



**HAL**  
open science

**Sorties précoces de maternité : quelles conséquences sur la santé de la mère et de son enfant, à court et moyen terme ? : étude de cohorte prospective bicentrique préliminaire**

Aurélia Cudel

► **To cite this version:**

Aurélia Cudel. Sorties précoces de maternité : quelles conséquences sur la santé de la mère et de son enfant, à court et moyen terme ? : étude de cohorte prospective bicentrique préliminaire. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03197306

**HAL Id: dumas-03197306**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03197306>**

Submitted on 13 Apr 2021

**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.

## École de Sages-Femmes de Nice

---

UNIVERSITE DE NICE COTE D'AZUR  
Faculté de Médecine  
ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

---

---

**Sorties précoces de maternité :**  
**Quelles conséquences sur la santé de la mère et de son enfant,**  
**à court et moyen terme ?**  
*Étude de cohorte prospective bicentrique préliminaire*

---

**Aurélia CUDEL**

Née le 03 août 1996  
à Pertuis, Vaucluse

Mémoire présenté et soutenu le juin 2020  
Directrices de mémoire : Mesdames MUSSO Alexandra et CHARLOT Carine

---

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME  
2020

---



## École de Sages-Femmes de Nice

---

UNIVERSITE DE NICE COTE D'AZUR  
Faculté de Médecine  
ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

---

---

**Sorties précoces de maternité :**  
**Quelles conséquences sur la santé de la mère et de son enfant,**  
**à court et moyen terme ?**  
*Étude de cohorte prospective bicentrique préliminaire*

---

**Aurélia CUDEL**

Née le 03 août 1996

à Pertuis, Vaucluse

Mémoire présenté et soutenu le juin 2020

Directrices de mémoire : Mesdames MUSSO Alexandra et CHARLOT Carine

---

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME

2020

---

## REMERCIEMENTS

Je remercierais tout d'abord mes directrices de mémoire, Mesdames MUSSO et CHARLOT, pour leur présence, leur aide, leur soutien et leur bienveillance tout au long de ce travail.

Merci à Madame MACCAGNAN, directrice de l'école de sages-femmes pour son écoute, son soutien et sa bienveillance,

Un grand merci aux mamans de l'étude qui ont répondu à mes nombreux appels avec intérêt et aux sages-femmes qui ont répondu au questionnaire,

Merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Nice qui nous accompagne et nous soutient depuis quatre années,

Merci à toutes les sages-femmes qui ont partagé avec moi leur passion du métier,

Merci à tous mes amis pour leur soutien et leur présence,

Merci à mes amies de promotion pour tous les bons moments partagés et à notre déléguée et amie Manon d'avoir été si présente tout au long de l'année, même dans cette période compliquée,

Merci à toute ma famille pour leur soutien inestimable,

Merci à Justin et Inès pour leur soutien fraternel,

Merci papa et maman pour votre amour inconditionnel et votre soutien sans faille.

# TABLE DES MATIERES

<b>ABREVIATIONS .....</b>	<b>4</b>
<b>LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>6</b>
<b>MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>10</b>
PROCOLE DE RECHERCHE .....	10
<b>RESULTATS.....</b>	<b>13</b>
1.    PREMIER TEMPS .....	13
1.1 <i>CARACTERISTIQUES MATERNELLES ET NEONATALES</i> .....	15
1.2 <i>MODALITES D'ACCOUCHEMENT ET SUIVI POSTNATAL</i> .....	16
1.3 <i>COMPLICATIONS MATERNELLES</i> .....	19
1.4 <i>COMPLICATIONS NEONATALES</i> .....	20
1.5 <i>READMISSIONS MATERNELLES</i> .....	21
1.6 <i>READMISSIONS NEONATALES</i> .....	21
1.7 <i>SATISFACTION DE LA PRISE EN CHARGE POSTNATALE</i> .....	21
1.8 <i>ALLAITEMENT</i> .....	23
1.9 <i>EVOLUTION DU POIDS DU NOUVEAU-NE</i> .....	23
1.10 <i>REPRISE DU TRAVAIL</i> .....	24
1.11 <i>REPRISE DES RAPPORTS SEXUELS ET MODES DE CONTRACEPTION</i> .....	24
2.    DEUXIEME TEMPS.....	25
<i>CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION</i> .....	25
<i>REPONSES AU QUESTIONNAIRE</i> .....	26
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>28</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>35</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>II</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>IV</b>

## ABREVIATIONS

CH : Centre Hospitalier

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DMS : Durée Moyenne de Séjour

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRADO : Programme d'Accompagnement au Retour à Domicile

## LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques de la population.....	15
Tableau II : Caractéristiques médicales de la population.....	16
Tableau III : Parité et modalités d'accouchement de la population .....	17
Tableau IV : Type d'allaitement et post-partum.....	18
Tableau V : Consultation médicale en urgence de la mère.....	19
Tableau VI : Consultation médicale en urgence de l'enfant.....	20
Tableau VII : Évolution de l'allaitement .....	23
Tableau VIII : Évolution du poids du nouveau-né.....	23
Tableau IX : Choix du moyen de contraception .....	24
Tableau X : Caractéristiques de la population.....	25
Tableau XI : Proposition de sortie précoce par les sages-femmes .....	26
Figure 1 : Diagramme de flux (flowchart)	13
Figure 2 : Raisons expliquant le choix de la sortie standard	14
Figure 3 : Nombre de visites à domicile par la sage-femme libérale	18
Figure 4 : Appréciation globale de la prise en charge postnatale	22
Figure 5 : Appréciation globale des réponses apportées aux questions	22
Figure 6 : Proposition de la sortie précoce par les sages-femmes	27
Figure 7 : Raisons expliquant l'absence de proposition de la sortie précoce	27



## INTRODUCTION

Depuis les années 1980, la durée moyenne de séjour (DMS) en maternité ne cesse de diminuer dans le monde entier. En France, la DMS en maternité est passée de 5,3 jours à 3,9 jours entre 1997 et 2017.<sup>1</sup> Néanmoins, la DMS française reste supérieure à celle des membres de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) voisins. En effet, en 2017, on constate une DMS en maternité de 3,4 jours en Italie, de trois jours en Allemagne, de moins de trois jours en Espagne, en Turquie et en Suède et de moins de deux jours au Royaume-Uni.<sup>2</sup> En 2014, la cour des Comptes exprime l'importance « d'accélérer la diminution de la DMS en maternité », en favorisant des sorties plus précoces via le programme d'accompagnement au retour à domicile (PRADO). Les établissements perçoivent une rémunération sur leur volume d'activité : le montant versé est le même pour une hospitalisation de deux ou sept jours. Diminuer la DMS en maternité permettrait à l'Assurance maladie de réaliser 318M€ d'économies.<sup>3</sup>

La même année, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie des recommandations de bonne pratique concernant la « sortie de maternité après accouchement ». La sortie précoce y est définie « comme toute sortie de maternité au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse » et « au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne ». Expérimentée en France à partir de mars 2015, la sortie précoce se généralise en juin 2018. L'éligibilité à cette prise en charge est déterminée, par l'équipe médicale, selon des critères de bas risque médico-psycho-social, la mère fait ensuite le choix de l'accepter ou non.<sup>4</sup>

On connaît le post-partum comme une période à risque à la fois maternel et néonatal.<sup>5</sup> Des complications néonatales, tel que l'ictère, ou des complications maternelles, telle que l'infection puerpérale, existent.<sup>6 7</sup> Mais l'analyse de la littérature faite par l'HAS mentionne qu'« une fois le bas risque correctement défini, la durée de séjour à la maternité ne serait pas discriminante pour la sécurité de la mère et pour son enfant ». Elle indique néanmoins des conditions optimales de réalisation, notamment l'information des couples au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse et un accompagnement adéquate à la sortie.<sup>8</sup>

De nombreux pays, tels que les États-Unis, la Suède ou le Royaume-Uni, ont mis en place la sortie précoce depuis des années.<sup>9</sup> Elle est notamment introduite en Suède en 1984 avec pour définition : sortie de maternité dans les trois premiers jours de vie.<sup>10</sup> En 1992, les Collèges de Pédiatrie et Gynécologie-Obstétrique Américains la définissent comme une durée de séjour en maternité inférieure à 48 heures pour un accouchement voie basse et inférieure à 96 heures pour un accouchement par césarienne.<sup>9</sup> En Suède, la sortie précoce est aujourd'hui définie comme un retour à domicile ayant lieu entre six et 72 heures après la naissance. Un suivi est réalisé pour l'enfant, en centre médical, équivalent des centres de protection maternelle et infantile (PMI), et une consultation est prévue pour la diade, dans une structure hospitalière, entre deux et quatre jours après la sortie. Cette structure assure gratuitement le suivi de la mère et de son enfant au cours de la première semaine de vie. Au Royaume-Uni, la durée de séjour en maternité varie entre six heures et deux jours. Un suivi est effectué par des visites journalières de sages-femmes dès le lendemain de la sortie et ensuite personnalisées selon les besoins pendant le premier mois de vie.<sup>11</sup>

Des études réalisées depuis plusieurs années ont évalué l'impact des sorties précoces sur la morbidité maternelle et néonatale. La plupart des études comparant les « sorties précoces » et les « sorties standards » retrouvent des taux de réadmissions maternelles et néonatales comparables pour les deux types de sortie.<sup>12</sup>  
<sup>13 14 15 16 17</sup> Tandis que d'autres évoquent un taux de ré-hospitalisation néonatal augmenté lors de la diminution de la durée de séjour.<sup>18 19</sup>

Une étude rétrospective turque réalisée dans une population ayant accouché entre janvier 2015 et décembre 2016, compare les taux de réadmissions maternelles dans deux groupes, l'un dont la sortie de maternité avait lieu dans les 24 heures après la naissance pour un accouchement voie basse et 48 heures pour une césarienne (n = 6 802) et l'autre dont la sortie se faisait plus tard (n = 7 658). Aucun suivi après le retour à domicile n'était proposé. Des taux de ré-hospitalisations maternelles similaires ont été observés dans les deux groupes et la principale cause de ré-hospitalisation était l'infection puerpérale.<sup>12</sup>

Une étude rétrospective, publiée en 2016, compare les taux de réadmissions néonatales d'un hôpital marseillais et d'un hôpital suédois. Réalisée entre 2012 et 2013, cette étude compare deux groupes, l'un composé des nouveau-nés français (n = 4 385), pouvant sortir à partir du troisième jour de vie et l'autre des nouveau-nés suédois (n = 7 300) dont la sortie de maternité s'effectue entre 6 et 72 heures après la naissance. Le taux de ré-hospitalisations néonatales retrouvé à Stockholm dans les 8 premiers jours de vie était significativement plus élevé que celui retrouvé à Marseille (11,5% vs 7%) mais les auteurs expliquent que l'utilisation de l'hospitalisation à domicile (HAD) à Stockholm a réduit ce taux (5,6%), ainsi les taux de ré-hospitalisations néonatales en secteur hospitalier sont similaires dans les deux hôpitaux. Il apparaît également que les causes de ré-hospitalisation n'étaient pas les mêmes pour les deux groupes : l'ictère à Stockholm (77% vs 26%) et les difficultés alimentaires à Marseille (48% vs 17%).<sup>13</sup>

Une étude prospective randomisée uni-centrique espagnole, réalisée entre 1999 et 2001, compare les taux de réadmissions maternelles et néonatales de deux groupes, l'un sorti précocement de la maternité ( $\leq$  24 heures) (n = 213) et l'autre sorti à plus de 48 heures de la naissance (n = 217). Cet essai a eu lieu dans une population à bas-risque ayant accouché par voie basse. Un suivi à domicile était prévu dans les 24 à 48 heures suivant la sortie précoce tandis qu'une visite de contrôle était prévue à la maternité entre sept et dix jours après la sortie standard. A cela s'ajoutait un suivi par appel téléphonique à un mois, trois mois et six mois de la sortie. Aucune différence significative n'a été trouvée dans les taux de ré-hospitalisation des deux groupes. Aucune augmentation des pathologies maternelles et néonatales, de la fatigue ou de la dépression maternelle n'a été retrouvée dans le groupe sorti précocement. Et une prolongation de la lactation a été observée pour les patientes sorties avant 24 heures.<sup>17</sup>

En France, à notre connaissance, aucune étude n'a, à ce jour, été réalisée à ce sujet. Seul un protocole d'évaluation de la faisabilité des sorties de maternité le jour même ou le lendemain de la naissance, au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Metz a été trouvé.

En outre, la revue de la littérature à ce sujet met en évidence que le terme sortie précoce n'est pas défini de la même manière et que l'accompagnement de la diade mère-enfant à domicile suite à cette sortie est différente voire inexistante selon les études et les pays. Celle-ci fait également état de la nécessité de réaliser d'autres études à ce sujet.<sup>14 15</sup>

Dans ce contexte, le sujet des sorties précoces reste toujours à étudier.

Le premier temps de cette étude a donc pour objectif principal de comparer l'apparition de complications suite à une sortie précoce de la maternité versus une sortie standard dans une population à bas risque médico-psycho-social ayant accouché par voie basse, selon les critères de l'HAS, à court et moyen terme. Les objectifs secondaires portent sur les taux de réadmissions maternelles et néonatales, la satisfaction des couples vis-à-vis de la prise en charge, le type et la durée de l'allaitement ainsi que la reprise des activités de la mère et du couple suite au retour à domicile. De plus, les caractéristiques de la population selon le type de sortie seront établies.

Le deuxième temps de cette étude a pour objectif principal de connaître les raisons pour lesquelles les sorties précoces ne sont pas systématiquement proposées aux patientes remplissant les critères de la HAS.

## MATERIEL ET METHODE

### PROTOCOLE DE RECHERCHE

Il s'agissait d'une étude de cohorte prospective observationnelle bicentrique, réalisée dans deux maternités du département des Alpes-Maritimes : le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nice – L'Archet II et le Centre Hospitalier (CH) d'Antibes – La Fontonne. Cette étude s'est déroulée en deux temps..

Lors du premier temps, ont été incluses les patientes ayant accouché par voie basse et leurs nouveau-nés, remplissant les critères de bas risque médico-psycho-social définis par la HAS en 2014 (Annexe 1) et éligibles à la sortie précoce. Les patientes sortant de la maternité au cours des 72 premières heures constituaient un premier groupe appelé « sortie précoce » et les patientes sortant de la maternité après 72 heures constituaient un deuxième groupe appelé « sortie standard ». La durée minimale de séjour était de 48 heures. Les patientes sortant de la maternité contre-avis médical ont été exclues.

Afin de répondre aux objectifs, les patientes correspondant aux critères d'inclusion ont d'abord été approchées dans leurs maternités d'accouchement, la veille ou le jour de leur sortie. C'est lors de cette rencontre qu'un consentement éclairé de participation à l'étude a été signé (Annexe 2) puis qu'un premier questionnaire a été réalisé avec la patiente. Ce même jour était réalisé un recueil de données au sein du dossier obstétrical de la patiente (Annexe 3). Les inclusions ont été effectuées en se rendant assidument, trois à quatre fois par semaine, sur les deux sites.

Les patientes incluses ont ensuite été rappelées un mois, deux mois puis trois mois après leur sortie pour réaliser un questionnaire téléphonique (Annexe 4). Ce questionnaire comportait plusieurs parties : (1) Complications maternelles ; (2) Complications néonatales ; (3) Suivi après l'accouchement ; (4) Allaitement ; (5) Reprise du travail ; (6) Consommation tabagique ; (7) Reprise de la vie sexuelle ; (8) Évolution du poids. Dans ces différentes parties, les questions ont été adaptées pour chaque mois. Lors de l'appel du premier mois, une partie « Soins portés à l'enfant et entourage » ainsi qu'un questionnaire de satisfaction concernant la prise en charge postnatale était également réalisés.

Ce premier temps s'est étendu du 5 septembre 2019 au 31 janvier 2020. La période d'inclusion a duré 3 mois, du 7 septembre au 3 décembre 2019.

Lors de la période d'inclusion, il s'est posé une question concernant la mise en place des recommandations de la HAS au sujet des sorties précoces dans les deux maternités étudiées : « Quelles sont les raisons pour lesquelles les sorties précoces ne sont pas systématiquement proposées aux patientes répondant aux critères de l'HAS ? ». Un questionnaire à destination des sages-femmes a donc été créé (Annexe 5) : il s'agit du deuxième temps de cette étude.

Pour ce deuxième temps, la population incluse devait exercer la profession de sage-femme dans les services de suites de couches des deux maternités, étudiées lors du premier temps. Les questionnaires ont été distribués en se rendant régulièrement dans le service de suites de couches des hôpitaux concernés pour qu'il soit rempli par les sages-femmes de garde. La distribution s'est effectuée de décembre 2019 à février 2020. Le questionnaire comportait deux parties : (1) Connaissances des recommandations et propositions systématique de sortie précoce ; (2) Vrai/Faux

Les analyses statistiques ont été réalisées grâce au logiciel BiostaTGV©. Les analyses bivariées ont utilisées les tests de  $\chi^2$  / Fisher pour les variables qualitatives et  $t$  de Student / Mann-Whitney pour les variables quantitatives, calculées au risque d'erreur alpha de 5%. Les probabilités associées à ces tests seront considérées comme statistiquement significatives lorsque  $p\text{-value} \leq 0,05$ .

Les objectifs initiaux étaient d'étudier les complications maternelles et néonatales des femmes sorties dans les 24 premières heures post-accouchement. Cette étude n'a pas pu être conduite puisqu'elle fait actuellement l'objet d'un protocole de recherche au sein du CHU de Nice. Nous avons donc dû modifier précipitamment les objectifs de recherche. Aussi, dans le temps imparti pour cette étude, il n'a pas été possible d'attendre l'avis d'un Comité de Protection des Personnes comme la loi nous le demande avant de débiter l'inclusion des patientes.

# RESULTATS

## 1. PREMIER TEMPS

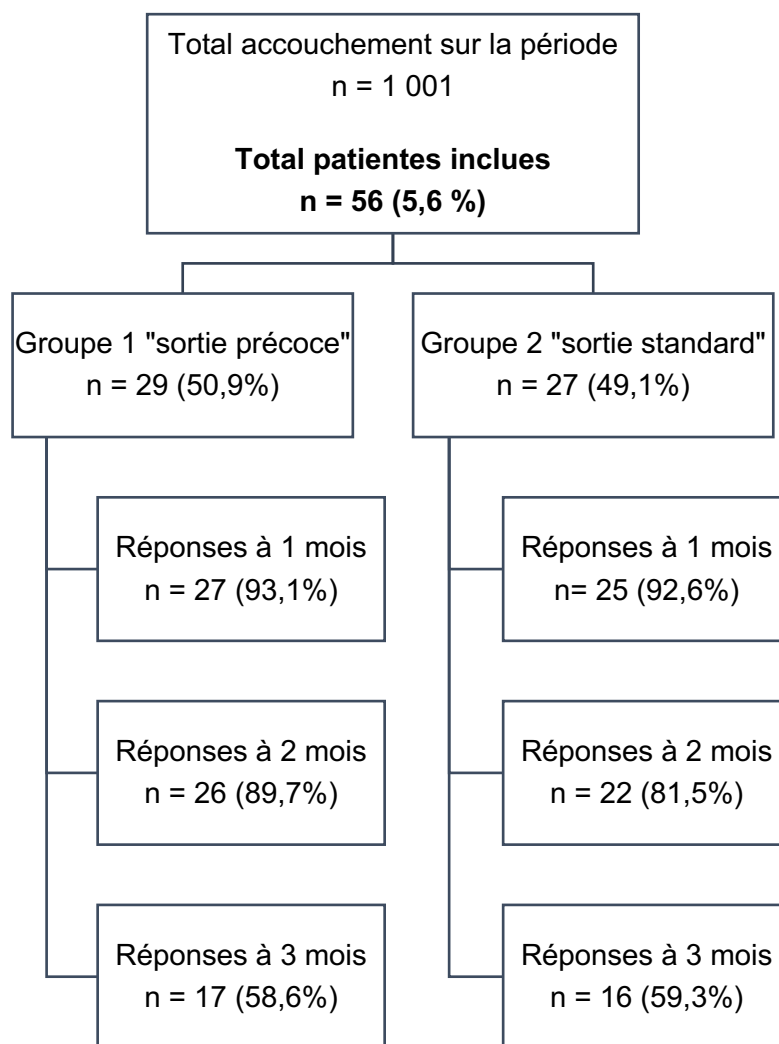


Figure 1 : Diagramme de flux (flowchart)

Au total, 756 accouchements ont eu lieu au CHU de Nice et 236 au CH d'Antibes entre le 7 septembre et le 3 décembre 2019. 56 patientes ont été incluses. Quatre d'entre elles ont accouché à la maternité du CH d'Antibes et 52 à la maternité du CHU de Nice (Figure 1).



Elles ont été réparties en deux groupes selon leur durée de séjour en maternité : le premier, « sortie précoce », constitué de 29 patientes et le deuxième, « sortie standard », de 27 patientes. Les patientes du groupe « sortie standard » n'ont pas bénéficié de la sortie précoce pour plusieurs raisons, notamment le fait que la sortie n'est pas été proposée par l'équipe soignante (44,4%), l'absence d'examen du nouveau-né par le pédiatre (29,6%) ou encore des difficultés dans l'allaitement maternel (14,8%) (Figure 2). Toutes les patientes incluses dans l'étude ont été rappelées à un mois, deux mois et trois mois de leur sortie. A l'appel téléphonique du premier mois, quatre patientes n'ont pas répondu (7,4%). Suite à l'appel du deuxième mois, le nombre de perdu de vue était de huit soit 14,3 %. Enfin, seulement les patientes ayant accouchées au cours des mois de septembre et octobre 2019 ont été rappelées trois mois après leur sortie, soit un taux de réponse de 58,9%.

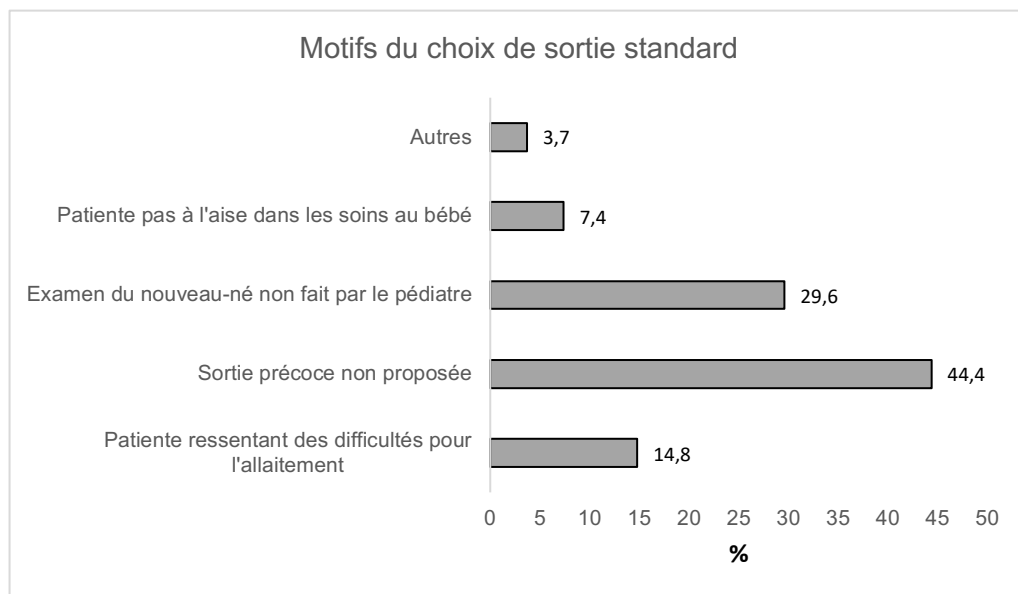


Figure 2 : Raisons expliquant le choix de la sortie standard

## 1.1 CARACTERISTIQUES MATERNELLES ET NEONATALES

Caractéristiques de la population	Total	Sortie précoce (< 72h)	Sortie standard (> 72h)	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Total	56	29 (51,8)	27 (48,2)	
Lieu d'accouchement				
Antibes	4 (7,1)	4 (13,8)	0 (0)	
Archet 2	52 (92,9)	25 (86,2)	27 (100)	
Facteurs sociodémographiques				
Age (moyenne +/- écart type)	31 +/- 5	31 +/- 5	30 +/- 5	
<b>Nationalité</b>				<b>0,03</b>
Française	36 (64,3)	16 (55,2)	20 (74,1)	
Européenne	4 (7,1)	1 (3,4)	3 (11,1)	
Afrique du Nord	15 (26,8)	12 (41,4)	3 (11,1)	
Autres pays d'Afrique	1 (1,8)	0 (0)	1 (3,7)	
Niveau d'étude				NS
Collège	2 (3,6)	2 (6,9)	0 (0)	
Enseignement professionnel court	1 (1,8)	0 (0)	1 (3,7)	
Lycée enseignement général	3 (5,4)	3 (10,3)	0 (0)	
Lycée enseignement professionnel	17 (30,4)	9 (31)	8 (29,7)	
Lycée enseignement technique	2 (3,6)	0 (0)	2 (7,4)	
Bac + 1 ou 2 ans	14 (25)	8 (27,7)	6 (22,2)	
Bac + 3 ou 4 ans	8 (14,2)	4 (13,8)	4 (14,8)	
Bac + 5 ans et plus	9 (16)	3 (10,3)	6 (22,2)	
Catégorie socio-professionnelle				NS
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 (10,7)	1 (3,4)	5 (18,6)	
Professions intermédiaires	6 (10,7)	2 (6,9)	4 (14,8)	
Employées	16 (28,6)	10 (34,5)	6 (22,2)	
Autres personnes sans activité professionnelle	28 (50)	16 (55,2)	12 (44,4)	
<b>Statut marital</b>				<b>0,02</b>
Mariée	33 (58,9)	22 (75,9)	11 (40,7)	
Pacsée	13 (23,2)	4 (13,8)	9 (33,4)	
Célibataire	10 (17,9)	3 (10,3)	7 (25,9)	
Vie en couple				NS
Oui, dans le même logement	55 (98,2)	29 (100)	26 (96,3)	
Oui, dans des logements différents	1 (1,8)	0 (0)	1 (3,7)	
Habitat en fin de grossesse				NS
Logement personnel	51 (91)	27 (93,1)	24 (88,9)	
Famille, amis	3 (5,4)	2 (6,9)	1 (3,7)	
Foyer d'accueil, hôtel	1 (1,8)	0 (0)	1 (3,7)	
Autres	1 (1,8)	0 (0)	1 (3,7)	
Durée de trajet véhiculé lieu habitation/maternité				NS
< 30 min	40 (71,4)	21 (72,4)	19 (70,3)	
Entre 30 et 44 min	9 (16,1)	6 (20,7)	3 (11,1)	
≥ 44 min	7 (12,5)	2 (6,9)	5 (18,6)	

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques de la population

La nationalité de la mère différait de manière significative entre les deux groupes ( $p < 0,03$ ) tout comme le statut marital ( $p < 0,02$ ), l'Indice de Masse Corporelle (IMC) maternel avant la grossesse ( $p < 0,04$ ) ainsi que la parité ( $p < 0,006$ ). Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée concernant l'âge maternel, les autres facteurs sociodémographiques et les autres facteurs médicaux (Tableau I et Tableau II).

Caractéristiques de la population	Total	Sortie précoce (< 72h)	Sortie standard (> 72h)	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Facteurs de santé maternelle</b>				
<b>IMC avant la grossesse</b>				<b>0,04</b>
< 18,5	1 (1,8)	1 (3,4)	0 (0)	
18,5 - 24,9	33 (58,9)	20 (69)	13 (48,2)	
25 - 29,9	17 (30,4)	7 (24,2)	10 (37)	
≥ 30	4 (7,1)	0 (0)	4 (14,8)	
Inconnu	1 (1,8)	1 (3,4)	0 (0)	
<b>Prise de poids pendant la grossesse</b>				
< 5 kg	1 (1,8)	0 (0)	1 (3,7)	NS
5 à 9	8 (14,2)	6 (20,7)	2 (7,4)	
10 à 12	16 (28,6)	8 (27,7)	8 (29,7)	
13 à 15	20 (35,8)	10 (34,5)	10 (37)	
16 à 19	5 (8,9)	3 (10,3)	2 (7,4)	
≥ 20	5 (8,9)	1 (3,4)	4 (14,8)	
Inconnu	1 (1,8)	1 (3,4)	0 (0)	
<b>Consommation de tabac juste avant la grossesse</b>				
Oui	7 (12,5)	5 (17,2)	2 (7,4)	NS
1 à 9	3 (5,4)	2 (6,9)	1 (3,7)	
≥ 10	4 (7,1)	3 (10,3)	1 (3,7)	
Non	49 (87,5)	24 (82,8)	25 (92,6)	
<b>Consommation de tabac au 3ème trimestre de la grossesse</b>				
Oui	3 (5,4)	2 (6,9)	1 (3,7)	NS
1 à 9	2 (3,6)	1 (3,4)	1 (3,7)	
≥ 10	1 (1,8)	1 (3,4)	0 (0)	
Non	53 (94,6)	27 (93,1)	26 (96,3)	

Tableau II : Caractéristiques médicales de la population

## 1.2 MODALITES D'ACCOUCHEMENT ET SUIVI POSTNATAL

Aucune différence significative n'a été observée entre les 2 groupes concernant le mode de début de travail, le mode d'accouchement, l'analgésie, la quantité de saignement, le type de déchirure ou encore la réalisation d'une épisiotomie. Le type d'allaitement ne différait également pas entre les deux groupes (Tableau III et Tableau IV).

Concernant le nouveau-né, aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes à propos du poids de naissance, du score d'Apgar à 5 min de vie ou encore de la perte de poids à la sortie (Tableau III et IV)

Caractéristiques de la population	Total	Sortie précoce (< 72h)	Sortie standard (> 72h)	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Parité et modalités d'accouchement</b>				
<b>Parité</b>				<b>0.06</b>
1	14 (25)	2 (6,9)	12 (44,4)	
2	24 (42,8)	15 (51,7)	9 (33,4)	
3	15 (26,8)	9 (31,1)	6 (22,2)	
≥ 4	3 (5,4)	3 (10,3)	0 (0)	
Souhait de grossesse				NS
Souhaitée	38 (67,9)	19 (65,5)	19 (70,3)	
Inopinée	18 (32,1)	10 (34,5)	8 (29,7)	
Rédaction d'un projet de naissance				NS
Oui	4 (7,1)	1 (3,4)	3 (11,1)	
Non	52 (92,9)	28 (96,6)	24 (88,9)	
Terme de l'accouchement en SA révolue				NS
38	4 (7,1)	2 (6,9)	2 (7,4)	
39	22 (39,3)	13 (44,8)	9 (33,4)	
40	20 (35,7)	8 (27,7)	12 (44,4)	
41	9 (16,1)	6 (20,6)	3 (11,1)	
42	1 (1,8)	0 (0)	1 (3,7)	
Mode de début de travail				NS
Travail spontané	48 (85,7)	25 (86,2)	23 (85,2)	
Déclenchement	8 (14,3)	4 (13,8)	4 (14,8)	
Mode d'accouchement				NS
Voie basse non instrumentale	51 (91,1)	25 (86,2)	26 (96,3)	
Voie basse instrumentale	5 (8,9)	4 (13,8)	1 (3,7)	
Analgésie				NS
Aucune analgésie	6 (10,7)	3 (10,3)	3 (11,1)	
Analgésie péridurale	50 (89,3)	26 (89,7)	24 (88,9)	
Poids de naissance en grammes				NS
2000 - 2499	1 (1,8)	1 (3,4)	0 (0)	
2500 - 2999	5 (8,9)	1 (3,4)	4 (14,8)	
3000 - 3499	30 (53,6)	16 (55,2)	14 (51,9)	
3500 - 3999	15 (26,8)	7 (24,2)	8 (29,6)	
≥ 4000	5 (8,9)	4 (13,8)	1 (3,7)	
Apgar à 5 min de vie				NS
9	1 (1,8)	1 (3,4)	0 (0)	
10	55 (98,2)	28 (96,6)	27 (100)	
Quantité de saignement				NS
< 100 ml	27 (48,2)	16 (55,2)	11 (40,7)	
entre 100 et 500 ml	28 (50)	12 (41,4)	16 (59,3)	
> 500 ml	1 (1,8)	1 (3,4)	0 (0)	
Déchirure				NS
Oui (1er degré ou simple)	30 (53,6)	14 (48,3)	16 (59,3)	
Non	26 (46,4)	15 (51,7)	11 (40,7)	
Épisiotomie				NS
Oui	5 (8,9)	4 (13,8)	1 (3,7)	
Non	51 (91,1)	25 (86,2)	26 (96,3)	

Tableau III : Parité et modalités d'accouchement de la population

Caractéristiques de la population	Total	Sortie précoce (< 72h)	Sortie standard (> 72h)	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Allaitement				NS
Maternel exclusif	42 (75)	22 (75,9)	20 (74,1)	
Mixte	6 (10,7)	3 (10,3)	3 (11,1)	
Artificiel	8 (14,3)	4 (13,8)	4 (14,8)	
Perte de poids du nouveau-né à la sortie				NS
≤ 0%	5 (8,9)	1 (3,4)	4 (14,8)	
0,1 à 4,9 %	28 (50)	15 (51,8)	13 (48,2)	
5 à 8 %	15 (26,8)	7 (24,2)	8 (29,6)	
≥ 8,1 %	3 (5,4)	3 (10,3)	0 (0)	
Inconnu	5 (8,9)	3 (10,3)	2 (7,4)	
Connaissance de la sortie précoce avant la maternité				NS
Oui	21 (37,5)	10 (34,5)	11 (40,7)	
Professionnel de santé hospitalier	6 (10,7)	4 (13,8)	2 (7,4)	
Professionnel de santé libéral	7 (12,5)	3 (10,3)	4 (14,8)	
Famille, amis	5 (8,9)	1 (3,4)	4 (14,8)	
Autres	3 (5,4)	2 (6,9)	1 (3,7)	
Non	35 (62,5)	19 (65,5)	16 (59,3)	
Attentes concernant la durée de séjour				NS
≤ 72 heures	21 (37,5)	13 (44,8)	8 (29,7)	
> 72 heures	14 (25)	7 (24,2)	7 (25,9)	
Pas d'attente	21 (37,5)	9 (31)	12 (44,4)	

Tableau IV : Type d'allaitement et post-partum

92,3% des patientes interrogées ont bénéficiées d'une prise en charge à domicile après la sortie par une sage-femme libérale. Parmi les patientes du groupe « sortie précoce », 88,8% ont bénéficiées de deux visites ou plus à domicile par une sage-femme libérale (Figure 3). 69,2% des patientes ont reçu de l'aide par leurs conjoints et/ou familles dans les soins portés à leur enfant.

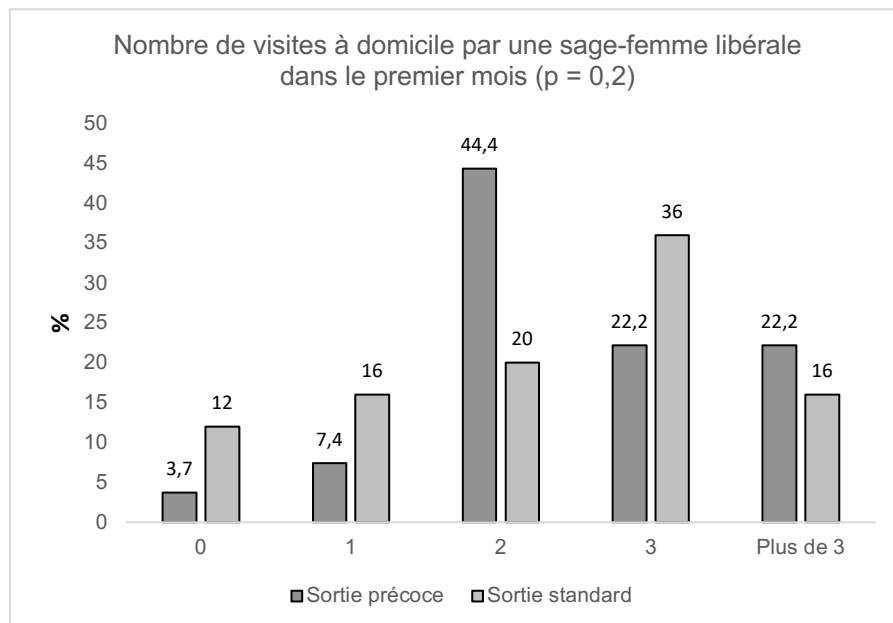


Figure 3 : Nombre de visites à domicile par la sage-femme libérale

### 1.3 COMPLICATIONS MATERNELLES

Consultation médicale en urgence de la mère	Total 1 mois N = 52 n (%)	Sortie précoce 1 mois (< 72h) n (%)	Sortie standard 1 mois (> 72h) n (%)	p 1 mois	Total 2 mois N = 48 n (%)	Sortie précoce 2 mois (< 72h) n (%)	Sortie standard 2 mois (> 72h) n (%)	p 2 mois
<b>Nombre de patientes ayant consulté</b>	5 (9,6)	2 (7,4)	3 (12)	NS	2 (4,2)	1 (3,8)	1 (4,5)	NS
Lieu de consultation				NS				NS
Libéral	5 (100)	2 (100)	3 (100)		1 (50)	0	1 (100)	
Urgences générales	1 (20)	1 (50)	0		0	0	0	
Urgences gynécologiques	0	0	0		1 (50)	1 (100)	0	
Combien de temps après la sortie ?				NS				
Entre 1 et 2 semaines	3 (60)	1 (50)	2 (66,7)					
Entre 2 semaines et 1 mois	2 (40)	1 (50)	1 (33,3)					
Nombre de consultations				NS				NS
1	4 (80)	1 (50)	3 (100)		1 (50)	1 (100)	0	
2	1 (20)	1 (50)	0		0	0	0	
4 ou plus	0	0	0		1 (50)	0	1 (100)	
Motif de consultation				NS				NS
Fièvre	2 (40)	1 (50)	1 (33,3)		0	0	0	
Douleur au niveau du sein	1 (20)	1 (50)	0		2 (100)	1 (100)	1 (100)	
Autres motifs	3 (60)	1 (50)	2 (66,7)		0	0	0	
Diagnostic à l'issue de la consultation				NS				NS
<b>Complications de l'allaitement</b>	2 (40)	1 (50)	1 (33,3)		2 (100)	1 (100)	1 (100)	
Autres diagnostics	3 (60)	1 (50)	2 (66,7)		0	0	0	

Tableau V : Consultation médicale en urgence de la mère

Sur les 52 patientes ayant répondu à l'appel téléphonique à un mois de la sortie de la maternité, cinq (9,6%) ont été amenées à consulter un professionnel de santé en urgence. Toutes ont consulté un professionnel de santé exerçant en libéral et une d'entre elles a également consulté aux urgences générales. Les motifs de consultation étaient majoritairement d'autres motifs que ceux proposés (60%). Les diagnostics évoqués étaient la complication de l'allaitement (40%) et d'autres diagnostics que ceux proposés (60%). Aucune différence significative n'a été trouvée entre les deux groupes concernant les motifs et diagnostics de consultation maternelle au cours du premier mois (Tableau V).

Au cours du deuxième mois, une patiente de chaque groupe (4,2%) a été amenée à consulter. Une d'entre elles a consulté chez un professionnel de santé en libéral et l'autre aux urgences gynécologiques. Le motif de consultation (douleur au niveau du sein) et le diagnostic (complication de l'allaitement) était le même pour les deux patientes (Tableau V).

Au cours du troisième mois, aucune patiente n'a été amenée à consulter un professionnel de santé en urgence.

## 1.4 COMPLICATIONS NEONATALES

Consultation médicale en urgence de l'enfant	Total 1 mois	Sortie précoce 1 mois	Sortie standard 1 mois	Total 2 mois	Sortie précoce 2 mois	Sortie standard 2 mois	Total 3 mois	Sortie précoce 3 mois	Sortie standard 3 mois	p
	N = 52 n (%)	(< 72h) n (%)	(> 72h) n (%)	N = 48 n (%)	(< 72h) n (%)	(> 72h) n (%)	N = 33 n (%)	(< 72h) n (%)	(> 72h) n (%)	
<b>Nombre de nouveau-né ayant consulté en urgence</b>	7 (13,5)	2 (7,4)	5 (20)	5 (10,4)	3 (12)	2 (9,1)	7 (21,2)	4 (23,5)	3 (18,8)	NS
Lieu de consultation										NS
Libéral	4 (57,1)	0	4 (80)	2 (40)	1 (33,3)	1 (50)	3 (42,9)	1 (25)	2 (66,7)	
PMI	0	0	0	0	0	0	1 (14,3)	0	1 (33,3)	
Urgences pédiatriques	4 (57,1)	2 (100)	2 (40)	5 (100)	3 (100)	2 (100)	4 (57,1)	3 (75)	1 (33,3)	
Combien de temps après la sortie ?										
Moins d'une semaine	1 (14,3)	0	1 (20)							
Entre 1 et 2 semaines	1 (14,3)	1 (50)	0							
Entre 2 semaines et 1 mois	5 (71,4)	1 (50)	4 (80)							
Nombre de consultations										NS
1	4 (71,4)	2 (100)	2 (40)	3 (60)	2 (66,7)	1 (50)	6 (85,7)	4 (100)	2 (66,7)	
2	3 (28,6)	0	3 (60)	2 (40)	1 (33,3)	1 (50)	1 (14,3)	0	1 (33,3)	
Motif de consultation										NS
Absence de prise de poids	1 (14,3)	0	1 (20)	0	0	0	0	0	0	
Difficultés alimentaires	1 (14,3)	0	1 (20)	0	0	0	0	0	0	
Symptômes digestifs	1 (14,3)	0	1 (20)	1 (20)	1 (33,3)	0	1 (14,2)	1 (25)	0	
<b>Symptômes respiratoires</b>	3 (42,9)	1 (50)	2 (40)	2 (40)	1 (33,3)	1 (50)	5 (71,4)	3 (75)	2 (66,7)	
Fièvre	1 (14,3)	1 (50)	0	1 (20)	1 (33,3)	0	2 (28,6)	1 (25)	1 (33,3)	
Autres motifs	2 (28,6)	0	2 (40)	2 (40)	1 (33,3)	1 (50)	1 (14,2)	0	1 (33,3)	
Diagnostic à l'issue de la consultation										NS
<b>Infection virale</b> (Rhinite, Rhinopharyngite, Bronchiolite...)	5 (71,4)	1 (50)	4 (80)	2 (60)	1 (33,3)	1 (50)	3 (42,9)	2 (50)	1 (33,3)	
Inquiétude maternelle excessive	1 (14,3)	1 (50)	0	1 (20)	0	1 (50)	3 (42,9)	2 (50)	1 (33,3)	
Troubles digestifs	1 (14,3)	0	1 (20)	1 (20)	1 (33,3)	0	0	0	0	
Autres diagnostics	0	0	0	2 (40)	2 (66,7)	0	1 (14,2)	0	1 (33,3)	

Tableau VI : Consultation médicale en urgence de l'enfant

Au cours du premier mois, sept nouveau-nés (13,5%) ont été vus par un professionnel de santé lors de consultation en urgence. Quatre nouveau-nés ont été examinés par un pédiatre libéral ; un d'entre eux a ensuite été amené aux urgences. Les trois autres ont été amenés aux urgences pédiatriques. Sur les 48 réponses obtenues à l'appel du deuxième mois, cinq patientes (10,4%) ont été amenées à consulter un professionnel de santé en urgence pour leur enfant. Sept enfants ont vu un pédiatre en urgence au cours du troisième mois après la sortie de la maternité (21,2%) (Tableau VI). Le principal motif de consultation mentionné était les symptômes respiratoires (42,9% des motifs à un mois, 40% à deux mois et 71,4% à trois mois). Le diagnostic majoritairement évoqué était l'infection virale (71,4% des diagnostics à un mois, 60% à deux mois et 42,9% à trois mois). Aucune différence significative à propos du nombre, du motif ou du diagnostic de la consultation n'a été détectée entre les deux groupes au cours des trois premiers mois (Tableau VI).

## 1.5 READMISSIONS MATERNELLES

Une patiente du groupe « sortie standard » a été hospitalisée au cours du deuxième mois après la sortie de la maternité (2,08%). Elle a été hospitalisée moins de 24h pour une complication de l'allaitement.

## 1.6 READMISSIONS NEONATALES

Un nouveau-né de chaque groupe a été hospitalisé entre une semaine et un mois après la sortie de la maternité soit un taux de ré-hospitalisation de 3,7% pour le groupe « sortie précoce » et de 4% pour le groupe « sortie standard ». Ils ont tous deux été hospitalisés entre 24 et 48h, l'un dans le cadre d'une infection virale et l'autre de troubles digestifs.

## 1.7 SATISFACTION DE LA PRISE EN CHARGE POSTNATALE

48% des patientes interrogées sont très satisfaites de la prise en charge postnatale dont elles ont bénéficié et 57,7% sont très satisfaites des réponses apportées à leur question (Figure 4 et 5). Aucune différence significative à ce sujet n'a été retrouvée entre les deux groupes. 81,5% des patientes ayant bénéficié de la sortie précoce ont été très satisfaites de la prise en charge suite à la sortie de la maternité. Parmi les 21 patientes qui avaient pour attente une durée de séjour de moins de 72h, 13 (44,8%) ont bénéficié d'une sortie précoce (Tableau I). De plus, 44% des patientes du groupe « sortie standard » aurait aimé un séjour plus court à la maternité. Alors que 48% d'entre-elles n'aurait pas préféré sortir plus tôt. Dans le cadre d'une prochaine grossesse, 63,5% des patientes préféreraient une sortie précoce.



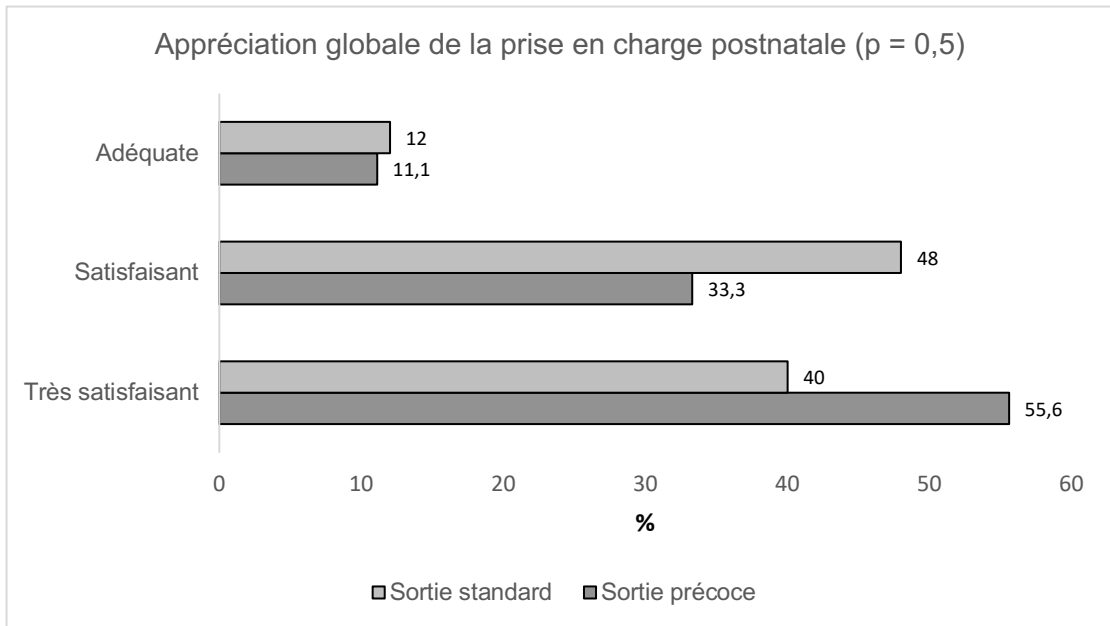


Figure 4 : Appréciation globale de la prise en charge postnatale

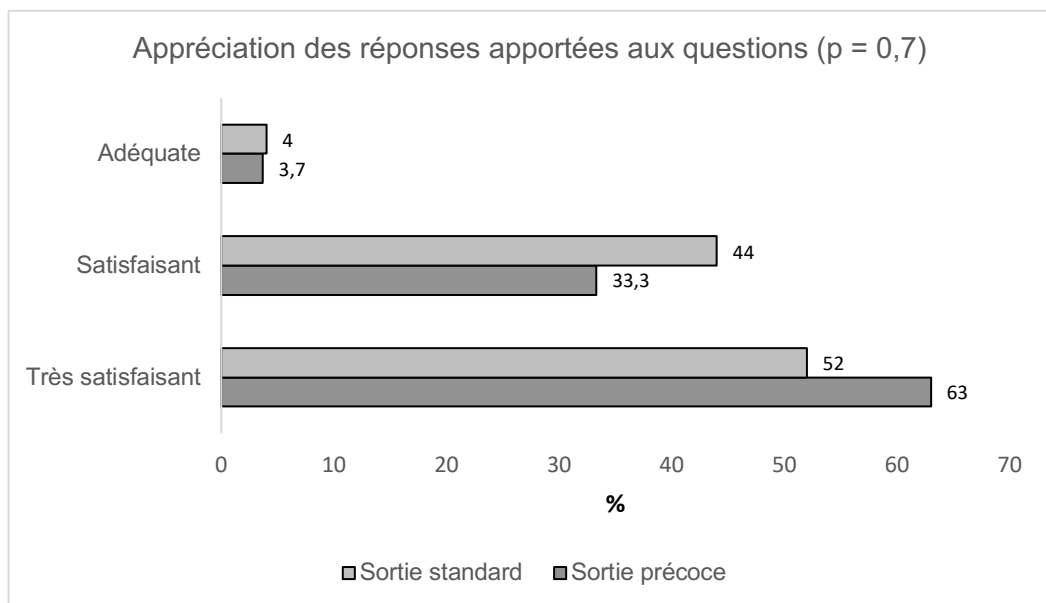


Figure 5 : Appréciation globale des réponses apportées aux questions

## 1.8 ALLAITEMENT

Allaitement	Total 1 mois N = 52 n (%)	Sortie précoce 1 mois (< 72h) n (%)	Sortie standard 1 mois (> 72h) n (%)	Total 2 mois N = 48 n (%)	Sortie précoce 2 mois (< 72h) n (%)	Sortie standard 2 mois (> 72h) n (%)	Total 3 mois N = 33 n (%)	Sortie précoce 3 mois (< 72h) n (%)	Sortie standard 3 mois (> 72h) n (%)	p
Allaitement maternel exclusif	22 (42,3)	11 (40,8)	11 (44)	20 (41,7)	11 (42,3)	9 (40,9)	12 (36,4)	6 (35,3)	6 (37,5)	NS
Allaitement mixte	16 (30,8)	8 (29,6)	8 (32)	12 (25)	7 (26,9)	5 (22,7)	4 (12,1)	3 (17,6)	1 (6,3)	
Allaitement artificiel	14 (26,9)	8 (29,6)	6 (24)	16 (33,3)	8 (30,8)	8 (36,4)	17 (51,5)	8 (47,1)	9 (56,2)	

Tableau VII : Évolution de l'allaitement

73,1% des patientes interrogées ont pratiqué l'allaitement maternel. A un mois de la sortie, 42,3% de la population pratiquait un allaitement maternel exclusif. Le pourcentage d'allaitement maternel était de 41,7% à deux mois de la sortie et de 36,4% à trois mois (Tableau VII). Aucune différence significative n'a été trouvée entre les deux groupes concernant le mode d'allaitement pratiqué à un mois, deux mois et trois mois de la sortie de la maternité.

## 1.9 EVOLUTION DU POIDS DU NOUVEAU-NE

Évolution du poids du nouveau-né (en grammes)	Total 1 mois N = 52 n (%)	Sortie précoce 1 mois (< 72h) n (%)	Sortie standard 1 mois (> 72h) n (%)	Total 2 mois N = 48 n (%)	Sortie précoce 2 mois (< 72h) n (%)	Sortie standard 2 mois (> 72h) n (%)	Total 3 mois N = 33 n (%)	Sortie précoce 3 mois (< 72h) n (%)	Sortie standard 3 mois (> 72h) n (%)	p
2500 - 2999	1 (1,9)	0	1 (4)	0	0	0	0	0	0	NS
3000 - 3499	4 (7,7)	3 (11,1)	1 (4)	0	0	0	0	0	0	
3500 - 3999	12 (23,1)	4 (14,8)	8 (32)	0	0	0	0	0	0	
4000 - 4499	10 (19,2)	8 (29,7)	2 (8)	6 (12,5)	1 (3,8)	5 (22,7)	2 (6,1)	0	2 (12,5)	
4500 - 4999	17 (32,7)	6 (22,2)	11 (44)	10 (20,8)	6 (23,1)	4 (18,2)	0	0	0	
5000 - 5499	7 (13,5)	5 (18,5)	2 (8)	11 (22,9)	8 (30,8)	3 (13,6)	6 (18,2)	2 (11,7)	4 (25)	
5500 - 5999	0	0	0	9 (18,8)	5 (19,2)	4 (18,2)	6 (18,2)	4 (23,5)	2 (12,5)	
6000 - 6499	0	0	0	9 (18,8)	4 (15,4)	5 (22,7)	7 (21,3)	3 (17,7)	4 (25)	
6500 - 6999	0	0	0	3 (6,2)	2 (7,7)	1 (4,6)	5 (15,1)	3 (17,7)	2 (12,5)	
7000 - 7500	0	0	0	0	0	0	5 (15,1)	4 (23,5)	1 (6,25)	
≥ 7500	0	0	0	0	0	0	1 (3)	1 (5,9)	0	
Inconnu	1 (1,9)	1 (3,7)	0	0	0	0	1 (3)	0	1 (6,25)	

Tableau VIII : Évolution du poids du nouveau-né

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes concernant l'évolution du poids de l'enfant à un mois, deux mois et trois mois de vie (Tableau VIII).

## 1.10 REPRISE DU TRAVAIL

A 1 mois de la sortie, 5,8% des patientes travaillaient. A 2 mois, elles étaient 8,3% et à 3 mois, 18,2% d'entre elles travaillaient. Aucune différence significative n'a été détectée concernant la reprise du travail entre les deux groupes.

## 1.11 REPRISE DES RAPPORTS SEXUELS ET MODES DE CONTRACEPTION

42,3 % des patientes interrogées avait repris les rapports sexuels entre deux semaines et un mois après leur sortie de la maternité. D'autre part, il a été retrouvé que 65,4% des patientes ont une appréhension à reprendre leur vie sexuelle à un mois de leur sortie. Celle majoritairement évoquée est la douleur (53,8%).

Aucune différence significative entre les deux groupes n'a été retrouvée concernant la reprise des rapports sexuels, l'appréhension maternelle liée à celle-ci et les modes de contraception utilisés (Tableau IX).

Moyen de contraception	Total 1 mois N = 52 n (%)	Sortie précoce 1 mois (< 72h) n (%)	Sortie standard 1 mois (> 72h) n (%)	Total 2 mois N = 48 n (%)	Sortie précoce 2 mois (< 72h) n (%)	Sortie standard 2 mois (> 72h) n (%)	Total 3 mois N = 33 n (%)	Sortie précoce 3 mois (< 72h) n (%)	Sortie standard 3 mois (> 72h) n (%)	p
Aucun	23 (44,2)	13 (48,2)	10 (40)	10 (20,8)	4 (15,4)	6 (27,3)	7 (21,2)	4 (23,5)	3 (18,75)	NS
Préservatif	9 (17,3)	5 (18,5)	4 (16)	11 (22,9)	8 (30,8)	3 (13,6)	7 (21,2)	5 (29,4)	2 (12,5)	
Pilule oestro-progestative	1 (1,9)	0	1 (4)	1 (2,1)	0	1 (4,6)	4 (12,1)	1 (5,9)	3 (18,75)	
Pilule progestative	19 (36,6)	9 (33,3)	10 (40)	22 (45,9)	12 (46,1)	10 (45,4)	10 (30,3)	4 (23,5)	6 (37,5)	
DIU cuivre	0	0	0	4 (8,3)	2 (7,7)	2 (9,1)	4 (12,1)	2 (11,8)	2 (12,5)	
DIU hormonal	0	0	0	0	0	0	1 (3,1)	1 (5,9)	0	

Tableau IX : Choix du moyen de contraception

## 2. DEUXIEME TEMPS

### CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

Caractéristiques de la population (N = 44)		
	n	(%)
Age (moyenne +/- écart type)	33,9 +/- 9,1	
Sexe		
Féminin	42	95,5
Masculin	2	4,5
Lieu d'exercice		
Archet 2	32	72,7
Antibes	12	27,3
Année du diplôme		
1980-1990	2	4,6
1991-2000	6	13,6
2001-2010	9	20,4
2011-2019	24	54,6
Non répondu	3	6,8
Fréquence d'affectation en suites de couches		
Occasionnellement	9	20,4
Régulièrement	30	68,2
Toujours	5	11,4

Tableau X : Caractéristiques de la population

Au total, 51 sages-femmes au CHU de Nice et 15 au CH d'Antibes exercent au sein du service de suites de couches. 44 sages-femmes (66,7%) ont répondu au questionnaire. 12 (80%) d'entre elles exerçaient au CH d'Antibes et les 32 (62,7%) autres au CHU de Nice. L'âge moyen des sages-femmes interrogées était de 34 ans, avec des extrêmes allant de 23 à 58 ans (Tableau X).

## REPONSES AU QUESTIONNAIRE

100% des sages-femmes interrogées pensaient connaître les recommandations de l'HAS à propos des sorties précoces : 40,9% les connaîtraient « complètement » et 50,1% « partiellement ». La connaissance des recommandations, de manière complète ou partielle, différait significativement selon la fréquence d'affectation des sages-femmes dans le service de suites de couches ( $p = 0,001$ ). 43,2% des sages-femmes ne pensaient pas toujours proposer la sortie précoce aux patientes ayant accouché par césarienne et 59,1% d'entre elles pensaient toujours la proposer aux patientes multipares. Le nombre de propositions de sorties précoces par les sages-femmes différait significativement selon leurs fréquences d'affectation en suites de couches (Tableau XI et Figure 6).

PROPOSITION DE SORTIE PRECOCE PAR LES SAGES-FEMMES	n (%)	n (%)	n (%)	p
Proposition de sortie précoce aux patientes ayant accouchées par césarienne	Oui complètement	Oui partiellement	Non	
Sages-femmes TOUJOURS en suites de couches	0	0	5 (11,5)	0,01
Sages-femmes REGULIEREMENT en suites de couches	8 (18,2)	14 (31,8)	8 (18,2)	
Sages-femmes OCCASIONNELLEMENT en suites de couches	0	3 (6,8)	6 (13,6)	
TOTAL	8 (18,2)	17 (38,6)	19 (43,3)	
Proposition de sortie précoce aux patientes ayant accouchées par voie basse	Oui complètement	Oui partiellement	Non	p
Sages-femmes TOUJOURS en suites de couches	1 (2,3)	2 (4,6)	2 (4,6)	0,02
Sages-femmes REGULIEREMENT en suites de couches	15 (34)	14 (31,8)	1 (2,3)	
Sages-femmes OCCASIONNELLEMENT en suites de couches	1 (2,3)	6 (13,6)	2 (4,6)	
TOTAL	17 (38,6)	22 (50)	5 (11,5)	
Proposition de sortie précoce aux primipares	Oui complètement	Oui partiellement	Non	p
Sages-femmes TOUJOURS en suites de couches	1 (2,3)	1 (2,3)	3 (6,8)	0,01
Sages-femmes REGULIEREMENT en suites de couches	13 (29,4)	15 (34)	2 (4,6)	
Sages-femmes OCCASIONNELLEMENT en suites de couches	1 (2,3)	5 (11,5)	3 (6,8)	
TOTAL	15 (34)	21 (47,8)	8 (18,2)	
Proposition de sortie précoce aux multipares	Oui complètement	Oui partiellement	Non	p
Sages-femmes TOUJOURS en suites de couches	1 (2,3)	3 (6,8)	1 (2,3)	0,01
Sages-femmes REGULIEREMENT en suites de couches	22 (50)	7 (15,9)	1 (2,3)	
Sages-femmes OCCASIONNELLEMENT en suites de couches	3 (6,8)	3 (6,8)	3 (6,8)	
TOTAL	26 (59,1)	13 (29,5)	5 (11,5)	

Tableau XI : Proposition de sortie précoce par les sages-femmes

Les raisons mentionnées à l'absence de propositions de la sortie précoce par les sages-femmes étaient principalement l'oubli (25,5%), les habitudes de service (25,5%) ainsi que les difficultés liées à l'allaitement maternel (23,6%) ou encore d'autre raisons (14,6%) telles que le manque de confiance par rapport à la patiente ou la prise en charge de certaines patientes par les médecins (Figure 7).

Au Vrai/Faux, la note moyenne était de 7,8 / 11 avec un écart-type de 1,6 et des extrêmes allant de 4 à 10. Aucune différence significative n'a été montrée entre les notes selon la fréquence d'affectation en suites de couches.

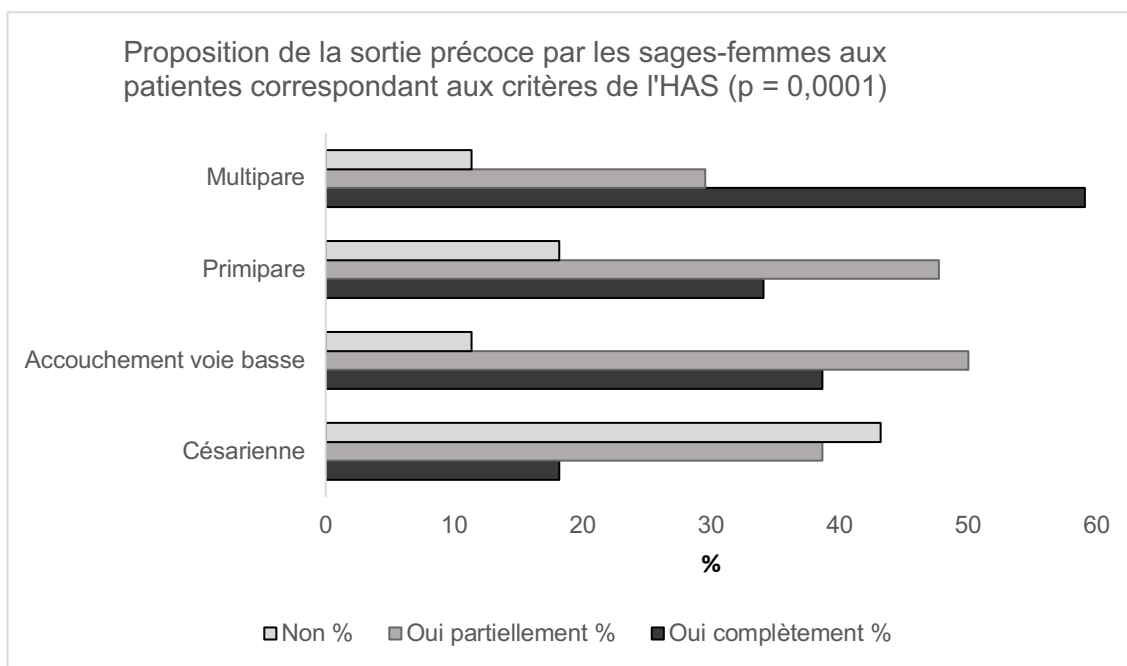


Figure 6 : Proposition de la sortie précoce par les sages-femmes

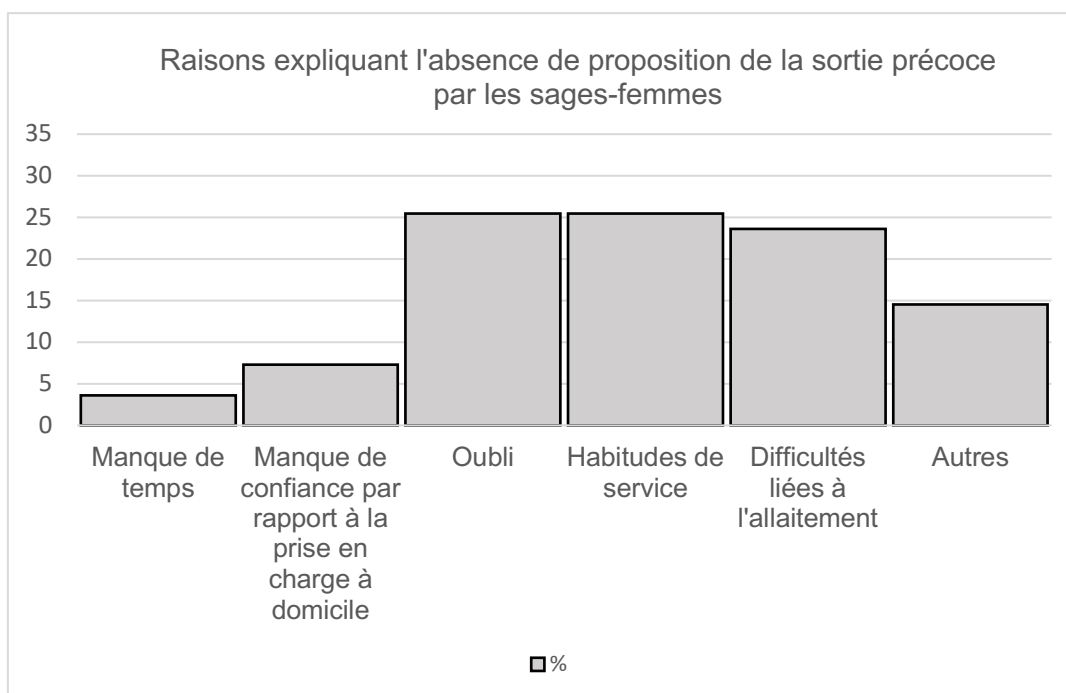


Figure 7 : Raisons expliquant l'absence de proposition de la sortie précoce

## DISCUSSION

Le premier temps de notre étude a donc comparé les taux de consultations en urgence et de réadmissions, maternelles et néonatales, à un mois, deux mois et trois mois de la sortie de maternité dans deux groupes à bas risque médico-psychosocial, l'un ayant bénéficié d'une sortie de la maternité à moins de 72 heures de la naissance et l'autre à plus de 72 heures.

La large majorité des patientes incluses dans le groupe « sortie précoce » étaient des multipares (93,1%). Une étude réalisée au Danemark, publiée en 2016, visant à comparer les caractéristiques maternelles et néonatales en fonction de la durée de séjour avait également montré que la multiparité était un facteur prédictif de sortie précoce <sup>20</sup>. En outre, un mémoire d'étudiante sage-femme en 2017 <sup>21</sup> au sujet des sorties précoces montrait également que le profil type de la patiente sortie précocement était une multipare âgée de 31 ans. En effet, ces patientes sont amenées à faire la demande de sortir plus tôt de la maternité, d'une part car elles sont à l'aise avec leur nouveau-né, grâce, notamment, à leur(s) expérience(s) précédente(s) et d'autre part car elles désirent retrouver leur(s) enfant(s) ainé(s).

Néanmoins, la majorité (74%) des patientes incluses dans le groupe « sortie standard » n'étaient pas des patientes ayant refusé la sortie précoce, mais plutôt des patientes à qui celle-ci n'a pas été proposée ou n'a pas pu se faire. De plus, 75% des patientes à qui la sortie précoce n'a pas été proposée, étaient des primipares. Ceci représente un biais : dans le cas où la sortie précoce n'a pas été proposée, il est impossible de savoir si la patiente aurait accepté ou refusé celle-ci.

Nos résultats ne montrent aucune différence significative dans le nombre et les motifs de consultations médicales en urgence de la mère et du nouveau-né à un mois, deux mois et trois mois, entre les deux groupes. En 2005, Sainz et al <sup>17</sup> publiait une étude, prospective randomisée uni-centrique, ayant pour objectif de comparer les taux de réadmissions maternelles (dans les six premières semaines) et néonatales (dans les 28 premiers jours) ainsi que la durée d'hospitalisation, et les consultations médicales dans deux groupes à bas risque dont les mères avaient accouché par voie basse. Le premier groupe sortait de la maternité dans les 24 premières heures après l'accouchement (n = 213) et l'autre, sortait après 48 heures minimum passées à la maternité (n = 217). Les taux de consultations médicales retrouvées n'étaient également pas significativement différents entre les deux groupes. Néanmoins, peu d'études comparent les consultations médicales dans ce cadre : la variable la plus représentée est le taux de réadmission. On peut également souligner que 92,3% des patientes interrogées ont reçu au moins une visite d'une sage-femme à domicile au cours du premier mois et que 88,9 % des patientes du groupe « sortie précoce » ont reçu au moins 2 visites d'une sage-femme à domicile. Cette surveillance pourrait donc diminuer le nombre de consultations en urgence de la diade.

Concernant les taux de réadmission maternelle, dans notre étude seulement une patiente a été ré-hospitalisée soit un taux de 2,08% comparable à ceux retrouvés en 2005 en Espagne (2%) et, entre 2015 et 2016, en Turquie (1,5%). Ces taux ont été constatés dans les six premières semaines du post-partum pour les deux études<sup>12 17</sup>. Une étude rétrospective belge<sup>16</sup> compare les taux de réadmissions maternelles (dans les six premières semaines) et néonatales (dans les quatre premières semaines) dans une population à bas risque, avant (n = 5 486) et après (n = 523) la diminution de la durée de séjour en maternité d'une journée (mesure fédérale mise en application en 2015). Les patientes pouvaient bénéficier de visites à domicile par des sages-femmes suite à leur sortie. Cet article montrait un taux de réadmission maternelle comparable dans les deux groupes (1,4% vs 1,3%). Ces taux sont également comparables avec celui retrouvé dans notre étude. Néanmoins, avec nos données, il est impossible de faire une comparaison des taux de réadmission entre nos deux groupes.



A un mois, le diagnostic évoqué pour 40% des patientes ayant consulté était la complication de l'allaitement. Le même diagnostic a également été évoqué pour 100% des patientes ayant consulté au cours deuxième mois. Et c'est également ce diagnostic qui a conduit une patiente à être hospitalisée. Toutefois, aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes à ce sujet. Dans l'étude de Sainz et al <sup>17</sup>, la pathologie mammaire était également la pathologie puerpérale la plus représentée au cours des six premiers mois du post-partum dans les deux groupes (6,1% et 8,4%). Plusquin et al (2019)<sup>16</sup> mentionnait également les pathologies mammaires (mastites et abcès) comme raisons de réadmission maternelle avec l'endométrite ou le curetage pour rétention placentaire ou hémorragie du post-partum. Les complications de l'allaitement sont relativement fréquentes mais a priori non majorées par la sortie précoce. En Turquie (2017)<sup>12</sup>, l'indication la plus commune de réadmission maternelle était l'infection utérine. Cette étude rétrospective uni-centrique avait pour objectif de comparer les taux de réadmissions maternelles entre deux groupes à bas risque, l'un ayant bénéficié d'une « sortie précoce » (moins de 24 heures pour un accouchement voie basse et moins de 48 heures pour une césarienne) et l'autre n'en ayant pas bénéficié. Dans notre étude, aucune infection utérine n'a été relevée, néanmoins la taille de notre échantillon nous permet difficilement de conclure à ce sujet d'autant que la durée minimale de séjour en maternité de nos patientes était de 48 heures.

Les taux de réadmissions néonatales, retrouvés dans notre étude, sont respectivement de 3,7 et 4% pour les groupes « sortie précoce » et « sortie standard », comparables avec ceux retrouvés par Plusquin et al en 2019 (4,8 vs 6,9%)<sup>16</sup>. Mais ces taux sont très variables selon les études, en effet des taux de 11,5% et 7% ont été retrouvés dans l'étude rétrospective menée dans deux hôpitaux, l'un en Suède et l'autre à Marseille<sup>13</sup> et Sainz et al <sup>17</sup> retrouvaient des taux de 1,4% et 2,3%. Une étude prospective randomisée suisse<sup>19</sup>, publiée en 2004, compare les mères et nouveau-nés à bas risque sortis entre 24 et 48 heures après la naissance (n = 228), ayant bénéficiés d'un suivi à domicile par une sage-femme, et ceux étant hospitalisés quatre à cinq jours (n = 231). Au cours des six premiers mois, 12% des enfants sortis précocement ont été ré-hospitalisés contre 4,8% des enfants sortis après quatre à cinq jours d'hospitalisation. Néanmoins, à un mois de vie, cette étude

retrouve des taux de ré-hospitalisations comparables aux autres études, respectivement 5,3% et 2,2%. Il n'en demeure pas moins, comme le mentionnait les méta-analyses de Brown et al<sup>15</sup> en 2002 puis de Benhamed et al<sup>14</sup> en 2019, que le terme « sortie précoce » n'étant pas défini de la même manière selon les pays et ne résultant pas de la même prise en charge à domicile que celle mise en place en France, il reste difficile de comparer ces taux d'autant que les nouveau-nés de notre étude sortaient de la maternité après un séjour minimum de 48 heures.

Dans ce premier temps, le principal diagnostic de consultations médicales en urgence et de réadmissions néonatales est l'infection virale comprenant bronchites, bronchiolites, rhinites etc (71,4% à un mois, 60% à deux mois et 42,9% à trois mois). La cause majoritaire de ré-hospitalisations néonatales retrouvée dans la littérature est l'ictère. Boubred et al<sup>13</sup>, dans une étude rétrospective comparant les taux d'hospitalisation néonatale dans les huit premiers jours de vie entre deux hôpitaux (Marseille et Stockholm), ont montré que 77% des réadmissions étaient liées à l'ictère à Stockholm et 26% à Marseille. Plusquin et al<sup>16</sup> montre également une augmentation significative des réadmissions néonatales pour ictère passant de 10,6% avant la diminution de la durée de séjour en maternité à 30,6% après. Une étude rétrospective australienne<sup>18</sup> publiée en 2014 cherchait à identifier une association entre sortie précoce et ictère chez des enfants nés entre 2001 et 2010 et ré-hospitalisés dans les 14 premiers jours de vie. Elle montre en effet que plus la durée de séjour augmente plus le risque de réadmissions néonatales pour ictère diminue. Notre étude a eu lieu durant la saison hivernale, nos résultats sont donc corrélés avec la présence virale de cette saison. De plus, l'absence d'hospitalisation néonatale pour ictère peut s'expliquer par une surveillance rapprochée de la bilirubinémie en maternité et la décision pédiatrique de ne pas faire sortir précocement un enfant dont la bilirubinémie serait en augmentation.

A propos de la satisfaction des patientes, la plupart des patientes étaient satisfaites (40,4%) voire très satisfaites (48,1%) de la prise en charge postnatale globale (hospitalière et domicile) dont elles ont bénéficié. Et une grande majorité (81,5%) des patientes du groupe « sortie précoce » ont été très satisfaites de la prise en charge à domicile par la sage-femme libérale à leur sortie. Les études précédentes à ce sujet ont rapporté un niveau de satisfaction similaire entre les deux groupes<sup>10 17 19</sup>, c'est également ce que nous avons trouvé. Néanmoins le groupe « sortie précoce » étant composé en très grande partie de patientes multipares, ce résultat pourrait être biaisé par la satisfaction du retour auprès des enfants

Les études comparant l'allaitement maternel entre une sortie précoce et une sortie standard n'ont pas montré de différence significative sur sa durée<sup>10 15 17 19</sup>, ce qui est similaire à ce que nous avons retrouvé. La revue de la littérature par Benahmed et al <sup>14</sup> publiée en 2017 fait mention de 6 articles à ce sujet. Selon celle-ci, l'allaitement est pratiqué de manière égale chez les mères sorties précocement ou non, comme nous l'avons également retrouvé. Cependant, notre groupe « sortie précoce » étant essentiellement composé de patientes multipares, ayant donc des facilités avec l'allaitement pour certaines, du fait de leurs précédentes expériences, nos résultats peuvent être biaisés concernant la poursuite de l'allaitement après la sortie. Par ailleurs, aucune différence n'a été montrée dans l'évolution des poids des enfants entre les deux groupes. Ceci est corrélé avec la poursuite de l'allaitement de manière semblable dans les deux groupes.

Notre étude est bicentrique et unique en France. Peu de patientes ont été perdues de vue. En effet, 92,9% des patientes incluses ont répondu à 1 mois et 85,7% ont répondu à 2 mois. A 3 mois sur les 41 patientes appelées, 7 n'ont pas répondu (17,1%). Les limites du premier temps de notre étude sont sa faible puissance par son échantillon restreint, la durée courte de sa période d'inclusion ainsi que l'absence d'inclusion de patientes ayant accouché par césarienne. En effet, dans les hôpitaux étudiés, les patientes ayant accouché par césarienne ne se voient que très peu proposer une sortie précoce.

Il serait donc intéressant de mener d'autres études sur le même modèle en réalisant des inclusions sur une plus longue période et au sein d'un plus grand nombre d'hôpitaux afin d'obtenir un plus large échantillon de patientes après accord d'un Comité de Protection des Personnes.

Ce premier temps portant sur un échantillon restreint et ayant retrouvé un grand nombre de patientes (44,4%) (remplissant les critères de l'HAS) sorties plus de 72 heures après leur accouchement et à qui la sortie précoce n'avait pas été proposée par l'équipe médicale, nous avons réalisé un questionnaire auprès des sages-femmes des deux hôpitaux pour en connaître les raisons.

Toutes les sages-femmes ayant répondu au questionnaire pensent connaître les recommandations de l'HAS à propos des sorties précoces (40,9% « complètement » et 50,1% « partiellement »). De plus, la note moyenne obtenue au Vrai/Faux (7,8/11) est plutôt bonne. Néanmoins, la majorité des sages-femmes interrogées ont été diplômées entre 2011 et 2019 (54,6%), elles sont donc potentiellement plus à jour des recommandations publiées en 2014, ce qui pourrait biaiser la note moyenne obtenue au Vrai/Faux. Nombre de sages-femmes (81,9% dans le cas des césarienne, 61,5% dans le cas des accouchements voie basse, 66% dans le cas des primipares et 41% dans le cas des multipares) pensent ne pas proposer ou ne proposer que partiellement la sortie précoce aux patientes correspondant aux critères. Les raisons principalement évoquées pour expliquer l'absence de proposition sont l'oubli (25,5%) ainsi que les « habitudes de service » (25%). Le terme « habitudes de service » fait référence aux pratiques des sages-femmes dans les services de suites de couches des deux hôpitaux. Les difficultés liées à l'allaitement apparaissent également, pour les sages-femmes, comme un frein à la proposition des sorties précoces aux patientes (23,6%). La HAS<sup>8</sup> mentionne, dans ses critères pour la sortie précoce, la nécessité d'une « alimentation établie » avec dans le cas de l'allaitement maternel, l'observation d'au moins deux tétées assurant un transfert efficace, ainsi que la présence de mictions et d'émissions spontanées de selles. Ce critère ne semble pas être un frein à la sortie d'une patiente primi-allaitante avant 72 heures de vie. D'autant plus qu'un relais à

domicile par les sages-femmes libérales, formées à assurer la continuité des soins, est normalement prévu. A ce propos, 7,3% des sages-femmes interrogées ont mentionné le manque de confiance dans la prise en charge à domicile comme raison à l'absence de proposition de la sortie précoce. Alors que les patientes ayant bénéficiées de la sortie précoce sont majoritairement (92,6%) satisfaite ou très satisfaite de la prise en charge à domicile.

Les réponses données à ce questionnaire traduisent donc d'une part une difficulté face au changement de pratique, dans la prise en charge des patientes dans le post-partum, et d'autre part une inquiétude des sages-femmes à laisser sortir les patientes plus tôt. Dans notre étude, la majorité (62,5%) des patientes interrogées lors du premier temps n'avait pas jamais entendu parlé de la sortie précoce avant leur arrivée en service de maternité. Et nous avons également trouvé que 44% des patientes du groupe « sortie standard » aurait aimé un séjour plus court alors que 48% d'entre-elles n'aurait pas préféré sortir précocement.

Finalement, la réalisation plus large de la sortie précoce est actuellement entravée par des facteurs susceptibles d'évoluer. L'information et la réassurance des mères ainsi que des sages-femmes paraissent indispensable. En effet, comme de nombreuses études l'ont montré, la sortie précoce n'est a priori pas plus à risque pour la santé de la mère et de son nouveau-né, lorsque que les critères du bas risque et l'accompagnement à la sortie sont respectés, et présenterait même des bienfaits pour la mère et la famille<sup>15 17</sup>. Déjà bien ancrée dans les mœurs de nombreux pays, en étant même dans certains la sortie privilégiée, elle est une évolution inéluctable de notre prise en charge du post-partum. De ce fait, une meilleure préparation à la sortie précoce pourrait être proposée au cours de la grossesse avec, par exemple, une information aux patientes sur son organisation, ainsi que des ateliers sur l'allaitement maternel permettant aux futures mères de se familiariser avec les gestes avant la naissance. Le renforcement du travail en coordination hôpital – ville paraît lui-aussi essentiel ainsi que la mise en œuvre des moyens nécessaires à la réalisation de cette prise en charge, telle que la garantie de la présence du pédiatre le jour prévu de la sortie.

## CONCLUSION

Selon les résultats de notre étude, en tenant compte de ses limites, la sortie précoce, mise en place en accord avec les recommandations de l'HAS, ne serait pas en lien avec une augmentation des complications maternelles et néonatales au cours des trois premiers mois du post-partum. Elle n'aurait également pas d'impact sur la satisfaction de la prise en charge postnatale, ni sur le choix et la durée de l'allaitement maternel ou la reprise des activités de la mère et du couple. D'autres études de plus grande ampleur sont nécessaires pour compléter les données à ce sujet.

Toutefois, malgré leur mobilisation, les équipes se confrontent à des difficultés dans la mise en place des sorties précoces. En effet, il reste des entraves à une proposition plus large des sorties précoces aux patientes correspondant aux critères de l'HAS. Dans ce contexte de diminution inéluctable de la DMS en maternité, le développement de la proposition des sorties précoces ainsi que la bonne coordination ville-hôpital apparaissent comme indispensable pour garantir la sécurité médico-psycho-sociale de la mère et de son enfant, tout en leur proposant la prise en charge la plus adaptée à leur besoin.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Durée de séjour à l'hôpital. doi:10.1787/21a7ca2b-fr
2. OCDE. *Panorama de la santé 2019: Les indicateurs de l'OCDE*. OECD; 2019. doi:10.1787/5f5b6833-fr
3. Cour Des Comptes Maternité. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20150123-rapport-les-maternites-premier-cahier.pdf>.
4. Sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. *La Revue Sage-Femme*. 2014;13(2):84-98. doi:10.1016/j.sagf.2014.03.001
5. World Health Organization, Department of Maternal N Child and Adolescent Health. *WHO Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn.*; 2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK190086/>. Accessed March 19, 2020.
6. De Luca D, Carnielli VP, Paolillo P. Neonatal hyperbilirubinemia and early discharge from the maternity ward. *European Journal of Pediatrics*. 2009;168(9):1025-1030. doi:10.1007/s00431-009-0969-1
7. Clapp MA, Little SE, Zheng J, Robinson JN. A multi-state analysis of postpartum readmissions in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2016;215(1):113.e1-113.e10. doi:10.1016/j.ajog.2016.01.174
8. Sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. *La Revue Sage-Femme*. 2014;13(2):84-98. doi:10.1016/j.sagf.2014.03.001
9. Grullon K, Grimes D. The safety of early postpartum discharge: A review and critique. *Obstetrics & Gynecology*. 1997;90(5):860-865. doi:10.1016/S0029-7844(97)00405-5
10. Waldenström U. Early discharge as voluntary and involuntary alternatives to a longer postpartum stay in hospital—effects on mothers' experiences and breast feeding. *Midwifery*. 1989;5(4):189-196. doi:10.1016/S0266-6138(89)80006-3
11. Redshaw M. *Delivered with Care: A National Survey of Women's Experience of Maternity Care 2010*.
12. Bostanci Ergen E, Ozkaya E, Eser A, et al. Comparison of readmission rates between groups with early versus late discharge after vaginal or cesarean delivery: a retrospective analyzes of 14,460 cases. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal*

*Medicine*. 2018;31(10):1318-1322. doi:10.1080/14767058.2017.1315661

13. Boubred F, Herlenius E, Andres V, des Robert C, Marchini G. Morbidité néonatale précoce après sortie de maternité : étude comparative entre deux maternités à Stockholm et Marseille. *Archives de Pédiatrie*. 2016;23(3):234-240. doi:10.1016/j.arcped.2015.12.011
14. Benahmed N, San Miguel L, Devos C, Fairon N, Christiaens W. Vaginal delivery: how does early hospital discharge affect mother and child outcomes? A systematic literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017;17(1). doi:10.1186/s12884-017-1465-7
15. Brown S, Small R, Argus B, Davis PG, Krastev A. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, ed. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. July 2002. doi:10.1002/14651858.CD002958
16. Plusquin C, Uvin V, Drakopoulos P, et al. Reduction of hospital stay at maternity unit: an evaluation of the impact on maternal and neonatal readmission. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2020;40(1):46-52. doi:10.1080/01443615.2019.1603211
17. Sainz Bueno JA, Romano MR, Teruel RG, et al. Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme, with domiciliary follow-up. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2005;193(3):714-726. doi:10.1016/j.ajog.2005.01.015
18. Lain SJ, Roberts CL, Bowen JR, Nassar N. Early Discharge of Infants and Risk of Readmission for Jaundice. *PEDIATRICS*. 2015;135(2):314-321. doi:10.1542/peds.2014-2388
19. Boulvain M, Perneger TV, Othenin-Girard V, Petrou S, Berner M, Irion O. Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2004;111(8):807-813. doi:10.1111/j.1471-0528.2004.00227.x
20. Nilsson IMS, Kronborg H, Knight CH, Strandberg-Larsen K. Early discharge following birth – What characterises mothers and newborns? *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2017;11:60-68. doi:10.1016/j.srhc.2016.10.007
21. Forterre M. Les sorties précoces : regard des patientes sur les pratiques aux centres hospitaliers de Nice et d'Antibes. 2018. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01690187>.



## ANNEXES

### ANNEXE 1 : CRITERES DE BAS RISQUE DEFINIS PAR LA HAS

<b>Critères définissant le bas risque maternel pour un retour précoce à domicile</b>	
1. Absence de situation de vulnérabilité psychique, sociale, de conduites d'addictions et de dépendances sévères	
2. Soutien familial et/ou social adéquat	
3. Absence de pathologie chronique mal équilibrée	
4. Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu	
5. Absence d'hémorragie sévère du <i>post-partum</i> immédiat	
6. Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection	
7. Absence de signes thromboemboliques	
8. Douleur contrôlée	
9. Interactions mère-enfant satisfaisantes	
10. Accord de la mère et/ou du couple	

<b>Critères définissant le bas risque néonatal pour un retour précoce à domicile</b>	
1. Nouveau-né à terme $\geq$ 38 SA, singleton et eutrophe	
2. Apgar $\geq$ 7 à 5 minutes	
3. Examen clinique normal le jour de sortie	
4. Température axillaire entre 36 et 37°C ou centrale entre 36,5 et 37,5°C	
5. Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère), mictions et émissions spontanées des selles, transit établi	
6. Perte de poids < 8% par rapport au poids de naissance	
7. Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (uniquement groupe à bas risque d'ictère sévère)	
8. Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvement biologiques et bactériologique récupérés et négatifs	
9. Vitamine K1 donnée	
10. Dépistages néonataux organisés par la maternité et leur traçabilité assurée	
11. Suivi <i>post-partum</i> après la sortie organisé : 1 <sup>ère</sup> visite prévue dans les 24 heures après la sortie	

## ANNEXE 2 : CONSENTEMENT ECLAIRE DE PARTICIPATION A L'ETUDE

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

(D'après Fernandez & Catteeuw, 2001)

Je, soussigné déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude intitulée : « Sortie précoce de la maternité : quels effets sur l'état de santé de la mère et de son enfant ? ».

Sous la direction de : **Mme MUSSO Alexandra (cadre pédagogique)** et **Mme CHARLOT Carine (cadre du service de maternité)**

Investigateur principal : **Aurélia CUDEL (étudiante sage-femme)**

Promoteur : **Ecole de Sage-femme de Nice**

⇒ Buts de l'étude :

- › Comparer l'apparition de complications maternelles et néonatales à la suite d'une sortie précoce de la maternité versus une sortie standard dans une population à bas risque
- › Comparer les taux de ré-hospitalisations maternelles et néonatales à la suite d'une sortie précoce de la maternité versus une sortie standard dans une population à bas risque
- › Déterminer la satisfaction des couples ayant bénéficiés d'une sortie précoce versus une sortie standard
- › Observer le type et la durée de l'allaitement
- › Evaluer la reprise des activités de la mère et du couple (vie sexuelle, vie active, consommation de toxiques)

⇒ Engagement du participant : Lors d'une première rencontre en maternité nous vous présenterons l'étude, recueillerons plusieurs données (téléphone, date d'accouchement), ces données étant strictement confidentielles et détruites dès la fin de l'étude.

Par la suite, vous serez recontactée 1 mois, 2 mois, 3 mois et 6 mois après votre accouchement par téléphone. Un questionnaire comportant une cinquantaine de questions très courtes vous sera posé.

Les réponses de chacune des participantes sont primordiales à la réalisation de cette étude.

En dehors de cette étude, le déroulement de la prise en charge de la participante ne diffèrera pas d'une prise en charge classique.

⇒ Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Il s'engage également à fournir aux participants tout le soutien permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette étude.

- ⇒ Liberté du participant : le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence.
- ⇒ Information du participant : le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.
- ⇒ Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable). Cette recherche n'ayant qu'un caractère psychologique, elle n'entre pas de ce fait dans la loi Huriot-Sérusclat concernant la protection des personnes dans la recherche biomédicale. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour une éventuelle publication scientifique sera elle aussi anonyme.
- ⇒ Déontologie et éthique : le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant (Article R.4127-303 du code de la santé publique, modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012, Code de déontologie des sages-femmes). !

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ en 2 exemplaires

Signatures :

Le participant

L'investigateur principal

## ANNEXE 3 : RECUEIL DE DONNEES

Nom (2 premières lettres nom de famille, 1 <sup>ère</sup> lettre prénom) :	Date du jour : ...../...../2019 J...
Maternité d'accouchement : Archet 2 – Antibes	Date de sortie : ...../...../2019 J...
Numéro d'accouchement :	Téléphone :
Date d'accouchement : ...../...../2019	Email :
Sortie standard ou Sortie précoce	

### Recueil de données du dossier obstétrical

- **Date de naissance :**

<p>- <b>Nationalité de la mère :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Française</li><li><input type="radio"/> Européenne</li><li><input type="radio"/> Afrique du Nord</li><li><input type="radio"/> Autres pays d'Afrique</li><li><input type="radio"/> Autre nationalité : précisez</li><li><input type="radio"/> NR</li></ul>	<p>- <b>Nationalité du père :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Française</li><li><input type="radio"/> Européenne</li><li><input type="radio"/> Afrique du Nord</li><li><input type="radio"/> Autres pays d'Afrique</li><li><input type="radio"/> Autre nationalité : précisez</li><li><input type="radio"/> NR</li><li><input type="radio"/> Patiente ne souhaite pas en parler / Non présent</li></ul>
---	---

- **Statut marital :**

- Mariée
- Pacsée
- Célibataire

- **Vie en couple :**

- Oui, dans le même logement
- Oui, dans des logements différents
- Non

- **Habitat en fin de grossesse :**

- Logement personnel
- Famille, amis
- Foyer d'accueil, hôtel
- Autres

- **Durée de trajet entre le lieu d'habitation et la maternité de naissance :**

- < 30 min
- Entre 30 et 44 min
- ≥ 45 min

- **Niveau d'études :**

- Non scolarisée, primaire
- Collège
- Enseignement professionnel court
- Lycée enseignement général
- Lycée enseignement professionnel
- Lycée enseignement technique
- Bac + 1 ou 2 ans
- Bac + 3 ou 4 ans
- Bac + 5 ans et plus

- **Activité professionnelle :**

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants, chef d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employées

- Ouvriers
- Retraités
- Autres personnes sans activité professionnelle

<b>- Taille :</b>	<b>- Poids initial :</b>	<b>- Poids final :</b>
-------------------	--------------------------	------------------------

<b>- Consommation tabac avant la grossesse :</b> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<b>- Consommation tabac au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse :</b> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<b>- Nombre de cigarettes/jour avant la grossesse :</b> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 à 9 <input type="radio"/> ≥ 10	<b>- Nombre de cigarettes/jour au troisième trimestre de la grossesse :</b> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 à 9 <input type="radio"/> ≥ 10

- **Date du dernier frottis cervico-utérin :** ...../...../201

- **Parité :**

- **Grossesse :**

- Souhaitée
- Inopinée

- **Rédaction d'un projet de naissance :**

- Oui
- Non

- **Terme de l'accouchement :**

- **Mode de début de travail :**

- Travail spontanée
- Déclenchement → motif :
- Césarienne avant travail → motif :

- **Mode d'accouchement :**

- Voie basse non instrumentale
- Voie basse instrumentale → motif :
- Césarienne → motif :

- **Analgésie :**

- Aucune analgésie
- Analgésie péridurale
- Rachianalgésie
- Rachianalgésie-péridurale combinée
- Anesthésie générale
- Analgésie intraveineuse

- **Heure de naissance :**

- **Apgar à 5 min :**

- **Poids de naissance de l'enfant (g) :**

- **Quantité saignements (ml) :**

- **Déchirure périnéale :**

- Oui, 1<sup>er</sup> degré ou simple
- Oui, périnée complet ; complet compliqué
- Non

- **Episiotomie :**
  - Oui
  - Non
  
- **Allaitement :**
  - Maternel exclusif
  - Maternel mixte
  - Artificiel
  
- **Difficultés physiques ou psychiques en suites de couches :**
  - Oui, physiques → précisez :
  - Oui, psychiques → précisez :
  - Oui, les deux → précisez :
  - Non
  
- **Poids de sortie de l'enfant (g) :**

Prise de contact en maternité :

- Aviez-vous entendu parler des **sorties précoces** avant votre arrivée à la maternité ?
  - Oui
  - Non
  
- Si oui, **qui** vous en a parlé ?
  - Professionnel de santé libéral
  - Professionnel de santé hospitalier
  - Professionnel de santé de PMI
  - Autres : précisez
  
- Aviez-vous des attentes concernant la **durée de séjour** en maternité ?
  - Moins de 72h (96h pour une césarienne)
  - Plus de 72h (96h pour une césarienne)
  - Pas d'attente particulière
  
- Dans le cadre d'une **sortie standard**, qu'est ce qui vous a amené à refuser la sortie précoce ?
  - Fatigue
  - Problème(s) liés à l'allaitement
  - Pas à l'aise dans les soins donnés au bébé
  - Douleur
  - Contraintes de service
  - Autres : précisez

## ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE TELEPHONIQUE A UN MOIS

Complications maternelles à 1 mois		
<p><b>1. Depuis la sortie de la maternité avez vous été amenée à consulter <u>en urgence</u> votre professionnel de santé en libéral ou en PMI ?</b></p> <p><input type="radio"/> Oui            ⇒ Professionnel de santé en libéral            ⇒ Professionnel de santé en PMI</p> <p><input type="radio"/> Non</p>	<p><b>2. Depuis la sortie de la maternité avez vous été amenée à consulter aux urgences générales ou gynécologiques ?</b></p> <p><input type="radio"/> Oui            ⇒ Urgences générales            ⇒ Urgences gynécologiques</p> <p><input type="radio"/> Non</p>	<p><b>3. Depuis la sortie de la maternité avez-vous été hospitalisée ?</b></p> <p><input type="radio"/> Oui  <input type="radio"/> Non</p>
<p>Si oui :</p> <p>⇒ Combien de temps après la sortie ?</p> <p><input type="radio"/> Moins d'1 semaine  <input type="radio"/> Entre 1 semaine et 2 semaines  <input type="radio"/> Entre 2 semaines et 1 mois</p> <p>⇒ Quel a été le nombre de consultations ?</p> <p><input type="radio"/> 1  <input type="radio"/> 2  <input type="radio"/> 3  <input type="radio"/> 4 ou plus</p> <p>⇒ Quel(s) étai(en)t le(s) <u>motif(s) de consultation ?</u></p> <p><input type="radio"/> Fièvre  <input type="radio"/> Douleur :  <input checked="" type="checkbox"/> Abdominale  <input checked="" type="checkbox"/> Au niveau de la cicatrice (périnéale ou abdominale)  <input checked="" type="checkbox"/> Au niveau du sein  <input checked="" type="checkbox"/> Autres douleurs : précisez</p> <p><input type="radio"/> Saignement anormal  <input type="radio"/> Pertes anormales  <input type="radio"/> Psychologique (Anxiété)  <input type="radio"/> Fatigue excessive  <input type="radio"/> Autre(s) motif(s) : précisez</p> <p>⇒ Quel était le <u>diagnostic</u> à l'issue de la consultation/hospitalisation ?</p> <p><input type="radio"/> Infection puerpérale  <input checked="" type="checkbox"/> Endométrite  <input checked="" type="checkbox"/> Mastite  <input checked="" type="checkbox"/> Bartholinite  <input checked="" type="checkbox"/> Autres : précisez  <input checked="" type="checkbox"/> NSP</p> <p><input type="radio"/> Hémorragie du post-partum  <input type="radio"/> TVP / EP  <input type="radio"/> Complications de l'allaitement ou non-allaitement : engorgement, lymphangite, abcès  <input type="radio"/> Problèmes de cicatrisation (périnéale ou abdominale)  <input type="radio"/> Problèmes psychologiques  <input type="radio"/> Autre(s) diagnostic(s) : précisez</p>	<p><input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .</p> <p><input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .</p> <p><input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .</p> <p><input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .</p> <p><input type="radio"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .</p>	<p><input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .</p> <p>⇒ Quelle a été la <u>durée de l'hospitalisation ?</u></p> <p><input type="radio"/> Moins de 24h  <input type="radio"/> Entre 24 et 48h  <input type="radio"/> Entre 48h et 72  <input type="radio"/> Plus de 72h</p> <p><input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .</p> <p><input type="radio"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .</p>



**Complications néonatales à 1 mois**

1. Depuis la sortie de la maternité avez vous été amenée à consulter en urgence votre professionnel de santé en libéral ou en PMI ?	2. Depuis la sortie de la maternité avez vous été amenée à consulter aux urgences pédiatriques ?	3. Depuis la sortie de la maternité votre enfant a-t-il été hospitalisé ?
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Oui                             <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Professionnel de santé en libéral</li> <li>⇒ Professionnel de santé en PMI</li> </ul> </li> <li><input type="radio"/> Non</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Oui</li> <li><input type="radio"/> Non</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Oui</li> <li><input type="radio"/> Non</li> </ul>
<p>Si oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Combien de temps après la sortie ?                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Moins d'1 semaine</li> <li><input type="radio"/> Entre 1 semaine et 2 semaines</li> <li><input type="radio"/> Entre 2 semaines et 1 mois</li> </ul> </li> <li>⇒ Quel a été le nombre de consultations ?                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 1</li> <li><input type="radio"/> 2</li> <li><input type="radio"/> 3</li> <li><input type="radio"/> 4 ou plus</li> </ul> </li> <li>⇒ Quel(s) étai(en)t le(s) motif(s) de consultation ?                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Absence de prise de poids</li> <li><input type="radio"/> Perte de poids</li> <li><input type="radio"/> Difficultés alimentaires</li> <li><input type="radio"/> Symptômes digestifs</li> <li><input type="radio"/> Symptômes respiratoires</li> <li><input type="radio"/> Pleurs excessifs</li> <li><input type="radio"/> Fièvre</li> <li><input type="radio"/> Jaunisse</li> <li><input type="radio"/> Autre(s) motif(s) : précisez</li> </ul> </li> <li>⇒ Quel était le diagnostic à l'issue de la consultation/hospitalisation ?                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ictère</li> <li><input type="radio"/> Déshydratation</li> <li><input type="radio"/> Infection</li> <li><input type="radio"/> Inquiétude excessive</li> <li><input type="radio"/> Troubles digestifs</li> <li><input type="radio"/> Autre(s) diagnostic(s) : précisez</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li>⇒ Quelle a été la <u>durée de l'hospitalisation</u> ?                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Moins de 24h</li> <li><input type="radio"/> Entre 24 et 48h</li> <li><input type="radio"/> Entre 48h et 72</li> <li><input type="radio"/> Plus de 72h</li> </ul> </li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> <li><input type="radio"/> .</li> </ul>

### Suivi post-natal à 1 mois

1. Depuis votre sortie de la maternité, quel a été le nombre de visite à la maison par la sage-femme libérale ?
  - 0
  - 1
  - 2
  - 3
  - Plus de 3
  
2. Quel a été la période après la sortie de la maternité durant laquelle la sage-femme libérale est passée à la maison ?
  - Jusqu'à 72h après la sortie
  - Jusqu'à 96h après la sortie
  - Jusqu'à 1 semaine après la sortie
  - Jusqu'à 2 semaines après la sortie
  - Jusqu'à 1 mois après la sortie
  - Encore actuellement
  
3. Avez-vous été vaccinée contre : (plusieurs réponses possible)
  - La coqueluche
  - La grippe
  - Aucun des deux
  
4. Votre mari a-t-il été vacciné contre :
  - La coqueluche
  - La grippe
  - Aucun des deux

### Soins portés à l'enfant et entourage à 1 mois

1. Sur une échelle de 0 à 10, à quel point vous sentez-vous à l'aise dans la réalisation des soins portés à votre enfant ? (0 = pas à l'aise du tout ; 10 = tout à fait à l'aise)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Ressentez-vous le besoin de vous faire aider dans les soins portés à votre enfant ?
    - Oui
    - Non
  
  3. Recevez-vous de l'aide dans les soins portés à votre enfant ?
    - Oui
    - Non
- Si oui, qui vous apporte cette aide ?
- Famille
  - Amis
  - Belle-famille
  - Autres : précisez
4. Quelles difficultés éprouvez-vous face à votre enfant ?
    - Soins pratiques
    - Coliques
    - Indentification pleurs
    - Autres : précisez

## Allaitement à 1 mois

**1. Avez-vous allaiter votre enfant de manière exclusive ?**

- Oui
- Non

**Si oui, combien de temps ?**

- Moins d'1 semaine
- Entre 1 semaine et 1 mois
- Encore actuellement

**2. Actuellement, quel type d'allaitement pratiquez-vous ?**

- Maternel exclusif
- Mixte
- Artificiel

**3. Si multipare, aviez-vous allaité vos précédents enfants ?**

- Oui
- Non

**Si oui, combien de temps le(s) allaitement(s) a/ont il(s) duré ?**

- Moins d'1 mois
- Entre 1 et 6 mois
- Entre 6 mois et 1 an
- Plus d'1 an

## Reprise du travail à 1 mois

**Avez-vous repris le travail ?**

- Oui
- Non

**Si oui, combien de temps après la sortie ?**

- Moins d'1 semaine
- Entre 1 semaine et 2 semaines
- Entre 2 semaines et 1 mois

## Consommation tabagique à 1 mois

**Par rapport à votre consommation pendant la grossesse, depuis la sortie de la maternité vous avez :**

- Arrêté
- Diminué
- Rien changé

**Par rapport à votre consommation avant la grossesse, depuis la sortie de la maternité vous avez :**

- Arrêté
- Diminué
- Rien changé

### Reprise de la vie sexuelle à 1 mois

**1. Depuis la sortie de la maternité, avez-vous repris les rapports sexuels ?**

- Oui
- Non

Si oui, combien de temps après la sortie ?

- Moins d'1 semaine
- Entre 1 semaine et 2 semaines
- Entre 2 semaines et 1 mois

**2. Aviez-vous ou avez-vous une appréhension à reprendre votre vie sexuelle ?**

- Oui
- Non

Si oui, quelle était cette appréhension ?

- Mauvaise image de votre corps
- Crainte de la douleur
- Crainte liée au périnée
- Moins de désir
- Autres : précisez

**3. Actuellement, quel moyen de contraception utilisez-vous ?**

- Aucun moyen de contraception
- Préservatifs
- Pilule œstro-progestative
- Pilule progestative
- Stérilet au cuivre
- Stérilet hormonal
- Implant
- Anneau vaginal
- Patch
- Diaphragme ou cape cervicale +/- spermicides
- Autre : précisez

### Evolution du poids à 1 mois

**Poids actuel de la mère :**

**Poids actuel de l'enfant :**

### Satisfaction à 1 mois

**1. Avez-vous été satisfaite de la prise en charge postnatale dont vous avez bénéficié ?**

- Non
- Adéquate
- Satisfaisant
- Très satisfaisant

**2. Avez-vous été satisfaite des réponses données à vos questions ?**

- Non
- Adéquate
- Satisfaisant
- Très satisfaisant

**3. Dans le cas d'une sortie standard, pensez-vous que vous auriez préféré avoir un séjour plus court à l'hôpital et une sage-femme à domicile ?**

- Non
- Indifférente
- Oui

**4. Dans le cas d'une sortie précoce, pensez-vous que vous auriez préféré avoir un séjour plus long à l'hôpital ?**

- Non
- Indifférente
- Oui

**5. Dans le cas d'une sortie précoce, comment avez-vous trouvé la prise en charge ?**

- Non satisfaisante
- Adéquate
- Satisfaisant
- Très satisfaisant

**6. Dans le cas d'une sortie précoce, avez-vous préféré :**

- La prise en charge hospitalière
- La prise en charge à domicile

**7. Dans le cas d'une sortie précoce, à quel moment avez-vous reçu le plus d'informations à propos :**

De votre santé ?	De vos soins ?
<input type="radio"/> A l'hôpital	<input type="radio"/> A l'hôpital
<input type="radio"/> A la maison	<input type="radio"/> A la maison
<input type="radio"/> Equivalent	<input type="radio"/> Equivalent

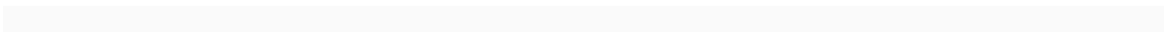
**8. Dans le cas d'une sortie précoce, à quel moment avez-vous reçu le plus d'informations à propos :**

De la santé de votre enfant ?	De ses soins ?
<input type="radio"/> A l'hôpital	<input type="radio"/> A l'hôpital
<input type="radio"/> A la maison	<input type="radio"/> A la maison
<input type="radio"/> Equivalent	<input type="radio"/> Equivalent

**9. Dans le cas d'une autre grossesse, préféreriez-vous :**

- Une sortie standard
- Une sortie précoce
- Indifférente

Quelque chose à rajouter :



ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE TELEPHONIQUE A DEUX MOIS ET TROIS MOIS

Complications maternelles à 2 mois		
<p><b>1. Depuis notre dernier appel avez vous été amenée à consulter <u>en urgence</u> votre professionnel de santé en libéral ou en PMI ?</b></p> <p><input type="radio"/> Oui                      ⇒ Professionnel de santé en libéral                      ⇒ Professionnel de santé en PMI</p> <p><input type="radio"/> Non</p>	<p><b>2. Depuis notre dernier appel avez vous été amenée à consulter aux urgences générales ou gynécologiques ?</b></p> <p><input type="radio"/> Oui                      ⇒ Urgences générales                      ⇒ Urgences gynécologiques</p> <p><input type="radio"/> Non</p>	<p><b>3. Depuis notre dernier appel avez-vous été hospitalisée ?</b></p> <p><input type="radio"/> Oui  <input type="radio"/> Non</p>
<p><b>Si oui :</b></p> <p>⇒ Quel a été le nombre de consultations ?</p> <p><input type="radio"/> 1  <input type="radio"/> 2  <input type="radio"/> 3  <input type="radio"/> 4 ou plus</p> <p>⇒ Quel(s) étai(en)t le(s) motif(s) de consultation ?</p> <p><input type="radio"/> Fièvre</p> <p><input type="radio"/> Douleur :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Abdominale  <input checked="" type="checkbox"/> Au niveau de la cicatrice (périnéale ou abdominale)  <input checked="" type="checkbox"/> Au niveau du sein  <input checked="" type="checkbox"/> Autres douleurs : précisez</p> <p><input type="radio"/> Saignement anormal  <input type="radio"/> Pertes anormales  <input type="radio"/> Psychologique (Anxiété)  <input type="radio"/> Fatigue excessive  <input type="radio"/> Autre(s) motif(s) : précisez</p> <p>⇒ Quel était le diagnostic à l'issue de la consultation/hospitalisation ?</p> <p><input type="radio"/> Infection puerpérale  <input checked="" type="checkbox"/> Endométrite  <input checked="" type="checkbox"/> Mastite  <input checked="" type="checkbox"/> Bartholinite  <input checked="" type="checkbox"/> Autres : précisez  <input checked="" type="checkbox"/> NSP</p> <p><input type="radio"/> Hémorragie du post-partum  <input type="radio"/> TVP / EP  <input type="radio"/> Complications de l'allaitement ou non-allaitement : engorgement, lymphangite, abcès  <input type="radio"/> Problèmes de cicatrisation (périnéale ou abdominale)  <input type="radio"/> Problèmes psychologiques  <input type="radio"/> Autre(s) diagnostic(s) : précisez</p>	<p><input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .</p> <p><input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .</p> <p><input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .</p> <p><input type="radio"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .</p>	<p>⇒ Quelle a été la durée de l'hospitalisation ?</p> <p><input type="radio"/> Moins de 24h  <input type="radio"/> Entre 24 et 48h  <input type="radio"/> Entre 48h et 72  <input type="radio"/> Plus de 72h</p> <p><input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .</p> <p><input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .</p> <p><input type="radio"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input checked="" type="checkbox"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .</p>

**Complications néonatales à 2 mois**

<p><b>4. Depuis notre dernier appel avez vous été amenée à consulter en urgence votre professionnel de santé en libéral ou en PMI ?</b></p> <p><input type="radio"/> Oui                    ⇒ Professionnel de santé en libéral                    ⇒ Professionnel de santé en PMI</p> <p><input type="radio"/> Non</p>	<p><b>5. Depuis notre dernier appel avez vous été amenée à consulter aux urgences pédiatriques ?</b></p> <p><input type="radio"/> Oui  <input type="radio"/> Non</p>	<p><b>6. Depuis notre dernier appel votre enfant a t-il été hospitalisé ?</b></p> <p><input type="radio"/> Oui  <input type="radio"/> Non</p>
<p>Si oui :</p> <p>⇒ <b>Quel a été le nombre de consultations ?</b></p> <p><input type="radio"/> 1  <input type="radio"/> 2  <input type="radio"/> 3  <input type="radio"/> 4 ou plus</p> <p>⇒ <b>Quel(s) était(en)t le(s) motif(s) de consultation ?</b></p> <p><input type="radio"/> Absence de prise de poids  <input type="radio"/> Perte de poids  <input type="radio"/> Difficultés alimentaires  <input type="radio"/> Symptômes digestifs  <input type="radio"/> Symptômes respiratoires  <input type="radio"/> Pleurs excessifs  <input type="radio"/> Fièvre  <input type="radio"/> Jaunisse  <input type="radio"/> Autre(s) motif(s) : précisez</p> <p>⇒ <b>Quel était le diagnostic à l'issue de la consultation/hospitalisation ?</b></p> <p><input type="radio"/> Ictère  <input type="radio"/> Déshydratation  <input type="radio"/> Infection  <input type="radio"/> Inquiétude excessive  <input type="radio"/> Troubles digestifs  <input type="radio"/> Autre(s) diagnostic(s) : précisez</p>	<p><input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .</p> <p><input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .</p> <p><input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .</p>	<p>⇒ <u><b>Quelle a été la durée de l'hospitalisation ?</b></u></p> <p><input type="radio"/> Moins de 24h  <input type="radio"/> Entre 24 et 48h  <input type="radio"/> Entre 48h et 72  <input type="radio"/> Plus de 72h</p> <p><input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .  <input type="radio"/> .</p>

### Suivi post-natal à 2 mois

1. Depuis notre dernier appel, quel a été le nombre de visite à la maison par la sage-femme libérale ?
  - 0
  - 1
  - 2
  - 3
  - Plus de 3
  
2. Vous êtes vous rendue à la consultation post-natale ?
  - Oui
  - Non
  
3. Depuis notre dernier appel, avez-vous réalisé un frottis cervico-utérin ?
  - Oui
  - Non
  
4. Avez-vous réalisée chez une sage-femme ou un kiné la rééducation périnéo-sphinctérienne ?
  - Oui
  - Non
  
5. Depuis notre dernier appel, avez-vous été vaccinée contre : (plusieurs réponses possible)
  - La coqueluche
  - La grippe
  - Aucun des deux
  
6. Votre mari a-t-il été vacciné contre :
  - La coqueluche
  - La grippe
  - Aucun des deux

### Allaitement à 2 mois

1. Actuellement, quel type d'allaitement pratiquez-vous ?
  - Maternel exclusif
  - Mixte
  - Artificiel

### Reprise du travail à 2 mois

Depuis notre dernier appel, avez-vous repris le travail ?

- Oui
- Non

### Consommation tabagique à 2 mois

En comparaison avec votre consommation pendant la grossesse, depuis notre dernier appel vous avez :

- Arrêté
- Diminué
- Rien changé



En comparaison avec votre consommation avant la grossesse, depuis notre dernier appel vous avez :

- Arrêté
- Diminué
- Rien changé

#### Reprise de la vie sexuelle à 2 mois

**1. Depuis notre dernier appel, avez-vous repris les rapports sexuels ?**

- Oui
- Non

**2. Si oui, depuis la reprise des rapports, vous sentez vous plus à l'aise ?**

- Oui
- Non

**3. Aviez-vous ou avez-vous une appréhension à reprendre votre vie sexuelle ?**

- Oui
- Non

Si oui, quelle était cette appréhension ?

- Mauvaise image de votre corps
- Crainte de la douleur
- Crainte liée au périnée
- Moins de désir
- Autres : précisez

**4. Actuellement, quel moyen de contraception utilisez-vous ?**

- Aucun moyen de contraception
- Préservatifs
- Pilule œstro-progestative
- Pilule progestative
- Stérilet au cuivre
- Stérilet hormonal
- Implant
- Anneau vaginal
- Patch
- Diaphragme ou cape cervicale +/- spermicides
- Autre : précisez

**4. Le moyen de contraception employé est-il le même que celui employé avant la grossesse ?**

- Oui
- Non

**5. Le moyen de contraception employé est-il le même que celui employé lors de notre dernier appel ?**

- Oui
- Non

#### Evolution du poids à 2 mois

Poids actuel de la mère :

Poids actuel de l'enfant :

## ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES SAGES-FEMMES

### Questionnaire aux sages-femmes

Bonjour à toutes !

Je me présente Aurélia Cudel, étudiante sage-femme en dernière année. Je réalise mon mémoire au sujet des sorties précoces et je souhaite connaître l'avis des sages-femmes à ce sujet. Merci pour votre participation !

Age :	Sexe :	Lieu d'exercice :	Archet 2 / Antibes	Année de diplôme :
Fréquence en suites de couches :		Occasionnellement	Régulièrement	Toujours

#### 1. Pensez-vous connaître les critères de sorties précoces en vigueur ? (HAS 2014)

Pour :	OUI, complètement	OUI, partiellement	NON
Un accouchement voie haute			
Un accouchement voie basse			
Une primipare			
Une multipare			

#### 2. A propos des sorties précoces, pensez-vous TOUJOURS les proposer aux couples mère/enfant correspondant aux critères :

Pour :	OUI, complètement	OUI, partiellement	NON
Un accouchement voie haute			
Un accouchement voie basse			
Une primipare			
Une multipare			

#### 3. Si un ou plusieurs NON, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

- Manque de temps
- Manque de confiance par rapport à la prise en charge à domicile
- Oubli
- Habitudes de service
- Difficultés liées à l'allaitement
- Autres (à détailler) :

<u>Que pensez-vous des propositions suivantes ?</u> (selon HAS 2014)		
Entourer votre réponse		
V	F	Les sorties précoces de maternité concernent exclusivement une population à bas risque ayant accouchée par voie basse.
V	F	Une sortie précoce peut être proposée à une patiente ayant donné naissance à des jumeaux.
V	F	Un nouveau-né ayant présenté un Apgar de 8 à 5 min de vie peut sortir précocement de la maternité.
V	F	Une sortie précoce peut être proposée à une patiente à bas risque ayant accouché à 37 SA.
V	F	La sortie précoce de maternité est définie comme toute sortie au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse.
V	F	Suite à une sortie précoce de maternité, 2 visites à domicile par une sage-femme libérale sont obligatoires.
V	F	Le nouveau-né ne doit pas nécessairement être examiné par un pédiatre avant sa sortie.
V	F	La présence chez la mère d'une pathologie chronique équilibrée contre-indique une sortie précoce.
V	F	Une sortie précoce peut être proposée à une patiente ayant présentée une hémorragie du post-partum immédiat > 1000 cc.
V	F	La sortie précoce de maternité est définie comme toute sortie au cours des 96 premières heures après un accouchement par voie haute.
V	F	Une patiente présentant dans ses antécédents une dépression est contre-indiquée à une sortie précoce.



UNIVERSITE DE NICE COTE D'AZUR  
FACULTE DE MEDECINE

---

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE NICE

---

**Titre :** Sorties précoces de maternité : Quelles conséquences sur la santé de la mère et de son enfant, à court et moyen terme? *Étude de cohorte prospective bicentrique préliminaire*

**Mots clés :** Sortie précoce – Post-partum – Mères – Nouveau-né

**Résumé :**

**Objectifs :** Premier temps : Comparer l'apparition de complications suite à une sortie précoce de la maternité versus une sortie standard dans une population à bas risque médico-psycho-social recommandés par l'HAS, à court et moyen terme.

Deuxième temps : Connaître les raisons pour lesquelles les sorties précoces ne sont pas systématiquement proposées aux patientes remplissant les critères de la HAS.

**Méthode :** Étude de cohorte prospective observationnelle bi-centrique entre septembre 2019 et février 2020

Premier temps : Les patientes correspondant aux critères d'inclusion ont été rappelées un, deux puis trois mois après leur sortie pour réaliser un questionnaire téléphonique.

Deuxième temps : Un questionnaire a été distribué aux sages-femmes effectuant des gardes dans les services de suites de couches des deux hôpitaux concernés.

**Résultats :** 56 patientes ont été incluses (5,6% des accouchées de la période). Elles ont été réparties en deux groupes selon leur durée de séjour en maternité : « sortie précoce » (N = 29) et « sortie standard » (N = 27). Aucune différence significative n'a été trouvée entre les deux groupes concernant les motifs et diagnostics de consultation maternelle et néonatale au cours des trois premiers mois du post-partum. Pour la mère, les diagnostics évoqués étaient la complication de l'allaitement (40%) et d'autres diagnostics que ceux proposés (60%). Pour l'enfant, le diagnostic majoritairement évoqué était l'infection virale.

44 sages-femmes (66,7% des sages-femmes exerçant en suites de couches) ont répondu au questionnaire. Les raisons mentionnées à l'absence de propositions de la sortie précoce par les sages-femmes étaient principalement l'oubli (25,5%), les habitudes de service (25,5%).

**Conclusion :** La sortie précoce ne serait pas en lien avec une augmentation des complications maternelles et néonatales au cours des trois premiers mois du post-partum. D'autres études de plus grande ampleur sont nécessaires. Une proposition plus large des sorties précoces aux patientes correspondant aux critères reste à développer.

---

**Title :** Early postpartum discharge : Short and mid-term health consequences for mothers and children

**Keywords :** Early discharge – Postpartum – Mothers – Newborn

**Abstract:**

**Aims :** First step : Comparing the onset of post-partum short and mid-term complications following an early discharge versus a late discharge in a low risk population according to the recommended criteria.

Second step : Knowing the reasons why early discharge is not offered to patients meeting the recommended criteria.

**Methods :** Prospective observational cohort study in two hospitals conducted between September 2019 and February 2020

First step : Patients meeting the inclusion criteria were first approached at the maternity hospital, the discharge day or the day before. Then they were called one, two and three months after their maternity discharge to answer a telephone survey.

Second step : A questionnaire was distributed to midwives working in the maternity ward of the two hospital concerned.

**Results :** 56 patients were included. They were divided into two groups according to their length of hospital stay : "early discharge" (N = 29) and "late discharge" (N = 27). No significant differences were found between the two groups regarding the reasons and diagnoses of maternal and neonatal medical consultation during the first three months of postpartum. For the mother, the diagnoses mentioned were the complication of breastfeeding (40%) and other diagnoses than those proposed (60%). For the child, the diagnosis most often mentioned was viral infection (71.4% of diagnoses at one month, 60% at two months and 42.9% at three months).

44 midwives answered the questionnaire. The reasons mentioned for the lack of early discharge proposals by midwives were mainly forgetfulness (25.5%), common practice (25.5%) and difficulties related to breastfeeding (23.6%).

**Conclusion :** Early discharge would not increase maternal and neonatal complications in the first three months of post-partum. Large studies are needed. A broader proposal for early discharge to patients meeting the criteria remains to be developed.