la période post-natale, y compris les conditions d'un retour précoce à domicile* » (40). La rédaction d'un projet de naissance devient de plus en plus fréquente chez les femmes, en lien avec le besoin actuel de se

réappropriier la grossesse et ses suites. Les données du CIANE montrent que le nombre de femmes rédigeant un projet de naissance est passé de 7 % en 2005 à 18 % en 2009 (23). Dans cette étude, ces projets concernaient cependant uniquement la période de l'accouchement. Les projets concernant le retour à domicile sont peu souvent observés dans la pratique courante. Informer les couples sur l'intérêt du projet de naissance écrit et l'intégration du RPDA dans celui-ci pourrait permettre d'informer le plus tôt possible l'équipe médicale et de faciliter la réalisation du projet.

Quatre des six patientes de notre étude ayant rédigé un projet de naissance envisagent de rentrer précocement. Cependant, il nous est impossible de savoir si ces projets concernaient le retour à domicile et si leur rédaction a pu influencer le choix des patientes.

C) L'ACCOUCHEMENT ET SES SUITES

L'accouchement, son mode et son vécu :

D'après notre analyse, il n'existe pas de lien significatif entre le mode d'accouchement des femmes et le fait d'envisager un RPDA. Lorsque 62,56 % (n = 122) des femmes ayant accouché par voie basse envisagent le RPDA, 55,10 % (n = 27) des femmes césarisées l'envisagent également. Nous pouvions nous attendre à un résultat différent, puisque les femmes césarisées peuvent être plus sujettes à une fatigue importante, des appréhensions quant au retour à domicile et les soins associés à leur césarienne, et parfois une dépendance vis-à-vis de leur entourage quant à l'exécution de tâches quotidiennes du fait de la cicatrice. La question n°35 nous prouve le contraire : l'inconvénient du RPDA « moins de repos » a été cité à seulement 18,52 % (5 citations) par des femmes césarisées. L'inconvénient « moins bon suivi mère/bébé » a été cité à 28,57 % (10 citations) par des femmes césarisées. L'enquête menée par le CIANE montrait également que le mode d'accouchement n'était pas un facteur influençant la satisfaction des femmes sur leur durée de séjour en maternité (23).

Lors de l'étude de la variable « lésions périnéales », il a été décidé d'exclure la population de femmes césarisées, ayant par définition, toujours un périnée intact. Nous avons retrouvé un lien significatif entre l'existence de lésions périnéales chez nos patientes ayant accouché par voie basse et le fait d'envisager le RPDA. En effet, les femmes ayant une ou des lésions du périnée constituent 69,90

% (n = 51) de la population « RPDA non envisagé » et seulement 54,90 % (n = 67) de la population « RPDA envisagé ». Dans notre étude, il n'a pas été fait de différence entre les différentes lésions possibles (déchirure simple, épisiotomie, éraillure, périnée complet). Cependant, il apparaît ici que l'existence de lésions peut rendre les femmes moins aptes à envisager le RPDA. La fatigue physique en lien avec la douleur souvent ressentie par ces femmes peut l'expliquer. De plus, les femmes dont le périnée a été lésé peuvent ressentir le besoin d'un séjour plus long, afin de bénéficier de plus d'informations notamment sur les conséquences de ces lésions, ou sur la reprise du transit intestinal.

D'après notre analyse, 63,64 % (n = 14) des femmes de notre échantillon ayant vécu une ou des complications lors de l'accouchement sont regroupées dans la population « RPDA non envisagé ». L'existence de complications lors de l'accouchement, perturbant le vécu des femmes, semble avoir un impact concernant leur choix. La complication la plus souvent citée (n = 10) par les femmes n'envisageant pas le RPDA est l'extraction instrumentale. Bénédicte Coulm retrouvait également des durées de séjour supérieures à 5 jours chez les patientes ayant subi une extraction lors de l'accouchement (37). Cela peut s'expliquer par l'existence quasi systématique de lésions périnéales associées qui, selon notre analyse, serait un des facteurs déterminants quant aux choix des femmes. Les autres complications observées sont une prise en charge de la douleur inefficace, qui n'a été citée que quatre fois et l'hémorragie de la délivrance, qui n'a été citée qu'une fois.

Le vécu de ces femmes peut être perturbé, la naissance ne se produisant pas dans les conditions imaginées. Les trois complications observées ci-dessus peuvent laisser un souvenir traumatisant aux femmes, induisant une fatigue à la fois physique et morale, ne leur permettant pas de se projeter à leur domicile avec leur nouveau-né. Parmi les 14 femmes ayant vécu des complications lors de l'accouchement et n'envisageant pas de sortie précoce, 50 % d'entre elles ont coché « vrai » à l'argument en défaveur d'un RPDA « Mon état de santé m'empêche de l'envisager » de la question n°33. L'enquête menée par le CIANE retrouve des résultats similaires : les femmes se disant « désemparées ou angoissées » durant les premiers jours à leur domicile ont déclaré à 51 % avoir très mal ou mal vécu leur accouchement, que cela soit sur le plan physique, psychologique ou les deux

(23). Il semble donc primordial d'aider ces femmes à verbaliser leur vécu et leur apporter toutes les explications nécessaires à la compréhension des événements. Leur état psychique pourra s'en trouver amélioré et le retour à domicile plus facilement accepté.

D) L'ALIMENTATION DU NOUVEAU-NE

Le mode d'alimentation :

Le fait d'envisager ou non le RPDA semble être en lien étroit avec le choix de l'alimentation du nouveau-né. En effet, lorsque les femmes ayant choisi l'alimentation artificielle constituent 57 % (n = 85) de la population « RPDA envisagé », les femmes allaitantes n'en constituent que 37,60 % (n = 56). La thèse de Bénédicte Coulm montre également une durée de séjour plus longue chez les femmes allaitantes ayant accouché par voie basse (37). L'allaitement semble être un des freins au fait d'envisager une sortie précoce dans notre population. La mise en place de cette alimentation est souvent plus longue. Effectivement, le processus de montée laiteuse n'est pas immédiat et un allaitement parfois difficile dans les débuts peut se résoudre rapidement lorsque le lait maternel remplace le colostrum, aux alentours du troisième jour du post-partum, date à laquelle un retour à domicile est appelé « précoce » en cas d'accouchement voie basse. Nous retrouvons ceci dans la question n°33, où 5 patientes ont rajouté parmi les arguments proposés en défaveur d'un RPDA « Montée de lait en cours ».

Le choix de l'allaitement maternel amène le plus souvent les professionnels sages-femmes, puéricultrices et aides-soignantes à un accompagnement plus poussé tant dans la mise en place de l'allaitement (positionnement de l'enfant, apprentissage des signes de bonne et de mauvaise tétée, délai entre chaque tétée) que dans les informations qui y sont relatives (prévention des crevasses, conseils hygiéno-diététiques). Dans la question n°33 permettant aux femmes de classer les arguments en défaveur d'un RPDA, l'argument le plus souvent cité « je souhaite avoir davantage d'informations sur les soins, la parentalité » a été coché « totalement vrai » à 60 % par des femmes allaitantes. Le troisième argument le plus souvent choisi « je ne me sens pas autonome dans les soins de puériculture » a été coché « totalement vrai » à 62,5 % par des femmes allaitantes. L'enquête du CIANE montre que l'allaitement maternel est un des motifs principaux en lien avec le désarroi ressenti par les femmes au retour à domicile (23). Ces femmes voient

donc se multiplier les intervenants en maternité, avec cependant un inconvénient : les informations nombreuses peuvent être différentes voire contradictoires entre professionnels, perturbant davantage les patientes. L'enquête menée par l'UNAF confirme ceci : « *une proportion non négligeable de femmes déclarent que les informations qui leur ont été données ont été non exhaustives, souvent contradictoires.* » (36) Un suivi personnalisé avec un professionnel de santé référent encadrant la femme dans son allaitement pourrait limiter cet effet.

Que le mode d'alimentation soit le sein ou le biberon, les femmes ont souvent des craintes en ce qui concerne la reprise de poids du nouveau-né, d'autant plus que les professionnels de santé y sont très vigilants. L'aspect de la courbe de poids de l'enfant est très souvent un des facteurs permettant à l'équipe médicale d'autoriser une sortie de maternité. L'un des critères de la HAS définissant le bas risque pédiatrique pour une sortie standard ou précoce de la maternité est une perte de poids inférieur à 8 % par rapport au poids de naissance (1). Les femmes allaitantes sont d'autant plus attentives à cette perte de poids qu'il leur est impossible de quantifier la quantité de lait donnée lors de chaque tétée, ce qui peut être une source d'angoisse supplémentaire. Dans la question n°33, les 4 femmes ayant rajouté parmi les arguments déjà proposés en défaveur d'un RPDA « Nouveau-né n'ayant pas repris de poids » sont toutes des femmes allaitantes.

Le ressenti des femmes :

Lorsque nous étudions le ressenti global des femmes de notre population générale sur l'alimentation de leur nouveau-né, nous retrouvons un lien significatif entre ce ressenti et le fait d'envisager ou non le RPDA. En effet, 72,92 % (n = 70) des femmes pensant que l'alimentation de leur nouveau-né se passe « très bien » se trouvent regroupées dans la population « RPDA envisagé ». L'accompagnement sur la mise en place de l'alimentation du nouveau-né, notamment en cas d'allaitement maternel, doit donc rester une priorité pour les équipes soignantes, afin d'améliorer le ressenti des femmes durant les premiers jours et d'assurer un retour à domicile dans un état d'esprit détendu. Il est évident au regard des résultats obtenus ci-dessus que le type d'alimentation est en lien direct avec le ressenti des femmes. Seulement 30,80 % (n = 32) des femmes allaitant de manière exclusive estiment que l'alimentation des premiers jours se passe « très bien »,

tandis que ce pourcentage atteint 51,20 % (n = 62) chez les femmes ayant choisi l'alimentation artificielle.

E) LE RETOUR A DOMICILE

L'anticipation du retour à domicile :

La HAS recommande que la date du premier rendez-vous médical soit fixée avant la sortie de maternité quelque soit la durée de séjour (1). Les recommandations insistent en effet sur l'anticipation du suivi et l'implication des femmes dans celui-ci. Dans notre étude, seulement un tiers des femmes ont déjà programmé un rendez-vous pour la période post-natale (29,10 % n = 71), ce qui reste faible. Il est intéressant de voir que 73,24 % (n = 52) des femmes ayant programmé un rendez-vous dans la période post-natale envisagent le RPDA alors que seulement 63,40 % (n = 97) des femmes n'ayant pas programmé de rendez-vous l'envisagent. Les femmes qui ont anticipé leur premier rendez-vous semblent plus facilement envisager une sortie précoce de maternité.

L'anticipation du suivi post-natal facilite le parcours de soins, et permet de rassurer d'une part les femmes sur un retour à domicile plus précoce et d'autre part les professionnels de santé de maternité, plus sereins lors de la sortie de leurs patientes. Nous remarquons d'ailleurs à la question n°35 que l'inconvénient du RPDA intitulé « moins bon suivi mère/bébé » a été cité à 80 % (28 citations) par des femmes n'ayant pas programmé de rendez-vous pour la période post-natale.

La HAS insiste également sur le professionnel de santé « référent du suivi », choisi par la femme et/ou le couple. Il est responsable de l'accompagnement et du suivi médical de la mère et de l'enfant, en post-partum (1). L'un des avantages du RPDA cité par les patientes à la question n°35 est intitulé « suivi plus personnalisé » : les femmes semblent souhaiter la présence de ce référent, qui permettrait de limiter les intervenants et de personnaliser la prise en charge des femmes. Inciter les couples durant la grossesse à choisir un professionnel référent du suivi post-natal pourrait leur permettre d'anticiper au mieux le retour à domicile et les différents soins du couple mère/enfant lors du premier mois.

La présence des proches lors du retour à domicile :

La qualité de l'environnement affectif des patientes semble être l'un des facteurs influençant le choix des femmes face au RPDA. En effet, 67,10 % (n = 100)

des femmes de la population « RPDA envisagé » se disent « très bien entourées ». Ce pourcentage n'atteint que 36,80 % (n = 35) dans la population « RPDA non envisagé ». Il n'a pas été fait de différence entre entourage familial et entourage amical pour cette question. Dans la question n°35, il semble cependant que l'entourage apportant le plus souvent le soutien nécessaire aux femmes soit le conjoint puisque le quatrième avantage du RPDA le plus souvent cité est « aide du papa ». L'enquête du CIANE montre que l'un des motifs des femmes souhaitant rentrer à domicile est l'absence du père en maternité et l'absence de son soutien, notamment la nuit (23).

L'isolement des femmes, du fait d'une situation familiale complexe ou bien d'un éloignement important avec le foyer, semble donc être un obstacle au RPDA. Les sentiments d'angoisse et de solitude déjà ressentis dans le cadre du « baby-blues » peuvent être amplifiés. À la question n°35, l'inconvénient « se retrouver seule » a été cité à 30,78 % par des femmes étant peu entourées, l'inconvénient « stressant » a été cité à 37,5 % par des femmes étant peu entourées. Le « soutien familial et/ou social adéquat » est d'ailleurs l'un des critères avec lequel la HAS définit le bas risque maternel permettant une sortie après un séjour standard ou plus court (1). Le docteur Patrick Chardeau soulève dans son article du Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction que « *l'isolement affectif de la jeune mère sans soutien de son conjoint, de ses propres parents, de sa propre mère [...]* » est un des facteurs de risques reconnu qui facilite l'installation d'une dépression du post-partum (41). S'assurer que les femmes bénéficient d'un entourage présent apportant un soutien physique et moral pourrait les aider à envisager un RPDA en toute quiétude.

Au vu de cette analyse, nous confirmons notre deuxième hypothèse : il existe des caractéristiques communes chez les femmes envisageant le RPDA. Nous avons également pu identifier des similitudes parmi les femmes de la population « RPDA non envisagé ». Ceci nous permet de proposer quelques pistes et axes d'améliorations afin de préparer les patientes mais également les établissements de santé à l'instauration des sorties précoces.

Propositions d'actions

→ Des interventions en période prénatale

Dans ses recommandations sur les sorties précoces de maternité, la HAS a mis l'accent sur l'anticipation des couples mais également celle des professionnels de santé. Nous pouvons proposer, comme l'a déjà fait la HAS, la mise en place en période anténatale d'une réunion d'informations sur les sorties précoces et ceci au sein de la maternité. Cette réunion de groupe reprendrait le schéma similaire des séances de PNP ; elle présenterait brièvement l'origine des réductions de séjour, puis les critères de la HAS autorisant la sortie précoce et enfin l'organisation du réseau de professionnels pouvant effectuer le suivi du post-partum. Il serait intéressant de profiter de ce moment pour informer les femmes sur l'importance de désigner un référent de suivi anténatal et postnatal et de renseigner l'équipe médicale sur ce choix. Ainsi, un lien entre la maternité et le réseau de ville est créé. La réunion pourrait également être l'occasion de distribuer la documentation de la HAS sur les éventuels troubles du post-partum et les signes d'alertes devant amener les femmes à reconsulter rapidement. Au vu de la généralisation des sorties précoces, le caractère obligatoire de cette réunion pourrait être discuté.

La préparation à la naissance et à la parentalité et l'entretien prénatal précoce nous semblent être un autre moyen à utiliser pour diffuser l'information sur le RPDA. D'après notre analyse et celle de la HAS, les séances dites « classiques » ainsi que l'entretien sont peu souvent pratiqués par les femmes multipares : les sujets abordés leur sont déjà connus. Il apparaît nécessaire de revaloriser et d'adapter la PNP auprès de ces femmes, en mettant davantage l'accent sur la sortie précoce et ce qu'elle implique. De plus, l'entretien prénatal d'ailleurs souvent réalisé par les sages-femmes constitue un moyen intéressant de repérer les situations complexes pouvant gêner la sortie précoce. En effet, nous avons démontré qu'une grande multiparité, un isolement de la femme ou le choix d'un allaitement maternel sont des freins au fait d'envisager un RPDA. Élaborer une grille d'éligibilité lors de cet entretien pourrait permettre aux professionnels de santé d'effectuer un premier état des lieux. Notons que, d'après le code de santé publique, les médecins et sages-femmes devront désormais proposer de manière systématique l'entretien prénatal précoce lors de consultations prénatales (42).

Il nous semble intéressant de revaloriser auprès des femmes voire des couples le projet de naissance : rendu sous forme écrit, il peut intégrer à la fois le projet de naissance et celui du retour précoce à domicile. En favorisant le dialogue soignant/soigné, il permet aux femmes de s'autonomiser davantage et aux professionnels de santé de prendre connaissance du souhait et d'anticiper l'organisation nécessaire.

→ **Des interventions en période post-natale**

Il semble primordial de revaloriser les séances post-natales auprès des femmes ainsi qu'auprès des professionnels de santé. Ces séances pourraient être organisées par le professionnel ayant mené la réunion anténatale et l'entretien prénatal précoce, afin de personnaliser le suivi. L'enquête menée par l'UNAF révèle qu'un certains nombres de femmes ont regretté que l'on se soucie peu de leur suivi psychologique (36). Ces séances seraient l'occasion pour elles d'aborder cette facette du suivi, à savoir le vécu de l'accouchement, surtout en cas de complications ou de lésions périnéales ou le ressenti sur l'alimentation du nouveau-né notamment en cas d'allaitement maternel.

Enfin, nous avons soulevé le désarroi ressenti par les femmes ayant choisi l'allaitement maternel et leur désir d'un soutien plus important. L'information systématique des patientes par les professionnels de santé sur l'existence d'associations d'allaitement et de consultations de lactation pourrait permettre aux femmes d'envisager plus aisément la sortie précoce. L'accompagnement de l'allaitement maternel procurera un meilleur ressenti aux femmes sur les premiers jours, atténuant de ce fait le désarroi vécu à domicile.

Conclusion

En 2010, seulement 3% des séjours en maternité étaient appelés « séjours courts ». Du fait d'une diminution des séjours sur le territoire, jugé inévitable dans les années à venir par la Cour des Comptes, la HAS a actualisé en 2014 les recommandations sur les sorties précoces de maternité.

Nous nous sommes donc questionnés sur l'opinion des patientes de suites de couches de notre département. Alors que les durées de séjour tendent à se réduire, les femmes sont-elles pour autant prêtes à sortir précocement ?

Notre étude prospective, réalisée dans sept établissements de santé de la Seine-maritime, s'est basée sur 244 questionnaires remplis par les patientes de suites de couches durant le deuxième ou le troisième jour de leur séjour.

Nous avons constaté que près de 60 % des patientes interrogées se sont senties aptes à sortir précocement, et que 70 % des femmes ont une opinion favorable quant au retour précoce à domicile. Les principaux avantages du RPDA sont la retrouvaille avec l'environnement familial et le quotidien, puis un meilleur repos et une meilleure autonomie. En revanche, les inconvénients les plus souvent mis en avant sont l'absence de la proximité des professionnels à chaque instant, ainsi qu'un manque d'accompagnement à la parentalité.

Notre deuxième hypothèse nous a permis d'identifier des caractéristiques communes chez les femmes n'envisageant pas une sortie précoce : la primiparité, le choix d'un allaitement maternel exclusif, un mauvais ressenti sur l'alimentation du nouveau-né mais aussi un vécu de l'accouchement perturbé par des complications et un isolement affectif de la patiente.

L'information des femmes sur la diminution des durées de séjour, et l'organisation qu'elle implique, semble primordiale afin de leur permettre d'anticiper leur suivi. Parallèlement à l'instauration des courts séjours, le réseau de périnatalité et chaque établissement devront identifier les difficultés pouvant empêcher les femmes d'envisager une sortie précoce. La sage-femme, dont l'activité libérale est en plein essor, devra jouer un rôle important de prévention, de dépistage, mais également d'information et d'anticipation.

Les femmes nous ont de nouveau montré, à travers leur opinion favorable du RPDA, leur désir de vivre autrement leur maternité, en concevant davantage la grossesse comme un événement physiologique et non pathologique. Ce sont maintenant aux établissements de santé, et aux professionnels de la périnatalité de s'adapter au contexte actuel et d'envisager autrement la prise en charge du post-partum physiologique en mettant en place l'organisation nécessaire en période pré et post-natale.

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé. Sorties de maternité après un accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Argumentaire scientifique. 2014.
2. Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (J.O. 10 octobre 1998)
3. Berkane N. Sorties précoces en maternité : avantages, inconvénients et méthodologie de mise en place. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2014 juillet ;44:119-125
4. Rumeau-Rouquette C. Bien naître: la périnatalité entre espoir et désenchantement. Paris: EDK; 2001.
5. Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. (consulté le 20 février 2015) Organisation de la continuité des soins après la sortie de la maternité [En ligne]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/commission-nationale-de-la-naissance-et-de-la-sante-de-l-enfant.html>
6. Coulm B, Blondel B. Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2013 février;42(1):76-85.
7. Vilain A. Les maternités en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. Etudes et résultats. octobre 2011;(776):1-8.
8. OECD ilibrary. (consulté le 30 janvier 2015) Panorama de la santé 2011 : les indicateurs de l'OCDE. Durée moyenne de séjour à l'hôpital [En ligne]. Disponible sur: http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-fr/04/05/index.html?contentType=&itemId=/content/chapter/health_glance-2011-33-fr&containerItemId=/content/serial/19991320&accessItemIds=/content/book/health_glance-2011-fr&mimeType=text/html

9. National Perinatal Epidemiology Unit, Redshaw M, Henderson J. Safely delivered: a national survey of women's experience of maternity care 2014. Oxford; 2015 février.
10. National Hospital Discharge Survey: 2006 Annual Summary Vital and Health Statistics. 2010 décembre;13(168).
11. Haut comité de la santé publique, Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville. La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance: pour un nouveau plan périnatalité. Rennes: ENSP; 1994
12. Baillot A, Evain F. Les maternités: un temps d'accès stable malgré les fermetures. Etudes et résultats. 2012 octobre;(814):8.
13. Agence régionale de santé Haute-Normandie. Schéma Régional de l'Organisation des Soins de Haute-Normandie 2012-2017. 2012
14. Institut national de la santé et de la recherche médicale (consulté le 13 juillet 2015). Rapport européen sur la santé périnatale [En ligne]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/rapport-europeen-sur-la-sante-perinatale>
15. Cour des comptes. Les maternités, cahier 1 : analyse générale. Paris; 2014 décembre p. 117.
16. Institut national de la statistique et des études économiques. (consulté le 21 février 2015). Population - Bilan démographique 2014 - Évolution de la population [En ligne]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age3.htm
17. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (J.O. 5 mars 2002)
18. Plan « périnatalité » 2005-2007 humanité, proximité, sécurité, qualité. 2004 novembre p. 42.

19. Collet M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. *Etudes et résultats*. 2008 septembre;(660):6.
20. Nguyen F. L'organisation autour de la grossesse et de la naissance, le projet de naissance. *Actualité et dossier en santé publique*. 2007 décembre;(61/62):38-9.
21. Pisani L. L'expérimentation des maisons de naissance enfin lancée ! *Contact sages-femmes*. 2014 janvier;(37):9.
22. Article R4127-306 du code de la santé publique. Devoirs généraux des sages-femmes. 2010.
23. Collectif interassociatif autour de la naissance et de l'enfant. *Sortie de maternité et bien-être des femmes. Enquête sur les accouchements*. 2012 novembre.
24. Haute Autorité de Santé. *Sorties de maternité après un accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Eléments de chiffrage et analyses des données du PMSI*. 2014.
25. Ellberg L. *Postnatal care - Outcomes of various care options in Sweden*. Sweden: Umea universitet; 2008.
26. Circulaire n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement.
27. Ordre des sages-femmes - Conseil National. (consulté le 25 janvier 2015) *Evolution du nombre de sages-femmes 2010-2014 [En ligne]*. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/exercice_de_la_profession/demographie_et_statistiques/evolution_de_leffectif_de_2010_a_2014/index.htm
28. Cour des comptes. *La sécurité sociale*. Paris; 2011 septembre. p. 547

29. Réseau périnatalité en région Haute-Normandie, Catherine Lévêque. (consulté 12 février 2015) Associations d'usagers, [En ligne]. Disponible sur: <http://www.reseaux-perinat-hn.com/page7471.asp>
30. Haute Autorité de Santé. Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum. 2011.
31. Delecroix G. Retour précoce à domicile : fin de la prise en charge par l'HAD à partir du 1er mars 2015. Contact sages-femmes. 2014 janvier;(37):19.
32. L'Assurance Maladie. (consulté le 30 novembre 2015) PRADO : le programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation, [En ligne].Disponible sur: http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-tarn/nos-services/prado-le-retour-a-domicile-apres-hospitalisation/prado-maternite_tarn.php
33. Keller MJ, Akouka C. PRADO maternité : quel bilan et quelles perspectives ? Contact sages-femmes. 2015 septembre;(43):15-16.
34. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris: Unité de recherches épidémiologiques en santé périnatale et la santé des femmes et des enfants; 2011 mai.
35. Salanave B, De Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Epifane, France, 2012. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2012 septembre ;34.
36. Union Nationale des Associations Familiales. Enquête Périnatalité « regards de femmes sur leur maternité ». 2010.
37. Coulm B. Accoucher en France : Prise en charge de la naissance en population générale. Paris: Paris Sud 11; 2013.
38. Sicart D. Les professions de santé au 1er janvier 2013. Séries statistiques. 2013 août;(183):92.

39. Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2013. Séries statistiques. 2013 avril;(179):150.
40. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité, recommandations professionnelles. 2005.
41. Chardeau P. Dépressions pré et post-natales : importance de leur dépistage et de leur prise en charge. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2000 janvier ;29: 52-56.
42. Journal International de Médecine (consulté le 10 avril 2016) Protection de l'enfance : l'entretien prénatal précoce s'inscrit dans le code de la santé publique [En ligne]. Disponible sur:
http://www.jim.fr/medecin/actualites/pro_societe/21_anapath/e-docs/protection_de_lenfance_lentretien_prenatal_precoce_sinscrit_dans_le_code_de_la_sante_publique_158095/document_actu_pro.phtml

Annexes

Annexe I : Critères de la HAS définissant le bas risque médical psychique et social chez la mère

Critères pour un retour à domicile après une durée de séjour standard
<ul style="list-style-type: none">- Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addiction et de dépendances sévères- Soutien familial et/ou social adéquat- Absence de pathologie chronique mal équilibrée- Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu- Si hémorragie du post-partum immédiat, celle-ci a été contrôlée et traitée (si nécessaire)- Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection- Absence de signes thromboemboliques- Douleur contrôlée- Instauration d'un lien mère-enfant de bonne qualité
Critères supplémentaires ou renforcés pour une sortie précoce
<ul style="list-style-type: none">- Absence d'hémorragie sévère du post-partum immédiat ***- Accord de la mère ou du couple

* 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.

Annexe II : Critères de la HAS définissant le bas risque chez le nouveau-né.

Critères pour une sortie après une durée de séjour standard
<ul style="list-style-type: none">- Nouveau-né à terme ≥ 37 SA singleton et eutrophe- Examen clinique normal^o réalisé impérativement 48 heures après la naissance et avant la sortie- Température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C- Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), mictions et selles émises, transit établi- Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance- Absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (groupes à bas risque d'ictère sévère et risque intermédiaire bas*)- Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs- Dépistages néonataux réalisés à la maternité- Suivi <i>post-partum</i> après la sortie planifié : un rendez-vous avec le professionnel référent du suivi dans les 48 heures suivant la sortie, sinon dans la semaine (cf. schéma de l'organisation du parcours de soins)
Critères supplémentaires ou renforcés pour une sortie précoce
<ul style="list-style-type: none">- Nouveau-né à terme ≥ 38 SA, singleton et eutrophe- Apgar ≥ 7 à 5 minutes- Examen clinique normal^o le jour de sortie- 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- 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 (uniquement groupe à bas risque* d'ictère sévère)- Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs- Vitamine K1 donnée- Dépistages néonataux prévus- Suivi <i>post-partum</i> après la sortie organisé : 1^{re} visite prévue dans les 24 heures après la sortie de maternité

^o dont stabilité des fonctions vitales : fréquence respiratoire < 60/min, fréquence cardiaque > 90 et < 170/min au repos

* définis selon les courbes de référence utilisées

Annexe III : Questionnaire (hormis les questions n°32 et n°33)

Le retour précoce à domicile en Seine-Maritime : nos patientes sont-elles prêtes ?

Étudiante sage-femme de 5^{ème} année, je réalise actuellement mon mémoire de fin d'étude sur le retour précoce à domicile, soit : **une sortie au cours des trois premiers jours (moins de 72heures) après un accouchement vite basse ou bien au cours des quatre premiers jours (moins de 96 heures) après un accouchement par césarienne.**

Le but de ce travail est d'alimenter la réflexion du retour précoce à domicile dans notre département. C'est dans cette optique que je vous sollicite, à travers ce questionnaire construit en quatre sous parties. Le questionnaire est anonyme.

Temps estimé : 15 minutes

Pour remplir ce questionnaire, **cochez la case se rapprochant le plus de votre situation.** Selon les questions, plusieurs réponses sont possibles.

Renseignements généraux

1. Quel âge avez-vous ?

- < 20 ans
 30-34 ans
 20-24 ans
 35-39 ans
 25-29 ans
 ≥ 40 ans

2. Vous êtes actuellement :

- Célibataire
 En couple
 Pacsée/Mariée
 Divorcée

Retour précoce à domicile :

- sortie au cours des trois premiers jours lors d'un accouchement par voie naturelle
- sortie au cours des quatre premiers jours lors d'une césarienne

3. Vous êtes :

- Employée
 Femme au foyer
 Cadre, profession libérale
 En formation
 Artisans, commerçant
 Au chômage
 Agricultrice
 Sans profession
 Actuellement en congé parental

4. Vous habitez en zone :

- Rurale (moins de 2 000 habitants)
 Urbaine (plus de 2 000 habitants)

5. Quel est votre code postal ?

.....

6. Vous venez de mettre au monde votre :

- 1^{er} enfant
 4^{ème} enfant
 2^{ème} enfant
 5^{ème} enfant et plus
 3^{ème} enfant

7. Si ce n'est pas votre 1^{er} enfant, quel âge à votre enfant précédent ?

.....

Retour précoce à domicile :

- sortie au cours des trois premiers jours lors d'un accouchement par voie naturelle
- sortie au cours des quatre premiers jours lors d'une césarienne

Votre grossesse

8. Les consultations de suivi de grossesse (hors échographie-préparation à la naissance-consultation aux urgences) ont été effectuées par : (plusieurs réponses possibles)
- Un gynécologue ou gynécologue-obstétricien de la maternité
 - Un gynécologue ou gynécologue-obstétricien de ville
 - Une sage-femme de la maternité
 - Une sage-femme de ville
 - Un médecin généraliste
 - Une sage-femme de PMI/CMS*
 - Je n'ai pas été suivie

*Protection Maternelle et Infantile / Centre Médico-Social

9. Si votre grossesse a été suivie par plusieurs professionnels, quels sont les professionnels que vous avez le plus souvent rencontré ?
-

10. Combien de consultations de suivi de grossesse avez-vous effectué ? (Les consultations d'échographie, d'anesthésie, d'urgences, de préparation à la naissance ne sont pas des consultations de suivi de grossesse)

- Je n'ai pas été suivie
- Entre 4 et 7
- Entre 1 et 3
- > 7

11. Avez-vous participé aux séances de préparation à la naissance ?

(Préparation classique, piscine, yoga, acupuncture, sophrologie, chant prénatal, haptonomie)

- Oui
- Non

Retour précoce à domicile :

- sortie au cours des trois premiers jours lors d'un accouchement par voie naturelle
- sortie au cours des quatre premiers jours lors d'une césarienne

12. Si vous avez participé aux séances de préparation à la naissance, où ont-elles eu lieu ?

- En ville, chez une sage-femme libérale ou un autre professionnel
- Dans un établissement de santé

13. Avez-vous bénéficié de l'entretien prénatal précoce du 4^{ème} mois ?

- Oui
- Non

14. Avez-vous rédigé un projet de naissance ?

- Oui
- Non

15. Durant votre grossesse, avez-vous présenté une (des) pathologie(s) particulière(s) ?

- Oui
- Non

16. Si vous avez présenté une (des) pathologie(s) durant votre grossesse, pouvez-vous la (les) décrire ci-dessous :

.....

.....

.....

.....

.....

17. Avez-vous été hospitalisée durant la grossesse ?

- Oui
- Non

Retour précoce à domicile :

- sortie au cours des trois premiers jours lors d'un accouchement par voie naturelle
- sortie au cours des quatre premiers jours lors d'une césarienne

18. Si vous avez été hospitalisée durant la grossesse, quel en était le motif ?
.....
.....
.....
.....

Votre Accouchement

19. Vous avez accouché par :
 Voie naturelle Césarienne
20. Vous avez :
 Une (des) lésion(s) au niveau du périnée Un périnée intact
21. L'accouchement a présenté une ou des complication(s) :
 Oui Non

22. Si l'accouchement a présenté une ou des complication(s), laquelle (lesquelles) ?
.....
.....
.....
.....

23. Votre enfant est alimenté par :
 Le sein Le biberon
 Le sein et le biberon

Retour précoce à domicile :
- sortie au cours des trois premiers jours lors d'un accouchement par voie naturelle
- sortie au cours des quatre premiers jours lors d'une césarienne

24. Cette alimentation se passe :
 Très mal Bien
 Mal Très bien
25. Votre nouveau-né présente-t-il des soucis d'ordre digestif, métabolique, infectieux ?
 Oui Non
26. Si votre nouveau-né présente ces soucis, quels sont-ils ?
.....
.....
.....
.....

Le retour à domicile

27. Durant la grossesse, vous a-t-on parlé du retour précoce à domicile ?
Attention : le retour précoce à domicile ne correspond pas au PRADO
(Programme d'accompagnement du retour à domicile)
 Oui Non
28. Lors d'une précédente grossesse, êtes vous sortie au cours des trois premiers jours en cas d'accouchement voie basse / au cours des quatre premiers jours en cas de césarienne ?
 Oui Non
 Cette grossesse est ma première

Retour précoce à domicile :
- sortie au cours des trois premiers jours lors d'un accouchement par voie naturelle
- sortie au cours des quatre premiers jours lors d'une césarienne

29. Lors de votre retour à domicile, vous serez :

- Très bien entourée par vos proches
- Bien entourée par vos proches
- Peu entourée par vos proches
- Pas du tout entourée par vos proches

30. Depuis la naissance de votre enfant, avez-vous déjà programmé un rendez-vous avec un professionnel de santé (médecin généraliste, gynécologue-obstétricien, pédiatre, sage-femme) après votre sortie ?

- Oui
- Non

31. Pourriez-vous envisager de sortir de la maternité aujourd'hui ?

- Oui
- Non

Si vous venez de cocher la case « **Oui** », remplissez le tableau de la question **32** uniquement et passez ensuite aux questions **34** et **35**.

Si vous venez de cocher la case « **Non** », remplissez le tableau de la question **33** uniquement et passez ensuite aux questions **34** et **35**.

Retour précoce à domicile :

- sortie au cours des trois premiers jours lors d'un accouchement par voie naturelle
- sortie au cours des quatre premiers jours lors d'une césarienne

34. Êtes-vous favorable au retour précoce à domicile ?

- Oui
- Non

35. Pour vous, quels seraient les avantages et les inconvénients du retour précoce à domicile ?

Avantages	Inconvénients
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

Merci d'avoir accordé du temps à ce questionnaire. Votre participation et votre réflexion sont essentielles et permettront à ce mémoire d'aboutir.

Retour précoce à domicile :

- sortie au cours des trois premiers jours lors d'un accouchement par voie naturelle
- sortie au cours des quatre premiers jours lors d'une césarienne

Annexe IV : Question n° 32 du questionnaire

32. Si vous pouviez envisager de sortir de la maternité aujourd'hui, quels seraient vos arguments ? (A chaque ligne, marquez d'une croix la case de votre choix)

	Totalement vrai	Vrai	Faux	Totalement faux	Non concernée
Je suis en bonne santé					
Mon enfant est en bonne santé					
Je me sens en sécurité chez moi					
Je me repose mieux chez moi					
Je dispose de suffisamment d'informations					
Je n'aime pas les établissements de santé, cela m'angoisse					
Je suis déjà rentrée précocement chez moi lors d'une précédente grossesse et cela s'est bien passé					
Je sais quels professionnels solliciter à la sortie en cas de soucis pour mon enfant et/ou moi					
Je dois rentrer, j'ai des obligations					
Autres :					
.....					
.....					
.....					

Annexe V : Question n°33 du questionnaire

33. Si vous ne pouviez pas envisager de sortir de la maternité aujourd'hui, quels seraient vos arguments ? (A chaque ligne, marquez d'une croix la case de votre choix)

	Totalement vrai	Vrai	Faux	Totalement faux	Non concernée
Mon état de santé m'empêche de l'envisager					
L'état de santé de mon enfant m'empêche de l'envisager					
Je ne me sens pas en sécurité chez moi					
Je peux mieux me reposer dans un établissement de santé					
Je ne me sens pas autonome dans les soins de puériculture					
Je souhaite avoir davantage d'informations sur les soins, la parentalité					
Je suis déjà rentrée chez moi précocement et cela s'est mal passé					
Je ne sais pas quels professionnels solliciter à la sortie en cas de soucis pour mon enfant et/ou moi.					
Autres :					
.....					
.....					
.....					