



HAL
open science

Les sorties précoces : avantages et freins du point de vue des patientes primipares et éligibles. Étude qualitative monocentrique, menée au Centre Hospitalier de Cornouaille, du 19 octobre 2020 au 6 février 2021

Ilona Poitevin-Le Gall

► **To cite this version:**

Ilona Poitevin-Le Gall. Les sorties précoces : avantages et freins du point de vue des patientes primipares et éligibles. Étude qualitative monocentrique, menée au Centre Hospitalier de Cornouaille, du 19 octobre 2020 au 6 février 2021. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03449088

HAL Id: dumas-03449088

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03449088v1>

Submitted on 25 Nov 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

ECOLE UNIVERSITAIRE DE MAIEUTIQUE
UFR de Médecine et des Sciences de la Santé
BREST

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES
pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année 2021

LES SORTIES PRÉCOCES :
avantages et freins du point de vue des patientes primipares et éligibles.
Étude qualitative monocentrique, menée au Centre Hospitalier de Cornouaille, du
19 octobre 2020 au 6 février 2021

Présenté et soutenu par :
Ilona POITEVIN-LE GALL
Née le 7 février 1997

Directeur de mémoire : Madame LE FLOC'H Marianne,
Sage-femme Coordinatrice en maïeutique

REMERCIEMENTS

À Madame JUBIL Françoise, Sage-femme enseignante et référente des Sma5,

Pour m'avoir guidée dans la réalisation de ce travail ainsi que pour votre excellent enseignement.

À Madame LE FLOC'H Marianne, Sage-femme Coordinatrice en maïeutique,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la direction de ce mémoire. Je vous remercie pour votre disponibilité et pour toute l'attention que vous avez portée à ce travail.

À toutes les mamans,

Pour avoir accepté de participer à cette étude.

À mes parents, mon frère et ma soeur,

Pour m'avoir soutenue et supportée pendant toutes ces années, et pour le faire encore. Merci pour votre amour, tout simplement.

À Julien,

Pour ton amour, ta tendresse et ton soutien au quotidien. Merci de ton aide pour la retranscription et l'élaboration de ce travail.

À Stéphanie et Christian,

Pour votre soutien, votre relecture attentive et vos corrections apportés à ce travail.

À Estelle et Laura,

Pour votre soutien dans l'élaboration de ce mémoire mais également pour votre présence au quotidien, dans les moments de joie et les périodes difficiles.

À mes futures collègues et amies de promotion,

Pour ces quatre années de dur labeur, parfois de stress mais surtout de partage et de cohésion, je vous souhaite réussite et épanouissement dans tous vos projets. Plus particulièrement, un grand merci à Irina et Mathilde, pour votre aide et vos précieux conseils dans la réalisation ce mémoire.

À mes amies d'enfance,

Pour avoir été là depuis le début, parfois loin des yeux mais près du coeur.

ABRÉVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CHIC : Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille

CIANE : Collectif Inter-associatif Autour de la Naissance

CPP : Centres Périnataux de Proximité

DIU : Dispositif intra-utérin

DMS : Durée Moyenne de Séjour

ENP : Enquête Nationale Périnatale

EPP : Entretien Prénatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PRADO : Programme d'Accompagnement À Domicile

RPDA : Retour Précoce à Domicile après l'Accouchement

T2A : Tarification À l'Activité

TISF : Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale

UNAF : Union Nationale des Associations Familiales

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION	1
II. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE	4
1. Matériels et méthodes	4
1.1. Les objectifs de l'étude	4
1.2. Les hypothèses de recherche	4
1.3. La durée, le type et le lieu de réalisation de l'étude	5
1.4. La population de l'étude.....	5
1.5. La sélection des patientes	6
1.6. Les outils de recherche	6
1.7. La réalisation et la retranscription des entretiens	7
1.8. L'analyse des entretiens.....	7
III. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	8
1. Caractéristiques de la population	8
2. Grossesse et accouchement	9
2.1. La grossesse	9
2.2. L'accouchement	10
3. Déroulement du séjour en maternité	11
4. Retour à la maison	13
5. Sorties précoces	16
5.1. Les informations reçues en anténatal	16
5.2. Le niveau d'information.....	17

5.3.	La durée de séjour	17
5.4.	Les raisons qui encouragent les patientes à envisager une sortie précoce	18
5.5.	Les raisons qui freinent les patientes à envisager une sortie précoce	20
IV.	ANALYSE ET DISCUSSION.....	24
1.	Principaux résultats	24
2.	Forces et limites de l'étude.....	24
2.1.	Les forces	24
2.2.	Les limites	25
3.	Analyse et discussion des résultats	25
3.1.	Les raisons favorisant la sortie précoce chez les primipares	25
3.2.	Les raisons freinant la sortie précoce chez les primipares	27
3.3.	Le contexte Covid-19	30
3.4.	Le mode d'accouchement	31
3.5.	Le séjour en maternité	31
3.6.	Le retour à domicile	33
3.7.	Des informations anténatales jugées insuffisantes	38
4.	Axes d'amélioration	40
4.1.	Informations et organisations précoces	40
4.2.	Personnaliser le séjour en maternité.....	41
4.3.	Entretien post-natal précoce	42
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE	44
ANNEXES	46

I. INTRODUCTION

La durée d'hospitalisation des femmes après l'accouchement a chuté de façon significative dans de nombreux pays au cours des trente dernières années (1). Bien que cette durée moyenne de séjour soit encore jugée trop longue par les femmes (2,3), et que le parcours de santé tende vers une organisation de moins en moins « *médicalisée* », les principales raisons de cette diminution en France sont surtout de nature politique et économique.

En effet, la fermeture et la fusion de nombreuses maternités faisant suite au Plan de périnatalité de 1998 ont conduit à une diminution du nombre de lits (4). D'après l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2016, le nombre de maternités est passé de 816 en 1995 à 517 en mars 2016 (5).

L'introduction de la Tarification À l'Activité (T2A) mise en place lors de la réforme hospitalière du plan hôpital 2007 (6) a également favorisé la diminution de la durée moyenne des séjours, par souci d'équilibre budgétaire. Ce mode de paiement consiste à payer les établissements de santé en fonction de leur activité. Il présente des avantages pour améliorer l'efficacité et la transparence dans le financement des soins mais aussi un certain nombre de risques (7).

D'après l'Enquête Nationale Périnatale de 2016, la durée de séjour des mères en maternité était en moyenne de 4,0 jours en 2016 avec, depuis 2010, une augmentation de la fréquence des séjours de courtes durées et une baisse de la fréquence des séjours plus longs (5).

Il existe actuellement une controverse : la baisse de la durée du séjour hospitalier a-t-elle des effets néfastes ou bénéfiques sur la qualité des soins (1) ?

En mars 2014, la Haute Autorité de Santé (HAS) élabore de nouvelles recommandations de bonnes pratiques sur les conditions et l'organisation du retour à domicile des mères et de leur nouveau-né après l'accouchement (8). Ces nouvelles recommandations viennent remplacer celles

de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) de 2004 et jouent un rôle central dans la maîtrise des sorties précoces et leur réalisation en toute sécurité.

Parmi elles, la HAS propose les sorties précoces aux patientes éligibles, c'est-à-dire aux couples mère-enfant qui se situent dans une situation de bas risque médical, psychique et social (Annexes I et II).

Deux types de séjours sont proposés :

- Le séjour standard : de 72 heures à 96 heures après un accouchement par voie basse et de 96 heures à 120 heures après un accouchement par césarienne.
- La sortie précoce : au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse et au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne.

Selon la HAS, une fois le bas risque médical, psychique et social correctement défini, la diminution de la durée de séjour ne remettrait pas en cause la sécurité de la dyade mère-enfant, mais dépendrait plutôt de l'organisation de la sortie de la maternité, du suivi médical et de l'accompagnement ultérieur proposés (8).

C'est pourquoi, l'Assurance Maladie a élargi en 2015 son Programme d'Accompagnement à Domicile (PRADO) aux sorties précoces. L'objectif étant de favoriser un retour à domicile plus rapide après une hospitalisation sans complication et de proposer un suivi organisé par une sage-femme libérale. En 2019, 400 000 patientes ont bénéficié du PRADO dont 125 000 sorties précoces (9).

Ceci semble donc être l'une des solutions satisfaisant à la fois la demande des instances politiques ainsi que celle des patientes qui pourront alors retrouver un environnement familial, rassurant et moins médicalisé, tout en prévenant les risques des sorties de maternité trop précoces et/ou insuffisamment préparées.

Dans le Finistère, peu de maternités proposent en anténatal un retour précoce à domicile. Le Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille (CHIC), maternité de niveau II, propose ce type de sortie avec un suivi maternel et pédiatrique organisé (annexe IV).

Depuis février 2020, les sorties précoces ont été intégrées au bilan des indicateurs de santé en maternité du CHIC. Sur les 2046 patientes qui ont accouché depuis cette période, 33,8% (n=691) sont sorties précocement et parmi elles, seulement 25,9 % (n=179) sont des primipares.

Une question se pose alors : pour quelle(s) raison(s) les patientes éligibles aux sorties précoces ne s'en saisissent pas ?

Cette étude s'intéresse au point de vue des patientes primipares seulement. Il nous a semblé essentiel de les interroger afin de comprendre les raisons qui les encouragent, ou au contraire, les freinent à envisager ce type de sortie.

Ce mémoire s'organise en 3 parties : la première partie consistera à présenter notre étude. La seconde sera consacrée à ses résultats. La dernière partie fera l'objet d'une analyse et d'une discussion des réponses obtenues ainsi que de propositions d'axes d'amélioration afin de répondre plus précisément aux besoins des mères et contribuer ainsi à une mise en place optimale des sorties précoces.

II. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

1. Matériels et méthodes

1.1. Les objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de déterminer les raisons qui encouragent, ou au contraire, freinent les patientes éligibles et primipares à envisager une sortie précoce.

L'objectif secondaire est d'évaluer le niveau d'informations reçu en période anténatale concernant les sorties précoces.

1.2. Les hypothèses de recherche

Plusieurs hypothèses ont été soulevées pour répondre aux objectifs :

1.2.1. *Les raisons encourageant une sortie précoce :*

Les primipares souhaitent retrouver rapidement le confort de leur domicile.

1.2.2. *Les raisons s'opposant à une sortie précoce :*

L'inexpérience et le plus grand besoin d'accompagnement des primipares sont des freins à une sortie précoce.

L'allaitement maternel est un frein à une sortie précoce.

1.2.3. *L'anticipation de l'information :*

L'information peut favoriser une sortie précoce si elle est complète et diffusée en amont de la naissance. En revanche, un manque d'information ou une information tardive peut être un frein à une sortie précoce

1.3. La durée, le type et le lieu de réalisation de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative semi-directive et monocentrique, menée du 19 octobre 2020 au 6 février 2021 dans le service de maternité du Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille (CHIC) de Quimper, maternité de niveau IIb.

Une demande d'autorisation d'étude a été accordée par la sage-femme coordonnatrice en maïeutique du CHIC.

1.4. La population de l'étude

1.4.1. Critères d'inclusion

L'étude inclut les patientes primipares ayant accouché et séjournant au CHIC et remplissant les critères d'éligibilité aux sorties précoces selon les recommandations de la HAS. (annexes I et II)

1.4.2. Critères de non-inclusion

- Patientes éligibles mais ne parlant pas français
- Patientes multipares
- Patientes ne remplissant pas l'ensemble des critères d'éligibilité de l'HAS

1.4.3. Critères d'exclusion

- Patientes sortant précocement contre avis médical
- Accouchement à domicile
- Transferts
- Accouchements dans le secret
- Couples mère-enfant dont l'enfant est décédé ou a été hospitalisé
- Refus de participation à l'étude

1.5. La sélection des patientes

Pour s'assurer de la faisabilité de l'étude, nous avons consulté le cahier de maternité du CHIC qui recense le mode de sortie des femmes ainsi que la durée de leur séjour. Sur les 6 mois précédents l'étude, il y avait en moyenne et par mois, 16,6 patientes primipares à sortir précocement. Ainsi, nous avons supposé que la tendance se maintiendrait sur les six mois suivants, à savoir ceux concernés par notre étude.

Des feuilles de présentation et de demande d'accord de participation à l'étude ont été déposées dans chaque bureau de poste de sages-femmes du service de maternité afin de les distribuer aux patientes primipares et éligibles aux sorties précoces. De plus, nous avons régulièrement contacté par téléphone, les sages-femmes de maternité pour savoir si des patientes éligibles y séjournaient.

Ensuite, en amont de chaque entretien, nous avons analysé le dossier des patientes (logiciels informatiques ICOS + ACTIPIDOS + dossier papier) afin de s'assurer de leur éligibilité. Pour faciliter les explorations, nous avons utilisé une grille d'aide à la lecture créée par la HAS (annexe III).

1.6. Les outils de recherche

Plusieurs outils ont été nécessaires pour le recueil de données. Dans un premier temps, nous avons élaboré un guide d'entretien. Il s'agit d'un outil simple et utile pour orienter et rythmer la discussion. Ce guide est composé d'une vingtaine de questions, répertoriées en quatre grands thèmes, constitués chacun d'un ou plusieurs sous-thèmes (annexe IV).

Ce guide n'a pas subi de modifications majeures, mais des questions complémentaires ont été posées au cours de certains entretiens afin d'apporter plus de précision ou pour rebondir sur certaines réponses.

Les entretiens ont été enregistrés anonymement à l'aide d'un dictaphone après l'accord des patientes. Le but étant de faciliter l'échange et d'éviter un temps de rédaction trop long, susceptible d'en interrompre la dynamique.

1.7. La réalisation et la retranscription des entretiens

Les entretiens ont débuté par une rapide présentation de l'étude. L'enchaînement des questions s'est fait selon le guide d'entretien, c'est-à-dire en commençant par des questions d'ordre général pour ensuite cibler les objectifs de l'étude. Le but étant de créer un climat de confiance pour encourager la participation et l'interaction. Tout au long de l'entretien, notre étude a été neutre et emphatique.

Les entretiens ont été numérotés de 1 à 6, par ordre chronologique de réalisation et pour conserver l'anonymat. Ils ont tous été réalisés lors du séjour en maternité, dans la chambre de la patiente interrogée avec parfois la présence du conjoint. La durée moyenne des entretiens a été de dix-huit minutes. L'entretien le plus court a duré onze minutes et le plus long trente minutes.

Les données ont ensuite été retranscrites en verbatim, sur le logiciel de traitement de texte « *Pages* ». Aucune reformulation ou correction de grammaire n'a donc été réalisée afin de conserver l'authenticité des discours. Chaque retranscription d'entretien a bénéficié d'une réécoute et d'une relecture, afin de ne rien oublier.

1.8. L'analyse des entretiens

Une analyse thématique du contenu a ensuite été réalisée. Cette méthode consiste, dans un premier temps, à réaliser un codage de chaque entretien, c'est-à-dire à associer un « mot-clé » à chaque élément pertinent du discours. Au fur et à mesure du processus de codage, des thèmes et sous thèmes apparaissent et permettent d'organiser ces éléments du verbatim dans une grille d'analyse.

III. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Au total, 6 entretiens ont été réalisés. 3 entretiens de patientes primipares sortant précocement et 3 entretiens de patientes primipares sortant selon le mode standard.

1. Caractéristiques de la population

Tableau I : Caractéristiques de la population étudiée

Patiente	Age	Profession	Situation familiale	mode de sortie	Suivi obstétrical	Séances de PNP
n°1	28 ans	psychologue clinicienne	en couple	précoce (< 48h)	Sages-femmes hospitalières	Sage-femme libérale
n°2	25 ans	coiffeuse	mariée	standard	Gynécologue en libéral	Sage-femme hospitalière (2 séances seulement)
n°3	24 ans	commerçante	mariée	standard	sages-femmes hôpital Concarneau	sage-femme libérale
n°4	26 ans	préparatrice en pharmacie	en couple	standard	gynécologue en libéral	sage-femme libérale
n°5	24 ans	éducatrice jeunes enfants	en couple	précoce (entre 48h et 72h)	médecin traitant (DIU gynécologie)	sage-femme libérale
n°6	26 ans	aide soignante	en couple	précoce (entre 48h et 72h)	sage-femme libérale	sage-femme libérale

2. Grossesse et accouchement

2.1. La grossesse

Durant la grossesse, l'ensemble des patientes interrogées se sont senties soutenues par leur entourage (conjoint, famille, amis, professionnels de santé) et la plupart ont déclaré avoir bien vécu leur grossesse.

Cependant, certaines patientes ont fait état de périodes « compliquées » mais transitoires :

La patiente n°1 a eu une grossesse inopinée sous Dispositif Intra-Utérin (DIU), difficile à intégrer au début, mais bien acceptée par la suite : « *Difficile au début... Ouais... À intégrer et puis après, ça a fait son petit chemin.* »

La patiente n°2 pour des douleurs dues à des fibromes, et par rapport à la crise sanitaire : « *Non juste des douleurs à cause de mes fibromes. Sinon à part ça, non, tout s'est bien passé. Sinon, c'était un peu compliqué avec le confinement. Le fait qu'on ne pouvait pas sortir, on se sent trop enfermé.* »

La patiente n°4 s'est plainte de fatigue en début de grossesse, ainsi que d'insomnies en fin de grossesse : « *Eh bien, franchement, pas de souci particulier. Fatiguée au début, premier trimestre, enfin normal, je pense. (...) Et sur la fin par contre les insomnies, je ne m'attendais pas à ça. Je n'avais pas trop entendu parler de ça ! (rires) Je dormais deux heures dans la nuit. Et je pense que c'est pour préparer après. Parce qu'après on ne dort pas (rires). Mais sinon, ça a été, non franchement ça a été.* »

Deux autres patientes ont été gênées à cause des signes « sympathiques » de la grossesse, et particulièrement des nausées :

- Patiente n°4 : « *À part les nausées...Par contre, ça, c'était vraiment contraignant. Et toute la journée, pas forcément que le matin ou le soir.* »

- Patiente n°6 : « *Très bien. C'était une grossesse désirée qui s'est franchement bien déroulée. J'ai cependant été pas mal malade au début et ensuite ça a été mieux.* »

Deux patientes ont signalé des douleurs de dos :

- Patiente n°3 : « *Nickel franchement j'ai pas du tout à me plaindre. J'ai eu un peu de nausées mais sans plus j'ai dû vomir une fois (...) Je me suis fait un lumbago. Donc j'ai eu mal au dos au milieu de ma grossesse.* »
- Patiente n°4 : « *Après prise de poids, donc euh... mal au dos. Des choses comme ça.* »

La patiente n°5 a déclaré avoir eu une période compliquée plus longue, allant jusqu'au septième mois de grossesse : « *Les trois premiers mois ont été très compliqués pour moi émotionnellement, j'avais pas mal de bouleversements hormonaux, j'étais très à fleur de peau, très irritable, c'était compliqué de voir mon corps changer, tout ça... Physiquement, j'ai passé une bonne grossesse. Il n'y a pas eu de souci. C'était vraiment moralement, quoi. Je ne peux pas dire que j'ai « aimé » être enceinte.* »

Les six patientes ont bénéficié de séances de préparation à la naissance et à la parentalité au cours desquelles, ont été transmises des informations concernant le séjour en maternité, le post-partum ainsi que le retour à domicile. Elles ont toutes eu ces séances avec une sage-femme libérale, à l'exception de la patiente n°2, qui les a eu avec une sage-femme hospitalière. Il est à noter que, du fait du contexte sanitaire actuel, les séances se sont déroulés pour la plupart par visioconférence.

2.2. L'accouchement

Toutes les patientes se sont mises en travail spontanément et ont accouché par voie basse. Il y a eu deux extractions : l'une par ventouse pour défaut de progression (patiente n°1) et l'autre par spatules pour défaut d'engagement (patiente n°4).

Cinq patientes ont eu recours à la péridurale et ont déclaré avoir un bon vécu de leur accouchement. En revanche, la patiente n°2 n'a pas souhaité de péridurale et a évoqué quelques

difficultés concernant son vécu d'accouchement : « *Je voulais montrer que j'allais être capable. Enfin, voilà, je voulais aller jusqu'au bout. Mais au moment où on commence à sentir sa tête, c'est là que j'ai un peu changé d'avis, mais c'était déjà trop tard. (rires) (...) Je ne sais pas trop, je ne dirais pas que je fais des cauchemars, mais je ne saurais pas trop comment expliquer le déroulement, tellement c'était difficile. Et pour le moment je ne réalise toujours pas que j'ai bien accouché. C'était un peu compliqué quand même. (...) En fait, ce sont des petits flashes, du coup, ça me fait me réveiller.* »

Nous avons rebondis sur cette information afin d'approfondir le ressenti de la patiente. Après son accord, nous en avons informé l'équipe médicale afin de dépister une éventuelle vulnérabilité psychique pouvant contre-indiquer une sortie.

Notons par ailleurs que cette patiente a été interrogée le lendemain de son accouchement, ce qui pourrait expliquer cet état.

3. Déroulement du séjour en maternité

Toutes les patientes ont été satisfaites de leur séjour en maternité. Tant au niveau de la prise en charge par les professionnels de santé qu'au niveau de leur capacité à prodiguer des soins :

- Patiente n°6 : « *Le personnel est super. Tout nous a parfaitement été expliqué. J'ai très bien vécu mon séjour, je n'ai rien à redire.* »
- Patiente n°3 : « *Dès que j'appelle pour un souci, il y a quelqu'un qui arrive dans les cinq minutes. (...) Et puis, je me sens bien, je suis à l'aise.* »

Deux patientes ont tout de même signalé des douleurs modérées rendant quelque peu difficile leurs déplacements. Des douleurs osseuses pour la patiente n°1 et des douleurs liées aux points de suture pour la patiente n°2.

- Patiente n°2 : « *Ouais ça va, ça se passe très bien. Juste le fait que je n'arrive pas trop à marcher. Un peu normal, mais sinon, à part ça, dans l'ensemble, non, ça se passe très bien.* »
- Patiente n°1 : « *Tout se passe bien d'une manière générale. J'ai un peu des douleurs moi, sur moi mais en tout cas le personnel, on peut poser des questions, enfin, c'est.. tout se passe bien !* »

Trois patientes (patiente n°3, 5 et 6) ont déclaré avoir reçu de bons conseils de la part des professionnels de santé.

- Patiente n°6 : « *Si j'ai des questions je sais qu'il y aura quelqu'un pour y répondre. Donc ça va !* »
- Patiente n°5 : « *On a eu des explications très claires à chaque fois. Donc il n'y a pas eu de souci.* »
- Patiente n°3 : « *Dès que j'ai une question, les gens me répondent et sont très agréables.* »

En revanche, deux patientes ont dit avoir été perdues face à la discordance des conseils transmis, notamment en matière d'allaitement:

- Patiente n°4 : « *Eh bien ça va, mais c'est l'allaitement qui est compliqué à mettre en place. On a beaucoup d'informations un peu contraires, un peu tout le monde qui a son « truc » et à chaque fois. (...) Ce qui est bien c'est qu'il y a différentes personnes, mais ce qui n'est pas bien, c'est qu'on nous dit des choses différentes, on va nous dire quelque chose et son contraire.* »
- Patiente n°5 : « *Très bien, ça s'est très bien passé, l'équipe est vraiment top, après il y avait quelques divergences d'avis. Là, c'était entre deux auxiliaires de puériculture principalement. Mais sinon, non, très bien.* »

À propos du mode d'alimentation, deux patientes (patientes n°3 et 4) ont fait le choix d'allaiter exclusivement leur nouveau-né. La patiente n°2 a opté pour l'allaitement mixte et les trois autres patientes (patientes n°1, 5 et 6) ont choisi l'alimentation artificielle.

Aucune des six patientes interrogées n'a déclaré avoir rencontré de difficultés « majeures » lors de son séjour. Néanmoins, des « inquiétudes » concernant la mise en place de l'allaitement et le bain ont été rapportées :

- Patiente n°4 : « *Non, non, ça va. C'est bien parce qu'on a tout à disposition. Mais ma grosse inquiétude, c'est de me dire « est-ce que j'aurais pas mieux fait de faire l'alimentation artificielle, pour qu'il ait ce qu'il faut » parce que là, je me dis que pour l'instant, il n'a pas ce qu'il faut. Mais sinon, non franchement, ça va. Après, peut-être qu'à la maison j'aurai peur, je ne sais pas (rires).* »
- Patiente n°3 : « *Il y a juste le bain qui m'inquiète. J'ai déjà changé les couches d'enfants en bas âge et donner le biberon mais donner le bain je n'ai jamais fait. Donc je pense que de ce côté-là j'aurais besoin d'un coup de main. Et puis, bah, continuer à trouver la bonne position lors de l'allaitement. Autrement ça va. Une fois que j'aurais pris le pli de tout ça, ça devrait le faire.»*

La patiente n°5 n'a pas relevé de difficulté particulière mais son conjoint, également présent lors de l'entretien, a mentionné une certaine appréhension lors de la manipulation de son bébé. « *C'est de la confiance en moi, c'est juste que j'ai besoin de me rassurer. Je sais faire mais il faut que je comprenne que je sais faire. C'est de l'appréhension un peu.* »

4. Retour à la maison

Toutes les patientes ont déclaré être bien entourées par la famille ou des amis dans l'éventualité où elles auraient besoin d'aide à la sortie de maternité.

Concernant l'accompagnement à domicile proposé après la sortie, toutes ont affirmé l'indispensabilité du passage de la sage-femme libérale. Quatre patientes ont souligné l'aspect « rassurant » d'avoir un suivi médical à la maison :

- Patiente n°1 : « *C'est rassurant, on n'est pas vraiment toute seule. On ne passe pas d'un truc super encadré, à plus rien.* »
- Patiente n°4 : « *C'est rassurant parce qu'on ne sera pas « lâchée » totalement non plus (rires) et en même temps on a hâte aussi de rentrer.* »
- Patiente n°5 : « *Moi, je trouve ça vraiment très très bien qu'elle passe dans les premiers jours finalement, pour se rassurer. Et puis il va y avoir des questions qui vont émerger arrivées à la maison, qu'on n'a pas spécialement anticipé là. (...) Je ne réalise pas trop, parce que je suis dans ma bulle de l'hôpital, je pense que le retour à domicile, il y aura peut-être des questions de pratique finalement, qu'on ne peut pas anticiper avant.* »
- Patiente n°6 : « *Moi, je trouve ça bien, ça nous permet, en cas de questions d'être rassurée, de pouvoir y répondre et de pouvoir se sentir encore plus entourée.* »

La notion de « confort » d'un suivi à domicile est également rapportée par deux patientes :

- Patiente n°3 : « *Je trouve ça très bien. On ne sait pas si on sera en capacité une fois rentrée à la maison de pouvoir sortir avec le bébé et d'aller dans un cabinet. Donc là au moins, la sage femme vient à la maison et donc que l'on soit fatiguée ou pas, c'est pas grave puisque c'est elle qui se déplace.* »
- Patiente n°4 : « *C'est bien je trouve, comme ça on a quelqu'un qui passe dans notre environnement.* »

À propos de l'organisation du suivi à domicile, l'ensemble des patientes avait déjà eu un premier contact avec la sage-femme libérale référente, qui allait organiser le suivi post-partum. Il s'agissait pour la plupart, de la sage femme ayant fait les séances de préparations à la naissance et à la parentalité.

Lors de nos entretiens, 3 patientes (patientes 1, 4 et 6) avaient déjà convenu d'un rendez-vous avec leur sage-femme libérale. Les 3 autres (patiente n°2 et 3 et 5) attendaient de connaître la date définitive de sortie pour programmer un rendez-vous mais avaient déjà sollicité leur sage-femme libérale.

- Patiente n°2 : *« Tout est prêt. Je dois juste savoir quand est-ce qu'ils vont me libérer ici. Ensuite ma sage-femme, va me donner un rendez-vous, justement, pour passer à la maison. »*
- Patiente n°5 *« Eh bien, du coup il faut que j'appelle la sage-femme pour qu'elle passe demain. Et il faut que je prenne rendez-vous chez mon médecin traitant. On n'a pas organisé les soins médicaux mais c'est globalement vu déjà. La sage-femme nous avait dit que quand on savait la date de sortie, on l'appelait puis on organisait ça dans la foulée. »*
- Patiente n°6 : *« Oui, le rendez-vous avec la sage-femme est pris. On a rendez-vous la semaine prochaine pour la visite de 10 jours et on a également un rendez-vous pour les premier et deuxième mois. »*
- Patiente n°4 *« Oui, du coup, j'ai rendez-vous avec la sage-femme. Elle nous avait dit qu'il y avait des rendez-vous après à domicile, qu'elle pouvait faire. Et son rendez-vous du 8ème jour aussi est pris, avec un médecin traitant, comme ça c'est fait ! (rires) Tout est bon ! »*

Concernant le suivi pédiatrique, trois patientes avaient déjà programmé un rendez-vous avec un pédiatre ou un médecin traitant, pour l'examen du 8ème jour (patientes n°1, 4, 6). Les patientes n° 2, 3 et 5 étaient au courant de ce rendez-vous à prendre et devaient le faire.

5. Sorties précoces

5.1. Les informations reçues en anténatal

La moitié des patientes seulement, ont reçu en anténatal, des informations à propos de la sortie précoce :

- La patiente n°1, lors de l'entretien prénatal précoce (EPP) avec sa sage-femme libérale après avoir exprimé son désir de sortir rapidement après l'accouchement. *« Je lui en ai parlé que je n'étais pas forcément pour les séjours longs, que je redoutais en fait plus le séjour à la maternité que l'accouchement en lui-même. Donc elle m'a dit « Mais vous pouvez rentrer un peu plus tôt si vous le voulez. » »*
- La patiente n°5 a déclaré avoir abordé avec sa sage-femme libérale la possibilité de sortir précocement lors de séances de préparation à la naissance et à la parentalité. *« La sage-femme libérale nous a dit que c'était possible, mais je ne savais pas que ça pouvait être un projet à anticiper. Elle nous a dit que c'était parfois possible, si le bébé avait bien repris du poids et que tout s'était bien passé, que la suite de couche ça allait. Mais pas dans le détail non plus. Elle conseillait de rester le temps qu'il fallait vraiment à la maternité, pour se poser et vu que c'était un premier surtout... Elle n'a pas trop insisté vu que c'était un premier. Moi je ne pensais pas que ça pouvait être anticipé en projet, avant même d'avoir accouché finalement. Sinon, je savais que ça se faisait mais je pensais plus que c'était pour des 2ème. »*
- La patiente n°4 quant à elle, a eu deux fois l'information. La première fois, à l'hôpital, lors de la consultation du 9ème mois, et la seconde fois, lors de séances de préparation à la naissance et à la parentalité avec sa sage-femme libérale.

L'autre moitié (patientes n° 2, 3 et 6) n'a pas eu d'informations en anténatal concernant les sorties précoces. L'une d'entre elle (patiente n°3) pensait qu'il s'agissait d'une naissance avant terme. Néanmoins, ces patientes ont été informées de cette possibilité, lors de leur séjour,

avec la sage-femme de maternité. Ainsi, la patiente n°6 a pu bénéficier d'une sortie précoce et est sortie à J2 (H54).

5.2. Le niveau d'information

Les patientes ont jugé regrettable que le niveau d'information sur les sorties précoces soit insuffisant :

- Patiente n°1 : « *J'en n'avais jamais entendu parlé avant donc c'est dommage, c'est bien d'être informé de tout ce qu'il y a derrière.* »
- Patiente n°5 : « *Je ne sais pas si ça aurait changé quelque chose, mais ça aurait été intéressant de savoir que c'était possible.* »
- Patiente n°6 : « *Eh bien du coup je n'étais pas trop trop informée. (rire) Donc c'est dommage qu'il y ai un manque d'informations à ce sujet.* »

5.3. La durée de séjour

Concernant la durée idéale de séjour en maternité, deux des trois patientes sorties précocement ont estimé à deux jours la durée idéale de séjour en maternité :

- Patiente n°1 : « *Je me dis qu'en deux jours, on a le temps d'avoir le plus d'informations possibles. 24h je trouve ça tôt par contre, dès l'arrivée, on sort !* »
- Patiente n°5 : « *Eh bien là comme j'ai fait du coup je trouve ça vraiment bien. Deux journées complètes avec deux nuits.* »

La troisième patiente ayant opté pour une sortie précoce (patiente n°6) a considéré qu'il n'y avait pas de durée de séjour idéale: « *Je pense que c'est un peu au cas par cas, en fonction de comment va bébé et de comment va la maman.* »

Les trois patientes sorties selon le mode standard ont estimé que la durée idéale de séjour en maternité était de trois jours, voire plus en cas d'allaitement :

- Patiente n°2 : « *Les trois jours ça va, le temps de voir si tout se passe bien pour nous deux. Par précaution trois jours c'est bien. Ça me rassure.* »
- Patiente n°4 : « *Trois jours je pense que c'est bien. Mais euh...(hésitation) quand même, je trouve qu'avec l'allaitement, si ce n'est pas mis en place, ça fait un peu juste. »*

5.4. Les raisons qui encouragent les patientes à envisager une sortie précoce

Nous avons classé les différentes raisons par ordre de fréquence.

1) Désir de retrouver l'entourage (mari, famille, proches)

- Patiente n°5 : « *Et puis comme mon conjoint ne reste pas la nuit, j'avais envie d'être à la maison (...) Prendre ses marques à trois »*
- Patiente n°4 : « *Je sais que si j'avais plusieurs enfants, je me dirais « j'ai hâte de rentrer » si tout s'est bien passé, pourquoi rester ? On connaît, on sait. »*
- Patiente n°3 : « *L'avantage c'est que je pourrai profiter de ma famille et fêter Noël »*
- Patiente n°1 : « *Et là en plus, avec la crise, il n'y a personne qui peut venir nous voir. On est que tous les deux. Toutes les sorties sont définitives en plus, donc il y a eu un poids en plus, qui fait que oui, j'ai hâte de rentrer. »*

2) Confort du domicile

- Patiente n°1 : « *Rentrer chez soi, c'est le plus gros avantage (rires). De retrouver le cocon plus facilement. Et puis, je me sens bien chez moi, je ne voyais pas l'intérêt de prolonger, d'être ici alors que je ferai la même chose chez moi, voire même mieux, je serai plus détendue à la maison. Et puis il y a les va-et-vient du personnel, les repas d'hôpitaux aussi... »*
- Patiente n°5 : « *J'ai hâte de retrouver mon confort à la maison, mes habitudes.(...) Pouvoir se retrouver dans son environnement plus rapidement. »*
- Patiente n°6 : « *L'avantage qui ressort c'est d'être plus tôt à la maison (rire). On est quand même mieux à la maison qu'à l'hôpital. »*

Les trois prochaines raisons ont été évoquées à la même fréquence.

3) Ressenti

- Patiente n°5 : « *Moi je me sens prête, après je pense que ça dépend de chaque personne. Peut être que d'autres c'est avant et d'autres après. Et puis, je ne suis pas très douloureuse aussi, donc que je pense qu'il y a de ça aussi. »*

4) Mode d'alimentation

- Patiente n°5 : « *Et les biberons je pense que ça facilite aussi, on sait ce que notre bébé boit, enfin, il y a moins de questions qu'avec un allaitement. »*

5) Heure d'accouchement

- Patiente n°5 : « *Je ne pensais vraiment pas demander une sortie précoce. Je pense que si j'avais accouché plus tard dans la journée, je n'aurais pas spécialement demandé, mais là,*

c'est le fait qu'il y ait eu tout samedi et tout dimanche finalement. On l'avait pas envisagé spécialement, pas du tout, même. »

6) Mauvais vécu des hôpitaux

Patiente n°1 : *« Je ne suis pas très fan des hôpitaux. J'ai eu un vécu assez traumatique des hôpitaux, donc je n'avais pas envie de rester là. (rires) »*

7) Aucun avantage

La patiente n°2, quant à elle, ne voit aucun avantage à sortir plus tôt.

5.5. Les raisons qui freinent les patientes à envisager une sortie précoce

Nous avons classé les différentes raisons par ordre de fréquence.

1) Manque d'assurance et besoin de sécurité

- Patiente n°6 : *« À la maternité si jamais on a un petit souci ou quelque chose, on peut appeler quelqu'un directement, alors qu'à la maison on est beaucoup plus livré à soi-même. »*
- Patiente n°3 : *« Je préfère rester (...) me sentir à l'aise et me dire que c'est bon, je peux partir et m'occuper de mon bébé. »*
- Patiente n°2 : *« Ici, ils examinent si tout va bien, parce qu'après je ne sais pas comment ça va être à la maison et tout ça. Il faut se sentir prête. Il ne faut pas partir et au final rappeler pour revenir »*
- Patiente n°4 : *« Eh bien... (hésitation) il faut le temps de s'habituer au bébé aussi. »*

- Patiente n°5 : « *Je pense qu'il faut vraiment se sentir prête, c'est pour ça anticiper une sortie précoce, j'ai du mal à savoir comment c'est possible, puisque finalement ça dépend de beaucoup de facteurs. De comment l'accouchement s'est passé, de comment le bébé va, de comment la maman va, de comment le papa va... Donc, j'aurais eu du mal à anticiper, à dire : je veux une sortie précoce. »*

2) Besoin de conseils et d'accompagnement

- Patiente n°1 : « *C'est vrai qu'on nous apprend plein de choses pour un premier bébé quand on reste ici, mais bon, je pense qu'en deux jours, on peut condenser ce qui peut se faire en 3 jours, enfin j'espère ! »*
- Patiente n°5 : « *On aime bien recevoir tous les conseils, on ne sait pas trop à quoi s'attendre... »*
- Patiente n°3 : « *Je préfère rester et en apprendre un maximum (...) Parce que si je pars plus tôt mais que je ne sais rien faire alors OK je serai tranquille à la maison, mais ça pourrait vite devenir la panique, c'est mitigé. »*

3) Fatigue et douleurs

- Patiente n° 4 : « *Il faut le temps de se remettre aussi physiquement, parce que le lendemain, physiquement, ça aurait été compliqué je pense de rentrer à la maison et de devoir s'occuper de tout, tout de suite. »*
- Patiente n°2 : « *Pour moi, je ne serais pas encore prête, surtout au niveau de mes douleurs et tout ça vu que j'ai du mal à marcher. »*
- Patiente n°5 : « *Je pense que si on est douloureuse, c'est bien de rester. »*

5.6. Ressenti

Lorsque nous avons demandé aux patientes sortant précocement, leur ressenti si jamais elles devaient rester plus longtemps en maternité, deux d'entre elles ont répondu qu'elles auraient été déçues :

- Patiente n°5 : *« Je pense que ça m'aurait déprimé parce que du coup je m'étais mise en tête de sortir aujourd'hui. Je pense que j'aurais trouvé dur de devoir rester une journée entière de plus. Mais si c'était pour des raisons médicales par rapport à la petite, j'aurais compris, je me serais dis « c'est comme ça ». »*
- Patiente n°6 : *« Eh bien je serai un peu dégoûtée (rire). Mais s'il y a besoin de rester plus longtemps eh bien je resterai plus longtemps sans problème. »*

En revanche, la patiente n°1 n'aurait pas été gênée de prolonger son séjour : *« Ça ne serait pas une fatalité. Ce n'est pas une grosse angoisse comme j'ai pu le penser il y a un mois. Si on m'avait posé la question il y a un mois, ça aurait été hors de question de rester un jour de plus ou alors j'accouchais chez moi. Mais là, c'est moins grave et puis le personnel est sympa. »*

Les patientes ayant opté pour la sortie standard, auraient quant à elles, refusé de sortir précocement :

- Patiente n° 2 : *« Pour moi, je ne serais pas encore prête. Surtout au niveau de mes douleurs et tout ça vu que j'ai du mal à marcher. Je préfère prendre le temps de me remettre d'abord. »*
- Patiente n°3 : *« Je serais restée à l'hôpital. Par contre si ça avait été pour une deuxième grossesse mon avis aurait sûrement été différent. Je préfère être sûre d'avoir toutes les cartes en main et de faire les choses bien pour un premier enfant. »*

- Patiente n°4 : *« Je ne me serais pas bien sentie. Je sais que ça aurait été pour s'en occuper mais pour l'allaitement ça aurait été un échec... Oui, je me serais sentie un peu « abandonnée ». »*

IV. ANALYSE ET DISCUSSION

1. Principaux résultats

Notre étude démontre que diverses raisons encouragent et freinent les patientes primipares à sortir précocement. Les principaux avantages recensés sont le désir de retrouver l'entourage proche ainsi que le confort de son environnement propre. Concernant les principaux freins évoqués, nous retrouvons principalement le besoin d'assurance et de sécurité qu'offre le milieu hospitalier ainsi que le besoin de conseils et d'accompagnement à la parentalité.

Notre étude révèle également le manque, voire l'absence d'informations sur les sorties précoces en anténatal : seulement la moitié des patientes interrogées ont reçu des informations à ce sujet durant leur grossesse. Quant à l'autre moitié, les informations ont été transmises lors du séjour en maternité par la sage-femme de garde.

2. Forces et limites de l'étude

2.1. Les forces

La principale force de notre étude porte sur la méthodologie employée. Mener l'étude au travers d'entretiens semi-directifs permet d'apporter une plus grande richesse, ainsi que d'approfondir et d'explicitier certains points. Les réponses des patientes ont été recueillies par l'intermédiaire de questions ouvertes, offrant une expression libre et propre à chaque patiente sans guider leur réponse.

Les dossiers ont été étudiés au cas par cas, afin de s'assurer de l'éligibilité des patientes aux sorties précoces selon les recommandations de la HAS. De plus, nous nous sommes assurés de la fiabilité de l'analyse des données, en effectuant une retranscription minutieuse des entretiens.

Enfin, plusieurs études ont été réalisées au sujet des sorties précoces. Néanmoins, s'agissant pour la plupart d'études quantitatives, peu d'entre elles distinguaient la parité. Les patientes choisissant la sortie précoce sont majoritairement des multipares, ayant déjà une expérience de retour à domicile et désireuses de regagner rapidement leur cocon familial. Nous avons donc trouvé intéressant d'étudier le point de vue des primipares uniquement.

2.2. Les limites

Premièrement, les 6 entretiens réalisés n'ont pas été suffisants pour atteindre la saturation des données. Nous n'avons pas pu obtenir le nombre souhaité de patientes pour diverses raisons :

Tout d'abord, le CHIC distingue les sorties précoces avant 48 heures, de celles entre 48 heures et 72 heures. Ainsi, certaines sages-femmes pensaient que l'étude ne concernait que les patientes primipares sortant avant 48 heures, réduisant donc le nombre potentiel de participantes.

De plus, peu de sorties précoces chez les primipares sont anticipées, réduisant encore les chances d'obtenir des entretiens.

Malgré le faible nombre de patientes interrogées, leur implication dans l'étude a permis des entretiens riches et exploitables.

Ensuite, nous n'avons pas eu la possibilité d'inclure dans notre étude, de patientes ayant accouché par césarienne. Ainsi, la population de notre étude n'est pas le reflet de la population générale en maternité, ce qui constitue un biais de sélection. Cependant, ce biais est à relativiser car une étude qualitative n'a pas pour but d'étendre les résultats à la population générale.

3. Analyse et discussion des résultats

3.1. Les raisons favorisant la sortie précoce chez les primipares

3.1.1. *Retrouver son entourage proche*

Le choix d'un retour précoce à domicile se justifie en premier lieu par le souhait de retrouver rapidement l'entourage proche. Chez les patientes multipares, il a été démontré que la raison principale pour laquelle les patientes sortaient précocement était de rejoindre leur famille le plus tôt possible (3, 10, 11).

Notre étude suggère que c'est également le cas pour les patientes primipares. Nombreuses sont celles qui souhaitent rentrer précocement pour partager les premiers moments à trois et bénéficier du soutien de leur conjoint jour et nuit, ce qui n'est pas toujours le cas en maternité.

Nos résultats sont comparables à ceux de l'enquête réalisée par le CIANE : « *D'autres femmes souhaitent rejoindre au plus vite leur famille : c'est notamment le cas pour les multipares, mais aussi pour les primipares qui sont un certain nombre à regretter que le père ne puisse pas dormir à la maternité ; il s'agit bien sûr de partager ces moments-là, mais surtout de bénéficier du soutien du père en permanence et notamment la nuit.* » (2)

3.1.2. Retrouver le confort du domicile

En second lieu vient le souhait de retrouver le confort du domicile. Les patientes se sentent mieux chez elles, qu'à l'hôpital et ne voient donc pas l'intérêt d'y rester plus que nécessaire.

Ces résultats sont également semblables à ceux de l'enquête réalisée par le CIANE où le manque de confort, le bruit, ainsi que les nombreux passages des différents professionnels de santé sont vécus comme une source de fatigue et font partis des raisons pour lesquelles les patientes souhaitent rentrer plus tôt chez elles (2).

Cette notion ressort également dans plusieurs témoignages recueillis par l'enquête de satisfaction de l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) de 2010 : « *Dans les hôpitaux, impossible de se reposer tant il y a du bruit, de nombreuses et tardives visites de l'équipe soignante. Autant rentrer chez soi plutôt que d'être réveillée à tout bout de champ.* » (12)

3.1.3. L'heure d'accouchement

Une autre raison non négligeable à prendre en compte, et qui a incité deux de nos patientes à sortir précocement est l'heure de leur accouchement. En effet, une femme ayant accouché tôt le matin bénéficiera d'une journée d'hospitalisation supplémentaire appelée « J0 » tandis qu'une patiente ayant accouché en début de nuit sera rapidement considérée à « J1 ».

LES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE SUR LES RAISONS ENCOURAGEANT UNE SORTIE PRÉCOCE

L'hypothèse : « Les primipares souhaitent retrouver rapidement le confort de leur domicile » est **validée** :

- ❖ Il s'agit de la seconde raison la plus citée par nos patientes, après le désir de retrouver leur proches.

3.2. Les raisons freinant la sortie précoce chez les primipares

3.2.1. Le manque d'assurance et le besoin de sécurité

Bien que certaines patientes se sentent aptes à rentrer rapidement chez elles, d'autres, ont besoin d'un peu plus de temps pour se sentir à l'aise.

La disponibilité immédiate d'un professionnel de santé qu'offre le milieu hospitalier est rassurante pour les patientes, ce que les sages-femmes libérales ne sont pas en mesure de garantir.

Nous retrouvons ces résultats dans le mémoire d'Andreia Bessa Do Amaral Coutinho réalisé en 2016 et portant sur le retour précoce à domicile : « *les inconvénients les plus souvent mis en avant sont l'absence de la proximité des professionnels à chaque instant, ainsi qu'un manque d'accompagnement à la parentalité.* » (11)

3.2.2. *Le besoin de conseils et d'accompagnement*

Le séjour en maternité est un moment privilégié pour diffuser un maximum d'informations. Nombreuses sont les patientes qui, pour un premier enfant, souhaitent rester à l'hôpital pour bénéficier du maximum de conseils et d'accompagnement sur les soins de puériculture et la parentalité.

Nos résultats s'accordent avec ceux de l'étude citée précédemment où l'argument le plus souvent mis en avant pour justifier la nécessité d'un séjour plus long est la volonté des patientes à avoir davantage d'informations sur les soins et la parentalité (11).

Les résultats du mémoire de Kim Laroutis portant sur l'éligibilité et les freins à la sortie précoce illustrent également ces propos : *« les patientes ont exprimé leur besoin de conseils concernant les soins de leur nouveau-né dans les premiers jours suivants l'accouchement. »* (10) Il est intéressant de noter que d'après cette étude, *« les primipares ont à priori besoin de plus de conseils et d'un accompagnement par une équipe pluridisciplinaire que les multipares. »* (10)

3.2.3. *La fatigue et la douleur*

Les douleurs périnéales ou de bassin, suite au passage du nouveau-né dans la filière génitale entraînent des difficultés de mobilisation pouvant constituer un frein à la sortie précoce. Les patientes douloureuses préfèrent rester plus longtemps hospitalisées afin de pouvoir se reposer davantage.

Nous retrouvons ces résultats dans le travail d'Andreia Bessa Do Amaral Coutinho : *« il apparaît ici que l'existence de lésions peut rendre les femmes moins aptes à envisager le Retour Précoce à Domicile après l'Accouchement (RPDA). La fatigue physique en lien avec la douleur souvent ressentie par ces femmes peut l'expliquer. De plus, les femmes dont le périnée a été lésé peuvent ressentir le besoin d'un séjour plus long, afin de bénéficier de plus d'informations notamment sur les conséquences de ces lésions, ou sur la reprise du transit intestinal. »* (11)

3.2.4. *Le mode d'alimentation du nouveau-né*

Aucune des femmes interrogées dans notre étude n'a mentionné l'allaitement maternel comme un frein aux sorties précoces. Cependant, nous constatons que nos patientes sorties précocement ont toutes opté pour une alimentation artificielle, et que nos patientes souhaitant prolonger leur séjour ont toutes débuté un allaitement maternel.

Néanmoins, les résultats du bilan annuel de 2020 du CHIC ont montré que 51,4% (n=92) des patientes primipares sorties précocement ont opté pour une alimentation artificielle et que 48,6 % (n=87) ont décidé d'allaiter leur enfant.

Il est à noter que parmi celles ayant choisi d'allaiter, 89,7% (n= 78) ont quitté la maternité en continuant l'allaitement maternel exclusif. En revanche 8 % d'entre elles (n= 7) ont changé de mode d'alimentation et sont passées aux biberons et 2,3% (n=2) sont passées d'un allaitement maternel à un allaitement mixte.

Ainsi, l'alimentation artificielle et l'allaitement maternel représentent chacun une part équivalente du mode d'alimentation.

Une revue systématique Cochrane publiée en 2002 illustre nos propos : « *Les politiques de sortie postnatale précoce des mères en bonne santé et de leurs nourrissons nés à terme ne semblent pas avoir d'effets indésirables sur l'allaitement lorsqu'elles sont associées à une politique consistant à proposer aux femmes au moins une visite à domicile d'une infirmière/sage-femme suite à leur sortie.* » (1)

Ainsi l'allaitement maternel ne semble pas constituer un frein aux sorties précoces.

3.3. Le contexte Covid-19

Les avis concernant les restrictions de visites du fait du contexte sanitaire sont controversés. En effet, certaines patientes ont vu ces restrictions comme un avantage, leur permettant de se reposer un maximum. D'autres, en revanche, les ont considérées comme un frein supplémentaire, les incitant à vouloir rentrer plus tôt chez elles.

À ce propos, la HAS a élaboré en avril 2020 des réponses rapides portant sur les conditions et l'organisation du retour à domicile des mères et de leurs enfants durant la pandémie de covid-19.

L'hôpital étant considéré comme un cluster COVID-19, il est recommandé d'organiser pour les couples mère-enfant à bas risque médical, psychique et social, une sortie précoce en encourageant les mères à poursuivre ou établir un lien avec une sage-femme libérale.

LES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE SUR LES RAISONS S'OPPOSANT À UNE SORTIE PRÉCOCE

L'hypothèse : « L'inexpérience et le besoin d'accompagnement des primipares sont des freins à la sortie précoce » **est partiellement validée :**

- ❖ L'inexpérience n'a pas été rapportée comme étant un frein à la décision de sortir précocement. En revanche, le besoin d'accompagnement est la seconde raison la plus citée pour laquelle les primipares refusent une sortie précoce.

L'hypothèse : « L'allaitement maternel est un frein à la sortie précoce » **n'est pas validée :**

- ❖ Aucune patiente n'a évoqué l'allaitement maternel comme étant un frein à une sortie précoce.

3.4. Le mode d'accouchement

D'après l'ENP de 2016, la fréquence des sorties précoces de la maternité est passée de 3,3 % en 2010 à 5,0% en 2016 pour les accouchements par voie basse et de 2,8 % en 2010 à 5,8 % en 2016 pour les accouchements par césarienne (5).

Nos patientes ayant toutes accouchées par voie basse, nous n'avons pas pu recueillir les points de vues de patientes césarisées.

Cependant, l'analyse du bilan d'indicateurs en maternité du CHIC de 2020 montre que sur les 179 primipares sorties précocement, 62,6 % (n = 112) d'entre elles ont accouché par voie basse et 37,4 % (n = 67) ont été césarisées.

Ainsi, nous pouvons nous demander si les patientes ayant accouché par voie basse ne sont pas plus nombreuses à sortir précocement. Une étude à plus grande échelle pourrait certainement mettre en évidence l'influence de la voie d'accouchement sur la décision prise pour sortir précocement.

3.5. Le séjour en maternité

3.5.1. *L'avis des patientes*

Les patientes interrogées ont déclaré être satisfaites de leur prise en charge durant leur séjour en maternité. Que ce soit sur le plan physique ou sur le plan psychologique, elles se sont toutes senties bien accompagnées par l'équipe médicale.

En revanche, certaines femmes ont été déroutées face aux informations, souvent contradictoires, émanant des professionnels de santé. Des propos similaires ont été rapportés dans l'enquête « *Regards de femmes sur leur maternité* » menée par l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) en 2010 : « *Une proportion non négligeable de femmes déclare*

que les informations qui leur ont été données ont été non exhaustives, souvent contradictoires.» (12)

Il est nécessaire que l'équipe médicale s'accorde sur les informations données, notamment en ce qui concerne l'allaitement. Cela est important pour assurer une prise en charge optimale mais aussi pour éviter une défiance des patientes quant aux compétences professionnelles.

3.5.2. La durée du séjour

L'analyse de nos résultats démontre que les femmes sont satisfaites de la durée de leur séjour en maternité. Les femmes sortant précocement jugent que la durée de séjour de deux ou trois jours est appropriée et répond à leurs attentes. Et les femmes restant un ou deux jours supplémentaires en sont tout autant satisfaites.

Nous résultats s'accordent avec ceux de l'enquête menée par le CIANE en 2012, dans laquelle l'appréciation des femmes sur leur durée de séjour a été évaluée. En s'intéressant aux résultats concernant les primipares ayant accouché par voie basse et sortant dans les trois jours ou moins, on remarque qu'un peu plus de la moitié des femmes ont jugé appropriée la durée de leur séjour en maternité (54%), alors que 32% l'ont jugée trop longue et 14 % trop courte (2).

Ces résultats rejoignent ceux menée par l'UNAF où 74% des femmes ont jugé la durée de séjour suffisante, 17% trop longue et 7% trop courte (12).

Ainsi, il ne semble pas y avoir de durée de séjour « idéale ». L'appréciation de la durée de séjour dépend de chaque femme et de chaque situation. Qu'elles soient primipares ou multipares, les femmes doivent pouvoir choisir le mode de sortie qui leur conviennent le mieux : celles qui souhaitent rentrer précocement à leur domicile doivent pouvoir le faire. Et à l'inverse, celles qui ressentent le besoin d'être accompagnées, doivent pouvoir séjourner plus longtemps.

3.6. Le retour à domicile

L'objectif de l'accompagnement à domicile est d'assurer une continuité de soins, de dépister et de prévenir une situation à risque, mais aussi accompagner la mère dans les difficultés qu'elle peut rencontrer une fois rentrée à la maison, notamment en cas d'allaitement. Cela est d'autant plus important pour une sortie précoce où certaines complications peuvent apparaître à distance de l'accouchement (8).

3.6.1. Les professionnels impliqués

Dans le cadre de l'organisation du parcours de soins, la HAS recommande d'inciter les parents à choisir, dès la période anténatale le professionnel référent du suivi avec l'établissement d'un premier contact avant la naissance.

Différents professionnels de santé, hospitaliers ou libéraux, peuvent assurer le suivi et l'accompagnement de la mère et de l'enfant en période postnatale. Le professionnel dit « *réfèrent du suivi* » coordonne les différents professionnels impliqués et se doit d'orienter la femme vers d'autres professionnels en cas de complications. Il peut s'agir de la sage-femme ayant suivi la grossesse, d'une autre sage-femme libérale, d'une sage-femme de centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI), ou d'un médecin (généraliste ou spécialiste). Pour une meilleure continuité de la prise en charge, le professionnel de santé ayant suivi la femme en anténatal est à privilégier systématiquement (8).

Dans notre étude, nous remarquons que le professionnel référent du suivi choisi par la patiente est souvent la sage-femme libérale ayant suivi la grossesse. Cela s'explique du fait qu'il existe une relation de confiance soignant/soignée, rendant ainsi l'accompagnement plus rassurant pour les patientes.

D'autres professionnels peuvent intervenir de façon coordonnée dans la prise en charge et le suivi de la mère et de l'enfant (tels que des gynécologues-obstétriciens, pédiatres, psychiatres, infirmières puéricultrices, auxiliaires de puériculture, consultants en lactation, psychologues,

assistantes sociales et techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF)), mais également des structures organisées en réseaux de soins.

La loi du 4 mars 2002 du Code de la santé publique, article L6321-1 dispose que « *les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaire* ».

Le plan périnatalité 2005-2007 a contribué à développer les réseaux de proximité, avec comme objectif « *de garantir le meilleur accès aux soins pour l'ensemble de la population et améliorer la qualité de la prise en charge de la mère et de son enfant autour de la naissance* ». (6)

D'après la HAS, le travail en réseau ville-hôpital et le recours aux réseaux en périnatalité qui existent déjà est à privilégier. Une bonne coordination des services hospitaliers avec les réseaux des villes facilite la prise en charge des femmes et de leur nouveau-né à la sortie de la maternité. Les réseaux de santé en périnatalité sont les plus à même de connaître les spécificités de leur territoire et leur communauté. Le travail en réseau permet également d'assurer une cohérence du discours, des pratiques, et facilite les réorientations pour avis médical le cas échéant. (8)

D'après l'Enquête Nationale périnatale de 2016, 99% des maternités ont déclaré appartenir à un réseau de santé en périnatalité (5).

Au CHIC, trois Centres Périnataux de Proximité (CPP) sont proposés aux patientes afin de faciliter le suivi et la continuité des soins. Ils se situent à Douarnenez, Pont Labbé et Concarneau. Ils sont composés de sages-femmes, pédiatres, gynécologues et prochainement de psychologues dans les trois CPP.

3.6.2. *Un accompagnement et un suivi adaptés à la sortie de la maternité*

Des schémas organisationnels ont été établis par la HAS. Nous les avons présentés en annexe. (annexe VI)

- Satisfaction maternelle :

Dans notre étude, toutes les patientes interrogées sont satisfaites de l'accompagnement à domicile proposé après la sortie. Elles voient en cet accompagnement de nombreux avantages :

- Il assure un suivi médicalisé tout en conservant le confort du domicile.
- Il permet de rassurer les patientes se sentant démunies.
- Il permet de répondre aux différentes questions que les femmes peuvent se poser une fois rentrées

- Un soutien familial adéquat :

Selon la HAS, l'un des critères définissant le bas risque maternel permettant de sortir précocement est la présence d'un « *soutien familial et/ou social adéquat* ». (annexe I)

Dans notre étude, toutes les patientes ont affirmé être soutenues par leur entourage (famille, amis).

D'après l'UNAF : « *La sortie de la maternité est là encore une période difficile pour certaines mères qui regrettent de se retrouver seules, sans beaucoup d'information, ne sachant pas vers qui se retourner pour trouver de l'aide.* » (12)

Ainsi, s'assurer que les femmes bénéficient d'un soutien familial et/ou social est primordial pour éviter ce sentiment de solitude. Ceci est d'autant plus important aujourd'hui, du fait du contexte sanitaire renforçant l'isolement social.

3.6.3. Une organisation anticipée

Les patientes doivent être actrices dans l'organisation de leur sortie et ce, dès le début de leur grossesse. C'est pourquoi la HAS recommande d'établir en période anténatale un premier contact avec le professionnel référent du suivi afin d'organiser le suivi postnatal (8).

Dans ce but, les praticiens du CHIC s'assurent que les patientes aient un professionnel référent, médecin traitant ou sage-femme, dès l'ouverture du dossier. Cela est vérifié lors de chaque consultation. Lorsqu'elles n'en ont pas, on leur explique l'importance d'anticiper ces démarches afin d'organiser un accompagnement à domicile dans des conditions optimales, et correspondant à leurs attentes.

Une étude en lien à la commission parcours de soin du réseau régional « *Bretagne de périnatalité* » a été réalisée au CHIC du 8 février au 7 mars 2021 afin d'évaluer le contact anténatal des femmes avec leur sage-femme libérale.

Sur les 177 naissances, on constate que 60,45% (n=107) des patientes ont déclaré avoir été informées, lors des consultations prénatales, de la nécessité de prendre contact avec une sage femme libérale ; et 59,3 % (n=105) ont eu un premier contact avec une sage-femme libérale afin de préparer la visite de sortie. De plus, les coordonnées de leur sage-femme libérale est mentionné dans 60,45% (n=107) des dossiers.

Dans notre étude, nous observons qu'au moment de nos entretiens, les patientes avaient déjà toutes « *globalement* » organisé leur suivi post-partum. Toutes avaient informé leur sage-femme libérale de leur accouchement. En revanche, les rendez-vous avec la sage-femme libérale et/ou le professionnel en charge du suivi pédiatrique, n'avaient pas encore été programmés pour trois de nos patientes. Ce dernier point s'explique par le fait que les patientes n'ont pas été interviewées au même moment de leur séjour, ce qui constitue un biais. De plus, les sages-femmes libérales attendent le feu vert de l'équipe médicale pour organiser leur passage dans les 24 heures qui suivent la sortie. Feu vert qui, la plupart du temps, est donné tardivement voire le jour de la sortie.

Ainsi, il aurait été plus judicieux d'interroger l'ensemble des patientes à la fin de leur séjour pour s'assurer de la mise en place de ces rendez-vous.

Sur les trois sorties précoces, une seule a été anticipée et réalisée avant 48 heures de vie. Les deux autres ont été réalisées entre 48 heures et 72 heures après la naissance et n'avaient pas été anticipées. Notons que cette seule sortie anticipée était celle de la patiente n°1, qui avait reçu des informations complètes en anténatal concernant la sortie précoce contrairement aux deux autres patientes.

Pourtant, il est rappelé par la HAS que le retour précoce à domicile ne peut être effectué que si un relai a été mis en place avant la sortie. Le professionnel référent du suivi doit avoir reçu la demande, l'avoir acceptée et avoir donné un rendez-vous le lendemain de la sortie. De plus, son nom et ses coordonnées doivent être mentionnées dans le dossier médical ainsi que sur le formulaire d'éligibilité et la fiche de liaison (8).

Au CHIC, lors d'une sortie précoce de maternité, la patiente reçoit différents documents, à remettre au professionnel référent du suivi post-natal : Le carton de Guthrie avec une enveloppe pré-adressée au centre de dépistage ainsi qu'un rendez-vous pour le dépistage de la surdité, au cas où les tests n'auraient pas pu être effectués, une feuille de liaison ville/hôpital ainsi qu'un courrier de sortie.

L'organisation de la sortie diffère si la patiente sort avant 48 heures ou après 48 heures de son accouchement. Les modalités de sortie ont été définies suite à une réunion entre l'établissement et différents professionnels libéraux. En voici le tableau récapitulatif :

Tableau II: Synthèse des différents types de sorties

	Sortie standard	Sortie > 48h et <72h ou <96h (césarienne)	Sortie <48h
Visite sage-femme libérale	à partir de 48h	dans les 24h	dans les 24h
Lettre de liaison (courrier de sortie)	oui	oui	oui
Fiche de liaison retour	non	non	oui
Sortie anticipée : RDV SF libérale ou CPP et médecin traitant / pédiatre	non	non	oui
Appel du service à la SF libérale	si pathologie et/ou contexte social particulier	si pathologie et/ou contexte social particulier	oui

3.7. Des informations anténatales jugées insuffisantes

Toutes les patientes interrogées ont bénéficié d'informations concernant le séjour en maternité, le post-partum et le retour à domicile. Mais seulement la moitié d'entre elles en ont reçu au sujet des sorties précoces. Quant à l'autre moitié, les informations ont été transmises lors du séjour en maternité par la sage-femme de garde.

Pourtant, la HAS recommande une information systématique au cours du 3^{ème} trimestre de la grossesse, pouvant être transmises oralement, lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) et réitérées lors de consultations prénatales ainsi que pendant le séjour en maternité (8).

L'entretien prénatal précoce, obligatoire depuis le 1er mai 2020, semble le moment idéal pour transmettre ces informations. Pouvant être réalisé tout au long de la grossesse, il permet un temps d'échange entre la femme/le couple et le professionnel au cours duquel s'ébauche le projet de naissance. Les patientes peuvent dès lors s'informer sur les modalités d'une sortie précoce et l'organiser en amont.

La transmission d'un document écrit récapitulatif est également recommandée par la HAS qui a édité un document reprenant les informations nécessaires : « *sortie de maternité, préparez votre retour à la maison* » (8).

Au CHIC, une plaquette d'informations expliquant la sortie précoce est à la disposition des patientes dans les unités de gynéco-obstétrique et est distribuée par les sages-femmes à chaque ouverture de dossier. Des affiches sont également exposées dans les salles d'attente du service de gynéco-obstétrique et des Centres Périnataux de Proximité (CPP) (annexe V).

D'autres informations spécifiques aux femmes envisageant une sortie précoce doivent être mentionnées. En effet, il est important de préciser à la patiente ou au couple la notion de libre choix concernant le type de sortie envisagé et de les informer du caractère réversible de ce choix, c'est à dire sur la possibilité de revenir sur sa décision à tout moment et qu'en aucun cas, une sortie précoce ne peut leur être imposée. À l'inverse, les parents doivent être informés qu'un

projet de sortie précoce peut être refusé par l'équipe médicale pour des raisons d'ordre médical, psychique ou social.

Dans notre étude, les patientes ont estimé que le niveau d'information sur la sortie précoce était insuffisant et ont considéré cela regrettable.

De plus, les informations données n'ont pas toujours été objectives ni exhaustives. En effet, la patiente n°1 a reçu les informations après avoir exprimé à sa sage-femme son désir de sortir rapidement après l'accouchement. Nous pouvons nous demander si ces informations lui auraient été transmises si elle n'avait pas fait formuler cette requête. Quant à la patiente n°5, les informations données en anténatale ont été incomplètes et non objectives.

Ainsi, nous observons un manque évident d'informations à ce sujet. Nous pouvons supposer que les professionnels libéraux, pourtant principaux vecteurs de ces informations, n'ont que très peu abordé le retour à domicile précoce.

Par ailleurs, nous remarquons que deux des trois patientes ayant eu des informations anténatales sur la sortie précoce, ont opté pour ce mode de sortie et que deux des trois patientes n'ayant pas eu d'informations anténatales sont sorties selon le mode standard.

Il est alors légitime de se demander si le manque d'information n'impacte pas directement la prise de décision concernant le mode de sortie.

LES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE SUR L'ANTICIPATION DE L'INFORMATION

L'hypothèse : « L'information peut favoriser une sortie précoce si elle est complète et diffusée en amont de la naissance. En revanche, un manque d'information ou une information tardive peut être un frein à une sortie précoce. » **est partiellement validée :**

- ❖ La plupart des patientes informées tardivement ont refusé la sortie précoce.
- ❖ La seule patiente ayant anticipé sa sortie précoce avait reçu des informations anténatales à ce sujet.
- ❖ Deux patientes sont sorties précocement sans pour autant avoir reçu d'informations anténatales
- ❖ La plupart des patientes ont estimé que le niveau d'information sur la sortie précoce était insuffisant.

Il est important d'informer toutes les femmes, qu'elles soient primipares ou multipares de la possibilité de sortir précocement afin qu'elles puissent choisir le mode de sortie qui leur convient le mieux. Même si elles n'envisagent pas cette sortie, elles en seront informées et pourront s'en saisir lors d'une prochaine grossesse ou en informer leurs proches.

4. Axes d'amélioration

4.1. Informations et organisations précoces

4.1.1. Le rôle des sages-femmes libérales

La courte durée de séjour en maternité offre peu de temps à l'information post-natal concernant le retour à domicile précoce. Néanmoins, il est nécessaire que toute patiente reçoive une information claire et appropriée sur son mode de sortie.

Dans notre étude, nous remarquons que les principales vectrices d'informations sont les sages-femmes libérales. En effet, de nombreuses primipares sollicitent ces professionnelles de santé pour les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, l'entretien prénatal précoce ainsi que pour assurer l'accompagnement postnatal.

L'activité libéral, en plein essor depuis ces dernières années du fait de l'élargissement du champ de compétences de la profession, est un avantage certain en faveur de la mise en place des sorties précoces (13).

De plus, d'après le nouveau zonage des sages-femmes libérales, établi par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et entré en vigueur le 1er janvier 2020, Quimper se situe dans une zone sur-dotée en sages-femmes libérales (14).

Tous ces éléments mettent en évidence le rôle crucial des sages-femmes libérales dans l'accompagnement à domicile. Ainsi, il apparaît nécessaire de revaloriser et d'adapter la préparation à la naissance et à l'accouchement, en mettant davantage l'accent sur la sortie précoce et ce qu'elle implique.

4.1.2. *Le rôle des sages-femmes hospitalières*

La consultation du 9ème mois est obligatoirement réalisée par l'équipe médical qui assure l'accouchement. Le but étant de constituer un dossier complet afin d'assurer une prise en charge optimale, d'évaluer les conditions d'accouchement et de s'assurer que toutes les patientes aient une sage-femme libérale pour organiser le suivi postnatal.

Il serait intéressant d'aborder systématiquement lors de cette consultation, le recours à la sortie précoce. Cela permettrait alors, à toutes les femmes intéressées, d'anticiper les démarches.

Il est de notre ressort, en tant que professionnel de santé, libéral ou hospitalier, d'informer davantage les patientes des différentes possibilités de sortie s'offrant à elles et ce, de manière anticipée et objective au cours de la grossesse.

4.1.3. *Le projet de naissance*

Le projet de naissance, qui semble être de plus en plus courant du fait du besoin actuel de se réapproprier la grossesse, permet au couple d'exprimer différents souhaits concernant la prise en charge de la naissance de l'enfant, mais aussi le retour à domicile. Or, peu de projets de naissances sont rédigés autour du retour à domicile.

Ainsi, il serait intéressant, lorsqu'un projet de naissance est présenté, d'inciter les patientes à y intégrer leurs choix concernant le retour à domicile.

4.2. Personnaliser le séjour en maternité

D'après l'enquête menée par le CIANE, les femmes se sentant désemparées ou angoissées dans les premiers jours qui ont suivi leur sortie, sont celles, qui ont eu un séjour plus long que la

moyenne. L'étude démontre que « *l'allongement de la durée de séjour n'est pas une réponse efficace aux difficultés rencontrées par les femmes.* »

C'est pourquoi, le CIANE recommande de personnaliser le séjour en maternité pour chaque femme en l'invitant à s'exprimer « *sur le vécu de son accouchement, sur son état physique et psychique, sur les difficultés éventuelles qu'elle rencontre avec son enfant - notamment en matière d'allaitement - et sur ses souhaits en ce qui concerne le retour à la maison.* » (2)

Ces échanges vont d'une part, permettre au professionnel de santé de repérer une éventuelle contre-indication à une sortie précoce, et d'autre part, permettre d'apporter des solutions qui correspondent aux réelles attentes et aux besoins du couple. Par exemple, un accompagnement personnalisé à domicile, avec un professionnel de santé référent en qui la patiente a confiance, peut être une solution préférable à un allongement systématique du séjour.

4.3. Entretien post-natal précoce

La proposition d'un entretien postnatal précoce pourrait également être une solution. Bien que ces entretiens soient le plus souvent proposés aux patientes ayant rencontré des difficultés sur les plans physique ou psychique (accouchement traumatique, hémorragie du post-partum etc...), il peut être intéressant d'en informer toute la population, notamment les patientes souhaitant sortir précocement.

Ces entretiens seraient l'occasion d'évoquer les difficultés rencontrées lors du retour à domicile, notamment en cas d'allaitement maternel. Nombreuses sont les mamans qui manquent de confiance en elles, et pensent à tort, qu'elles ne sont pas capables de satisfaire les besoins nutritionnels de leur enfant.

C'est pourquoi il est important d'accompagner, de soutenir et surtout de valoriser les patientes qui font le choix d'allaiter.

CONCLUSION

La durée moyenne de séjour (DMS) des femmes après l'accouchement a chuté de façon significative ces dernières années. Ce phénomène s'explique d'une part par les exigences des instances politiques et économiques, et d'autre part par le désir de certaines femmes de retrouver plus rapidement leur domicile.

Ainsi la HAS a défini, dans ses *recommandations de bonnes pratiques sur les conditions et l'organisation du retour à domicile des mères et de leur nouveau-né après l'accouchement*, la sortie précoce.

Bien que la HAS recommande d'informer, dès la grossesse, les femmes sur leur sortie et l'organisation qu'elle implique, un nombre insuffisant de patientes est informé de ce mode de sortie.

Il semble alors primordial de sensibiliser davantage les sages-femmes sur l'importance de leur rôle dans la diffusion de ces informations afin que les retours précoces à domicile soient choisis, organisés et bien vécus par les patientes.

Une bonne coordination entre le suivi médical, le séjour en maternité et le retour à domicile fait intervenir une organisation en réseau. L'objectif des différents professionnels qui le composent est commun : assurer une continuité des soins personnalisés aux besoins de chaque couple.

Pour aller plus loin dans cette étude, il serait intéressant d'évaluer la pratique professionnelle des sages-femmes libérales à ce sujet. Un autre travail intéressant serait de recueillir l'avis des patientes sorties précocement afin d'évaluer leur vécu (difficultés, satisfactions etc.)

BIBLIOGRAPHIE

1. Brown S, Small R, Argus B, Davis PG, Krastev A. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2002 [cité 1 juin 2020];(3). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002958/full/fr>
2. Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE). Sortie de maternité et bien-être des femmes. Enquête sur les accouchements, Dossier n°4, novembre 2012, 11p.
3. Salomé M. Retour précoce à domicile après l'accouchement : étude prospective à la maternité Port-Royal. 29 avr 2014 [cité 18 oct 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01058433>
4. Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (J.O. 10 octobre 1998)
5. Enquête nationale périnatale Rapport 2016 - Les naissances et les établissements - Situation et évolution depuis 2010.
6. Plan « périnatalité » 2005-2007 humanité, proximité, sécurité, qualité. 2004 novembre p.42.
7. Or Z, Renaud T. Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A). 2009;29.
8. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 27 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveau-nes
9. Prado, le service de retour à domicile [Internet]. [cité 27 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>

10. Laroutis K. Éligibilité et freins à une sortie précoce du point de vue des patientes en maternité de niveau 3 à Marseille. 24 avr 2017 [cité 18 oct 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01634624>
11. Id H. Le retour précoce à domicile. Point de vue des patientes à travers une enquête prospective en Seine-Maritime. 2016;85.
12. Basset C, Brun N. Enquête périnatalité: « Regards de femmes sur leur maternité ». Journal du droit des jeunes. 2012;314(4):28.
13. ondps_ouvrage_sur_les_sagesfemmes_mai2016.pdf [Internet]. [cité 02 février 2021].
Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdfondps-ouvragesur-les-sagesfemmes-mai2016.pdf>
14. Publication du nouveau zonage des sages-femmes libérales [Internet]. [cité 02 février 2021].
Disponible sur: <https://www.bretagne.ars.sante.fr/publication-du-nouveau-zonage-des-sages-femmes-liberales-0>

ANNEXES

Annexe I : Critères d'éligibilité de la HAS définissant le bas risque médical, psychique et social chez la mère pour un retour précoce à domicile.

Pour la mère en cas de sortie précoce



Dans le cas particulier où la mère et/ou le couple souhaite opter pour une sortie précoce de la maternité (sortie au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse ou au cours des 96 premières heures après une césarienne), il est recommandé que :

- la mère et/ou le couple ait donné son accord,
- les critères ci-après soient validés pour la mère et l'enfant,

Tableau 3. Définition du bas risque maternel pour un retour précoce à domicile (au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse ou au cours des 96 premières heures après une césarienne)

Critères	
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 thrombo-emboliques
8	Douleur contrôlée
9	Interactions mère-enfant satisfaisantes
10	Accord de la mère et/ou du couple

* instabilité psychique, antécédents de dépression du *post-partum*, prise de psychotropes, lien mère-enfant perturbé, autonomie pour réaliser les soins de base, déficience mentale...); ** mineure, précarité, logement non adéquat, etc. ; *** pertes sanguines estimées supérieures à 1500cc, transfusion de produits sanguins labiles, embolisation artérielle, nécessité de procédures chirurgicales.

NB : les différences avec les critères définissant le bas risque maternel pour un retour à domicile après une durée de séjour standard sont surlignées.



Annexe II : Critères d'éligibilité de la HAS définissant le bas risque médical, psychique et social chez le nouveau-né pour un retour précoce à domicile

Pour l'enfant en cas de sortie précoce



Pour envisager une sortie précoce dans des conditions optimales, les critères pédiatriques retenus sont les suivants.

Tableau 4. Définition du bas risque pédiatrique pour un retour précoce à domicile (au cours des 72 premières heures après une naissance par voie basse ou au cours des 96 premières heures après une naissance par césarienne)

Critères	
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 ^{re} visite prévue dans les 24 heures après la sortie

* dont stabilité des fonctions vitales : fréquence respiratoire <60/mn fréquence cardiaque >90 et < 170/mn au repos ; ** groupe défini selon les courbes de références utilisées.

NB : les différences avec les critères définissant le bas risque maternel pour un retour à domicile après une durée de séjour standard sont surlignées.

Annexe III : Grille d'aide à la lecture

Sortie de maternité après accouchement :
conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés

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

	Mère	Validation (cocher si oui)
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addiction et de dépendances sévères	
2	Soutien familial et/ou social adéquat	
3	Absence de pathologie chronique mal équilibrée	
4	Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu	
5	Absence d'hémorragie sévère du post-partum 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	

Conclusion : femme éligible (oui/non)

* instabilité psychique, antécédents de dépression du *post-partum*, prise de psychotropes, lien mère-enfant perturbé, manque d'autonomie pour réaliser les soins de base, déficience mentale, etc.

** mineure, précarité, logement non adéquat, etc.

*** pertes sanguines estimées supérieures à 1 500 cc, transfusion de produits sanguins labiles, embolisation artérielle, nécessité de procédures chirurgicales.

Page 2/2

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

Annexe IV : Guide d'entretien

Entretien pour une patiente éligible à une sortie précoce

Thèmes	sous thème	Questions
Généralités	Présentation	Dans un premier temps, pouvez-vous vous présenter en quelques mots ? (<i>âge, profession, situation familiale</i>)
Grossesse(s) et accouchement <i>Dans cette partie, nous aborderons le déroulement de votre grossesse, de votre accouchement et du séjour en maternité</i>	Grossesse	Comment avez-vous vécu votre grossesse ? Qui vous a suivi ? (<i>SF lib, médecin ttt, obstétricien...</i>) Durant la grossesse, avez-vous reçu des informations sur le séjour en maternité, le post-partum et le retour à domicile après l'accouchement ? Si oui, par qui ? À quel moment ? <i>Cours de préparation, EPP</i> Les modalités de la sortie précoce vous ont-elles été expliquées ? Vous sentiez-vous bien entourée ? (<i>famille, amis, professionnels de santé</i>)
	Accouchement	Comment s'est passé votre accouchement ? (<i>mode d'accouchement, APD, vécu, PEC...</i>)
	Séjour en maternité	Comment se déroule votre séjour en maternité ? (<i>PEC, état général, soins bb, alimentation</i>) Quel mode d'alimentation avez-vous choisi pour votre bébé ? (<i>AM ou alimentation artificiel</i>) Vous sentez-vous face à des difficultés ? <i>Difficultés rencontrées ? conseils donnés?</i>
Le retour à la maison <i>Dans cette partie, nous</i>	Organisation	Avez-vous organisé votre retour à la maison ? <i>Suivi maman, suivi bb? matériel..</i>
<i>aborderons l'organisation du retour à la maison et du suivi post natal</i>	Accompagnement	Y-aura-t-il du monde présent dans votre entourage pour vous aider ? <i>conjoint / famille présent(e)?</i> Que pensez-vous de l'accompagnement à domicile proposé après la sortie ? Est-ce votre sage-femme libérale qui va faire le suivi à domicile?
Sorties précoces <i>Dans cette dernière partie, nous aborderons les sorties précoces et les raisons qui vous ont conduits à choisir de sortir précocement ou selon le mode de sortie standard</i>	Définition et organisation	(Comment) avez-vous été informée de la possibilité de sortir précocement de la maternité ? À quel moment ? (<i>pré conceptuel, EPP, cours de préparation à l'accouchement</i>) Par qui ? (<i>entourage, professionnels de santé : médecin ttt, gynéco, sf..</i>) La décision de sortir précocement a-t-elle été prise seule ? À quel moment a-t-elle été prise ? <i>anticipée en anténatal ? Démarches?</i> Que pensez-vous du niveau d'information concernant la sortie précoce ?
	Avantages et inconvénients	Pour vous quelle est la durée idéale de votre séjour en maternité ? Quelles sont les raisons qui vous ont incité à choisir / à ne pas choisir la sortie précoce ? Quels sont selon vous les avantages de ce type de sortie ? et quels sont les freins ? Si vous deviez rentrer plus tôt / tard à la maison, comment vous sentiriez-vous?

Annexe V : Brochure d'informations des sorties précoces

Quelques N° de téléphone utiles

Maternité du CHIC :
02 98 52 61 05

Centre Périnatal de proximité :
Concarneau : 02 98 52 68 86
Douarnenez : 02 98 75 15 35
Pont L'Abbé : 02 98 82 40 50

Sage femme libérale :

Médecin traitant :

Pédiatre :



**Futures mamans,
vous souhaitez
bénéficier d'une
sortie précoce
de la maternité ?**

Qu'est-ce qu'une
sortie précoce ?

Qui peut en
bénéficier ?

Dans quelles
conditions ?

Quelles démarches
à effectuer ?

Qu'est-ce qu'une sortie précoce ?

C'est un retour à domicile à partir du 1^{er} ou 2^{ème} jour après un accouchement normal.

A partir du 3^{ème} ou 4^{ème} jour après une césarienne.

Qui peut en bénéficier ?

Les mamans ayant eu une grossesse normale, un accouchement ou une césarienne à terme, un bébé de poids de naissance normal.

Le séjour en maternité doit se dérouler sans problème médical.

Dans quelles conditions ?

L'accord de sortie de la maternité est donné par l'obstétricien et le pédiatre.

Le suivi sera effectué :

- *soit dans le centre périnatal le plus proche de votre domicile
- *soit par les professionnels libéraux (sage-femme, médecin) s'ils ont donné leur accord pour réaliser un suivi médical pour vous et votre bébé .

Quelles démarches effectuer ?

Prendre contact avec une sage-femme (libérale ou du centre périnatal), médecin généraliste, pédiatre pour :

- *Le suivi médical pour votre bébé et pour vous même *dès le lendemain* de votre retour durant le temps et selon le rythme qu'il ou elle juge nécessaire.
- **Réaliser le test de Guthrie* s'il n'a pas été fait à la maternité avant la sortie et le faire parvenir dans les plus brefs délais au centre de dépistage .
- *Vous aider à organiser le quotidien de votre enfant et vous accompagner dans la consolidation du lien mère-enfant.
- *Vous soutenir dans la poursuite de votre allaitement ou vous conseiller sur l'alimentation de votre enfant
- *Répondre à vos interrogations.
- *Réaliser l'examen médical obligatoire du 8^{ème} jour de votre enfant (examen qui doit être fait par un médecin).

Prendre contact avec le cadre de la maternité, avec ce document renseigné :

Je soussignée,
Madame..... souhaite
sortir précocement de la maternité
si les circonstances de la naissance
à venir le permettent.
Cette sortie nécessitera un suivi
médical organisé pour moi et mon
enfant.
Je m'engage à faire réaliser son
examen obligatoire du 8^{ème} jour par

le Dr.....

Date et signature

Annexe VI : Schémas organisationnels du suivi pour la mère et pour l'enfant en cas de sortie précoce, établis par la HAS

Schéma organisationnel des visites par le référent du suivi en cas de sortie précoce

Deux ou trois visites sont recommandées, réalisées préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soin approprié :

- Une première visite, systématiquement réalisée **dans les 24 heures** suivant la sortie de la maternité. **En cas d'impossibilité, la date de sortie doit être reportée.**
- Une seconde visite systématique et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi.
- Une troisième visite, recommandée et planifiée selon l'appréciation du référent en charge du suivi.

Des visites supplémentaires peuvent être planifiées en fonction des éléments médicaux à surveiller et/ou les besoins ressentis par la mère et/ou le couple.

Parcours de soins du nouveau-né au cours du premier mois de vie en cas de sortie précoce

- **Deux examens cliniques en maternité** : le premier dans les deux heures suivant la naissance, réalisé par une sage-femme ou un pédiatre et un examen avant toute sortie de la maternité. Pour ce dernier, il est recommandé que le nouveau-né soit examiné par un pédiatre le jour de la sortie.
- **Un examen entre le sixième et le dixième jour postnatal** par un pédiatre ou un médecin généraliste ayant l'expérience des pathologies du nouveau-né.
- **Un examen entre le onzième et le vingt-huitième jour postnatal** selon l'appréciation du médecin ayant procédé à l'examen pédiatrique précédent.

RÉSUMÉ

Objectifs : Déterminer les raisons qui encouragent ou au contraire, freinent les patientes primipares et éligibles vers une sortie précoce. Évaluer le niveau d'information reçues en période anténatale.

Matériel et méthode : Étude qualitative monocentrique menée du 19 octobre 2020 au 6 février 2021 au Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille. Étude réalisée auprès de 6 patientes primipares et éligibles aux sorties précoces. Données recueillies à partir d'entretiens semi-directifs.

Résultats : Diverses raisons encouragent et freinent les patientes primipares à sortir précocement. Les principaux avantages recensés sont le désir de retrouver l'entourage proche ainsi que le confort de son environnement propre. Les principaux freins évoqués concernent principalement le besoin d'assurance et de sécurité qu'offre le milieu hospitalier ainsi que le besoin de conseils et d'accompagnement à la parentalité. L'analyse des entretiens a également mis en évidence un manque d'informations anténatales concernant les sorties précoces : seulement la moitié des patientes interrogées ont reçu des informations à ce sujet durant leur grossesse. Quant à l'autre moitié, les informations ont été transmises lors du séjour en maternité par la sage-femme de garde.

Conclusion : Il est du ressort du professionnel de santé d'informer davantage les patientes des différentes possibilités de sortie s'offrant à elles et ce, de manière anticipée au cours de la grossesse afin de rendre la patiente actrice de sa sortie et de son accompagnement à domicile.

Mots-clés : sortie précoce ; recommandations HAS ; maternité ; primipares

Titre : Les sorties précoces : avantages et freins du point de vue des patientes primipares et éligibles. Étude qualitative monocentrique, menée au Centre Hospitalier de Cornouaille, du 19 octobre 2020 au 6 février 2021

Auteur : Ilona POITEVIN-LE GALL

Diplôme d'Etat de sage-femme, Brest, 2021