

Université de Nantes

UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES
DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Années universitaires 2013-2017

Sortie anticipée versus sortie « standard » :

**Etude transversale prospective au Centre Hospitalier Universitaire de
Nantes, à propos de 326 auto-questionnaires**

Mémoire présenté et soutenu par

Tamara DOUCET

Née le 06/08/1993

Directeur de Mémoire : Dr Anne-Sophie Riteau

Remerciements

A mon directeur de mémoire, le Docteur Anne-Sophie Riteau, pour sa disponibilité et ses encouragements tout au long de la rédaction de ce mémoire.

A l'équipe enseignante et notamment à Madame Le Guillanton pour m'avoir guidée dans ce travail.

A Monsieur Matthieu Hanf pour m'avoir aidé dans l'analyse des résultats de l'étude.

Aux sages-femmes du service de suites de couches de la maternité du CHU de Nantes et notamment aux sages-femmes coordonnatrices, pour avoir participé à la distribution et au recueil des questionnaires.

A mes collègues de promotion pour ces quatre années passées.

A ma famille qui m'a accompagnée, soutenue et encouragée tout au long de la réalisation de ce mémoire.

A Ludovic, pour sa présence à mes côtés.

Merci.

Table des matières

Introduction.....	1
PARTIE I : Durée moyenne de séjour et concept des sorties anticipées.....	2
1 – Histoire du séjour à la maternité en France.....	2
1.1 Des facteurs organisationnels et économiques.....	2
1.2 Comparaison aux autres pays.....	3
2 – Définir une sortie « standard » et une sortie anticipée.....	4
2.1 La sortie “standard”.....	4
2.2 La sortie anticipée.....	5
3 – Disparités régionales des sorties anticipées en France.....	7
PARTIE II : L'étude.....	8
1 – Présentation de l'étude.....	8
1.1 Problématique.....	8
1.2 Hypothèses.....	8
1.3 Objectifs.....	8
1.4 Méthodologie.....	9
2 – Présentation des résultats.....	11
2.1 Recueil des populations.....	11
2.2 Présentation de la population.....	12
2.2.1 Caractéristiques démographiques.....	12
2.2.2 Caractéristiques des conjoints des patientes.....	14
2.2.3 Données médicales.....	14
2.2.4 Caractéristiques socio-médicales.....	16
2.2.4.1 Score global de satisfaction.....	20
2.3 Informations sur les sorties anticipées.....	21
2.4 Raisons qui ont motivé le choix des patientes.....	23
2.4.1 Pour les sorties anticipées.....	23
2.4.2 Pour les sorties « standard ».....	24
2.5 Commentaires libres concernant les sorties anticipées.....	25
2.6 Analyse multivariée.....	26
PARTIE III : Discussion.....	28
1 – Difficultés rencontrées.....	28
2 – Points forts.....	28
3 – Caractéristiques médicales et socio-démographiques des femmes qui bénéficient d'une sortie anticipée.....	28
3.1 La parité.....	29
3.2 Niveau d'études et catégorie socio-économique.....	30
3.3 Situation familiale.....	32
3.4 Le revenu : un sujet tabou.....	32
3.5 Caractéristiques des conjoints des femmes qui bénéficient d'un retour précoce à domicile.....	33
3.6 La modalité d'accouchement.....	33
3.7 La modalité d'allaitement.....	34
3.8 Les cours de préparation à la naissance.....	34
3.9 Choix du type de chambre.....	35
3.10 Présence du conjoint lors du retour à domicile.....	35
4 – La sortie anticipée.....	36
4.1 Information concernant les sorties anticipées.....	36
4.2 Décision prise après l'accouchement lors d'une sortie anticipée.....	36
4.3 Une évolution depuis quelques années.....	37

5 – Les motivations d’une sortie anticipée	38
5.1 L’environnement familial	38
5.2 Une durée de séjour suffisante.....	38
5.3 En faveur d’un suivi par un réseau connu.....	39
5.4 Similitudes avec d’autres études	39
6 – Le choix d’une sortie standard	40
6.1 Une durée de séjour nécessaire.....	40
6.2 Le repos	40
7 – La place de la sage-femme dans le dispositif des sorties anticipées	40
Conclusion	42
BIBLIOGRAPHIE.....	44
Annexe : auto-questionnaire distribué aux patientes.....	I

Introduction

En France, la durée moyenne de séjour en maternité est d'environ 4 jours. Cette durée a diminué depuis les années 80. Des modifications organisationnelles et économiques ont été imposées par de nouvelles normes de santé publique ce qui a engendré la fermeture et le regroupement de maternités. En 40 ans, deux tiers des maternités ont fermé. Ceci ayant eu pour conséquences une diminution du nombre de lits en suites de couches alors que paradoxalement le nombre de naissances a globalement augmenté. La durée moyenne du séjour en maternité s'est donc progressivement réduite.

Par ailleurs, la France compte parmi les pays européens dont le séjour en maternité est le plus long. Il y a donc une volonté des établissements de s'accorder avec les pratiques européennes en se conformant à ce qui est réalisé dans des pays voisins, notamment nordiques.

En parallèle, il a fallu palier à cette diminution du temps de séjour, en renforçant la prise en charge après la sortie de la maternité. Il a donc été proposé aux femmes qui le souhaitent et qui sont éligibles, selon des critères définis par la HAS (Haute Autorité de Santé) en 2014, de sortir de la maternité avant la durée de séjour standard : ce sont les sorties anticipées ou précoces.

Ce dispositif a permis également de répondre à la demande croissante, de certains couples et professionnels de santé, en faveur d'une moindre médicalisation de l'accouchement et des suites de couches.

Le dispositif des sorties anticipées a été mis en place au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes en avril 2015 et une étude interne a débuté cherchant à évaluer l'activité des sorties anticipées. Cette étude ne prenait pas en compte certains points, à savoir, les caractéristiques des femmes qui bénéficient d'une sortie anticipée par rapport à celles qui optent pour une sortie « standard » et les motifs les faisant choisir une sortie anticipée. C'est dans ce contexte que s'inscrit notre travail.

Dans un premier temps, nous exposerons le contexte dans lequel ont été mises en place en France les sorties anticipées, et nous en définirons le concept.

Dans un second temps, nous présenterons la méthodologie de l'étude comparant les deux groupes de femmes (sortie anticipée et sortie « standard ») en décrivant les raisons qui font que les femmes optent pour une sortie anticipée ou non. Nous terminerons par l'analyse des résultats, que nous discuterons.

PARTIE I : Durée moyenne de séjour et concept des sorties anticipées

1 – Histoire du séjour à la maternité en France

1.1 Des facteurs organisationnels et économiques

A partir des années 70, de nouvelles mesures de santé publique ont été mises en place en France afin d'améliorer la sécurité autour de la naissance. Le nombre de maternités s'est vu brutalement réduit. Il a été enregistré une baisse de 35,5% de leur nombre entre 1972 et 1981, passant de 1747 à 1128 établissements. Cette réduction du nombre d'établissements s'est poursuivie de manière plus lente par la suite. En 1996, elles n'étaient plus que 815, soit une nouvelle diminution de 28% en 15 ans. [1]

Les décrets du 9 octobre 1998 [2], visant à renforcer la sécurité, ont permis la diminution de la mortalité maternelle de 30% et de la mortalité périnatale de 20%. Ces décrets ont conduit à la définition de trois types de maternités : les maternités de type I dédiées aux grossesses sans problème identifié, les maternités de types II qui disposent d'un service de néonatalogie et les maternités de types III disposant d'un service de réanimation néonatale et un service de néonatalogie. Cette restructuration a amené de nombreux établissements à fermer leurs maternités. En effet, la mise en place de ces nouvelles normes, beaucoup plus contraignantes financièrement, a mis en difficulté de nombreuses structures, qui ont ainsi disparu. En 16 ans, un tiers des maternités ont disparu soit 16,4% entre 1996 et 2002, et 20,3% entre 2002 et 2012. [1]

Ainsi, en 40 ans, la France a dû faire face à la fermeture de plus des deux tiers des maternités, à la fusion des plus petites structures ainsi qu'à la mise en place en réseau des autres établissements. [1]

Par ailleurs, les séjours hospitaliers dans le domaine de la maternité et de la néo-natalité ont un coût élevé. Ces dépenses étaient estimées à 4,5 milliards d'euros en 2012 [3]. Pour essayer de réduire cette dépense, le nombre de lits d'obstétrique et donc la capacité d'accueil, s'est vue diminuée, dans les mêmes proportions que les fermetures d'établissements (-32,2%). [1]

En parallèle, le nombre de naissances est resté relativement stable durant la dernière décennie (813 600 naissances vivantes annuelles en moyenne) et a même augmenté de 6% par rapport à la décennie précédente. [1]

Les maternités ont dû alors faire face à une difficulté de gestion des lits, la demande étant trop importante pour le nombre de places disponible. La solution apportée fut de diminuer la durée de séjour en maternité.

Ces raisons organisationnelles et économiques font, qu'en France, la durée moyenne de séjour en maternité s'est considérablement réduite, elle est passée de 7-9 jours dans les années 80 [4], à 4,4 jours (si l'on prend en compte l'ensemble des accouchements) en 2010 [5].

1.2 Comparaison aux autres pays

Même si elle a diminué, la durée moyenne de séjour à la maternité en France reste l'une des plus élevée d'Europe et de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economiques). [6]

Par exemple, en Norvège, la durée de séjour varie de 2 à 3 jours. [7]

En Angleterre, la durée de séjour après un accouchement voie basse varie de 6 heures à 2 jours [8].

En Hollande, la durée du séjour n'est que de quelques heures [7]. Les femmes peuvent sortir de la maternité 8 heures après avoir accouché. Notons aussi, qu'un tiers des femmes accouchent à leur domicile [8].

Il en est de même en Amérique du Nord. En effet, au Canada, la durée moyenne de séjour après un accouchement voie basse est de 2 jours et de 3 ou 4 jours après une césarienne [9]. Aux États-Unis, une distinction est faite entre les sorties très précoces, qui ont lieu moins de 24 heures après la naissance et les sorties précoces comprises entre 24 et 48 heures après l'accouchement. Par exemple, en Californie, 20% des nouveau-nés sortent à 24 heures de vie [7].

L'organisation du retour à domicile est également différente d'un pays à l'autre. Le suivi est basé sur des visites à domicile ou des visites de contrôle à l'hôpital pour s'assurer du bien-être du nouveau-né [7]. Par exemple, en Angleterre, les sages-femmes libérales contactent les patientes et organisent des visites à domicile quotidiennes durant les 10 jours qui suivent la naissance. En cas, de complications, la durée est prolongée. Elles sont en lien avec les médecins de ville et les infirmières [8].

Ainsi la France tend à s'accorder avec ses voisins européens et les pays nord-américains tant au niveau de la durée moyenne de séjour que de l'organisation du retour à domicile.

2 – Définir une sortie « standard » et une sortie anticipée

Pour pallier à cette réduction de la durée de séjour en suites de couches, le suivi après la sortie de la maternité s'est renforcé. Depuis peu, il est ainsi proposé aux femmes qui le souhaitent, et qui sont éligibles, de sortir de la maternité avant la durée de séjour standard : ce sont les sorties anticipées.

La HAS a déterminé des critères de bas risque maternel et pédiatrique. En fonction de ces critères et du souhait de la mère et/ou du couple, l'équipe médicale détermine la date de sortie la plus appropriée pour la mère et son nouveau-né.

2.1 La sortie “standard”

Une sortie « standard » se définit par une sortie de la maternité entre 72 et 96 heures après un accouchement voie basse ou entre 96 et 120 heures après une césarienne. L'HAS a établi une liste de critères afin d'identifier les femmes à bas risque médical, psychique et social.

- Les critères définissant le bas risque maternel sont : l'absence de vulnérabilité, la présence de soutien, l'absence de pathologie chronique mal équilibrée, l'absence de complications ou pathologies nécessitant un traitement médical continu, l'hémorragie du post-partum (si elle a lieu) doit avoir été contrôlée (+/- traitée), l'absence de signes d'infection ou de signes thromboemboliques, une douleur contrôlée et un lien mère-enfant bien établi.
- Les critères définissant le bas risque pédiatrique sont : l'absence de prématurité ou de RCIU (Retard de Croissance Intra-Utérin), l'absence de gémellité, un examen clinique normal dans les 48 heures, une apyrexie, une alimentation et un transit établis, une perte de poids < 8%, l'absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie, l'absence d'infection, les dépistages néonataux doivent avoir été réalisés et le suivi de l'enfant, après la sortie, doit avoir été organisé.

Ces critères permettent de sélectionner les femmes qui sont le moins à risque de complications du post-partum, afin d'autoriser une sortie dans ces délais.

2.2 La sortie anticipée

Elle se définit par une sortie dans les 72 premières heures après un accouchement voie basse ou dans les 96 heures après une césarienne. Elle est aussi appelée sortie précoce.

Pour pouvoir en bénéficier, les critères de bas risque doivent être validés et des critères supplémentaires doivent également être remplis :

- Les critères maternels sont : l'absence d'hémorragie sévère du post-partum et l'accord de sortie anticipée donné par la patiente
- Les critères pédiatriques sont : un terme ≥ 38 SA (Semaines d'Aménorrhée), un score d'Apgar ≥ 7 à 5 minutes de vie, un examen clinique normal le jour de la sortie, une alimentation efficace avec des selles et des urines émises spontanément, l'absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et la mesure normale de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme. La vitamine K1 doit avoir été donnée, les dépistages néonataux doivent être organisés à l'extérieur, une visite néonatale doit être organisée dans les 24 heures après la sortie.

L'ensemble de ces critères permettant la sortie anticipée est rassemblé dans les **tableaux I et II**.

Tableau I – Définition du bas risque maternel pour un retour précoce à domicile – HAS, mars 2014 [10]

	Critères
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

*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 500cc, transfusion de produits sanguins labiles, embolisation artérielle, nécessité de procédures chirurgicales.

Tableau II – Définition du bas risque pédiatrique pour un retour précoce à domicile –
HAS, mars 2014 [10]

	Critères
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 (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 : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs
9	Vitamine K1 donnée
10	Dépistages néonataux organisés par la maternité et leur traçabilité assurée
11	Suivi post-partum après la sortie organisé : 1ère visite prévue dans les 24 heures après la sortie

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

** groupe défini selon les courbes de références utilisées.

Tableaux I et II tirés de « *Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés* »¹

Lorsque la patiente et son enfant rentrent à domicile précocement, un suivi libéral est ensuite organisé dans le post-partum pour suivre l'évolution du binôme mère – nouveau-né. Ce dernier est vu dès le lendemain de la sortie de la maternité par une sage-femme libérale, qui repassera une à deux fois dans les dix jours. Le nouveau-né aura également une visite dans les six à dix jours chez un pédiatre ou un généraliste expérimenté dans le suivi des nouveau-nés.

Cette mise en place a été possible sur l'agglomération nantaise, puisque dans la région le nombre de praticiens libéraux (sages-femmes, généralistes et pédiatres) est en quantité suffisante compte tenu du nombre de naissances.

¹ <http://www.has-sante.fr/>

3 – Disparités régionales des sorties anticipées en France

Dans son étude de 2010, Bénédicte Coulm a mis en évidence des disparités régionales, sur le territoire français, en termes de durée de séjour en maternité [11].

Les sorties précoces (tout type d'accouchement confondu) sont deux fois plus nombreuses en Ile de France (40.4% contre 20% voire moins dans les autres régions). [11]

Ceci est dû à un nombre de lits d'hospitalisation limité en Ile de France par rapport au nombre de naissances et une bonne couverture en professionnels de santé libéraux permettant un bon travail en réseau ville-hôpital. [12]

En ce qui concerne les sorties anticipées au CHU de Nantes, elles ont été mises en place en Avril 2015. Elles ont été créées dans le but d'être en adéquation entre l'activité de la maternité et les capacités d'accueil hospitalier. Elles ont aussi permis de répondre à la demande de 25% de femmes ayant déjà au moins un enfant et souhaitant rentrer plus tôt à leur domicile [13].

Ce retour et suivi à domicile doivent être organisés à l'avance. C'est pourquoi, il a été créé au CHU de Nantes, un poste de sage-femme coordinatrice pour organiser les sorties en amont et en aval. La sage-femme coordinatrice s'assure que toutes les conditions soient bien remplies pour que la mère et son enfant puisse bénéficier d'une sortie anticipée. Du point de vue du nouveau-né, l'aval du pédiatre sénior doit être obtenu le jour de la sortie.

La durée de séjour correspond à celle qui définit la sortie anticipée. Néanmoins, au CHU de Nantes, il est imposé que la patiente passe au moins une nuit à la maternité. Ce qui n'est pas le cas dans tous les établissements ayant mis en place ce dispositif.

Le CHU de Nantes n'est pas le seul établissement de santé à appliquer ce dispositif. D'autres l'ont déjà expérimenté avec succès. Il est appelé à se généraliser dans les années à venir [14].

PARTIE II : L'étude

1 – Présentation de l'étude

Le sujet des sorties anticipées au CHU de Nantes a été abordé lors de la journée de périnatalité du vendredi 4 Septembre 2015. Lors de cette intervention, une question a été soulevée « quelles sont les caractéristiques des femmes qui optent pour une sortie précoce et quelles en sont les motivations? ». L'étude interne débutée au CHU ne permettant pas de répondre à ces interrogations, il nous a semblé pertinent de s'y intéresser.

1.1 Problématique

Quelles sont les caractéristiques des femmes qui bénéficient d'une sortie anticipée par rapport à celles qui optent pour une sortie « standard » et quelles sont les motivations les faisant choisir une sortie anticipée ?

1.2 Hypothèses

Les femmes qui bénéficient d'une sortie anticipée seraient principalement :

- des multipares,
- dont le niveau d'études et/ou le niveau socio-économique seraient élevés,
- avec un conjoint présent dès le retour à domicile,
- qui ont eu un accouchement par les voies naturelles,
- qui nourrissent leur enfant au biberon

Leur motivation principale serait le souhait de retrouver rapidement un environnement familial (conjoint, aîné(s), domicile...).

1.3 Objectifs

L'objectif principal de ce travail est de décrire les caractéristiques démographiques, médicales, sociologiques des femmes qui sortent de manière anticipée et de voir si ces caractéristiques sont réellement différentes de celles des femmes qui ont une sortie dite « standard ».

Il s'agit aussi :

- d'identifier les motivations des femmes qui choisissent une sortie anticipée
- de compléter l'étude interne sur les sorties anticipées à la maternité du CHU de Nantes
- de soulever d'éventuelles problématiques concernant la prise en charge du trio couple-

1.4 Méthodologie

Il s'agit d'une étude transversale prospective, monocentrique menée au CHU de Nantes et réalisée du 1er Avril au 4 Août 2016.

Durant cette période nous avons comptabilisé 1266 sorties de maternité dont 262 (21% des cas) qui étaient des sorties précoces.

L'étude a été menée à l'aide d'un questionnaire (**Annexe**) rempli de manière anonyme et constitué de questions fermées majoritairement. Il s'agissait d'un questionnaire élaboré spécifiquement pour l'étude reprenant des éléments déjà étudiés dans d'autres publications. [15, 16]

Les questionnaires ont été distribués le jour de la sortie de la mère et de son enfant ou la veille, par les sages-femmes de sortie et par moi-même majoritairement.

Après avoir expliqué le but de l'étude aux patientes et après avoir obtenu leur accord pour y participer, le questionnaire leur était laissé afin qu'elles puissent le remplir à un moment propice pour elles. Les patientes remettaient les questionnaires lors de leur départ.

Nous avons inclus les patientes ayant bénéficié d'une sortie anticipée. Ces dernières répondaient aux critères de bas risque dans le cadre des sorties précoces.

Ont également été incluses les patientes ayant bénéficié d'une sortie « standard » qui auraient été éligibles à une sortie précoce si elles l'avaient souhaitée. Nous avons donc exclu de ce groupe, les femmes ayant une pathologie chronique mal équilibrée, celles ayant eu des complications gravidiques (pré-éclampsie, HELLP² syndrome, RCIU...), ou celles ayant accouché avant 37 SA et/ou dont le nouveau-né était hospitalisé.

Nous avons fait le choix d'inclure les mères dont la grossesse était physiologique, qui souhaitaient une sortie précoce mais qui n'a pas pu avoir lieu du fait : d'une raison médicale per ou post-natale, d'une sortie qui avait lieu un dimanche ou un jour férié et les patientes qui n'ont pas pu obtenir de rendez-vous avec une sage-femme libérale le lendemain de leur sortie. Ces patientes ont été incluses dans le groupe des sorties « standard ».

Il s'agissait du même questionnaire pour les deux populations.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Biostat TGV® et d'Excel®. En ce qui concerne les tests statistiques, le test du Chi2 a été utilisé pour la comparaison de variables qualitatives et le test de Student a été utilisé pour la comparaison de moyennes. L'utilisation de ces tests a permis de calculer des « p-value » pour l'ensemble de chaque catégorie. Celle-ci étant significative si la valeur du « p » était inférieure à 0,05.

² HELLP : Hemolysis Elevated Liver Low Platelet

Nous précisons que pour l'analyse des résultats, nous avons regroupé les différents niveaux d'études présentés dans le questionnaire en trois catégories. Les niveaux « collège/lycée sans diplôme », « brevet des collèges » et « BEP/CAP » ont été regroupés au sein de la catégorie « < à Bac ». Les niveaux « Bac » et « Bac +2 » ont été réunis pour former une seule catégorie : « Bac à Bac +2 ». Nous avons laissé la catégorie « > à Bac +2 ». En ce qui concerne les conjoints, nous avons créé une quatrième catégorie : « absence de conjoint ».

Les catégories socio-professionnelles ont également été réunies afin de n'en obtenir que trois. Ainsi nous avons intitulé « catégorie professionnelle supérieure » : les artisans, commerçants, chefs d'entreprise et les cadres et professions intellectuelles supérieures. Nous avons nommé « catégorie professionnelle inférieure » : les agriculteurs exploitants, les professions intermédiaires, les employés et les ouvriers. Nous avons regroupé dans une autre catégorie que nous avons nommé « sans emploi » : les demandeurs d'emploi, les femmes ou hommes au foyer, les retraités, les étudiants, les personnes en formation... Pour la question concernant la catégorie socio-professionnelle des conjoints, nous avons créé une quatrième catégorie : « absence de conjoint ».

De la même manière, lorsqu'il y avait quatre modalités de réponses possibles dans le questionnaire à savoir : « pas du tout satisfaite », « assez satisfaite », « satisfaite » et « très satisfaite », nous les avons regroupées pour l'analyse en deux catégories : « pas satisfaite » et « satisfaite ».

Nous avons pris la décision de réduire le nombre de modalités possibles à ces questions afin d'avoir des sous-groupes de taille suffisante pour chacune d'entre elles dans le but d'obtenir des « p-value » précises.

Dans le paragraphe **2.2.4** de la **partie II**, nous avons construit un score global de satisfaction sur le vécu du séjour et la prise en charge à la maternité à partir de sept items. La modalité « Pas satisfaite » vaut 0 et le critère « Satisfaite » vaut 1 point, nous avons ainsi fait la somme des sept items pour chaque patiente afin d'obtenir pour chacune d'entre elles un score sur sept points.

En complément de l'analyse descriptive de nos résultats, nous avons également réalisé une analyse multivariée de ces derniers. Pour identifier les facteurs de risque d'une sortie anticipée, des modèles de régressions logistiques univariés et multivariés ont été utilisés. Les variables incluent dans le modèle multivarié final ont été identifiées en utilisant une procédure de sélection pas à pas ascendante et descendante basée sur l'AIC³.

³ AIC : Akaike Information Criterion (Critère d'information d'Akaike)

2 – Présentation des résultats

2.1 Recueil des populations

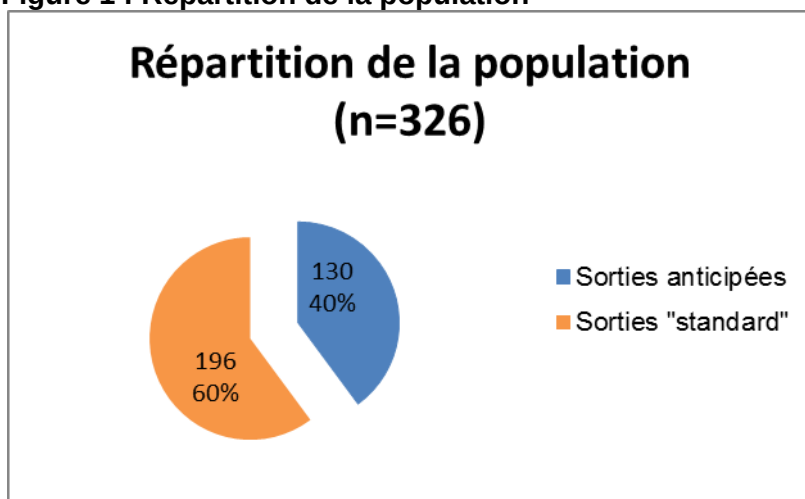
Sur la durée de l'étude, 326 questionnaires ont été collectés. La population de l'étude (**figure 1**) était composée de 130 (40%) sorties anticipées et de 196 (60%) sorties « standard ».

Parmi les 196 sorties « standard », nous avons 35 patientes qui étaient éligibles à une sortie précoce mais cette dernière n'a pas pu avoir lieu à cause :

- d'une raison médicale per ou post-natale (n=15),
- d'une sortie qui aurait eu lieu un dimanche ou un jour férié, or il n'y a pas de pédiatre pour autoriser les sorties ces jours-là (n=15),
- d'une impossibilité à avoir un rendez-vous avec une sage-femme libérale dès le lendemain de la sortie (n=5).

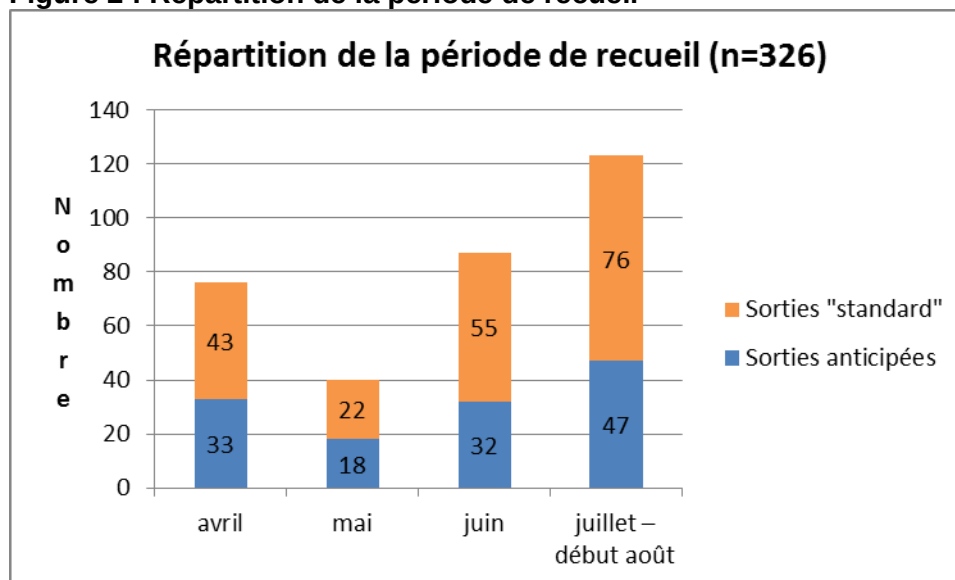
Cela représente 18% de la population des sorties « standard » et 11% de la population totale de l'étude.

Figure 1 : Répartition de la population



Du fait d'une plus grande disponibilité, les questionnaires ont principalement été recueillis sur les mois de juin, juillet et début août (**figure 2**).

Figure 2 : Répartition de la période de recueil



2.2 Présentation de la population

2.2.1 Caractéristiques démographiques

Les deux populations étudiées (sorties anticipées et sorties « standard ») étaient comparables en ce qui concerne l'âge moyen, l'origine ethnique et les conditions de vie (type de logement).

En revanche, les deux groupes étaient statistiquement différents pour ce qui était du niveau d'études, du niveau socio-économique et du statut marital.

En effet, nous constatons qu'il y avait statistiquement plus de personnes qui avaient un niveau d'études inférieur au baccalauréat parmi le groupe des sorties anticipées ($p=0,0006$).

Pour le niveau socio-économique, la population des sorties « standard » regroupait statistiquement plus de personnes qui avaient un niveau d'études supérieur et une « catégorie socio-professionnelle supérieure » alors que le groupe des sorties anticipées comptait statistiquement plus de personnes « sans emploi » et de niveau d'études moindre ($p=0,0032$).

En ce qui concerne la situation familiale, il y avait plus de couples mariés dans le groupe des sorties anticipées ($p=0,0032$).

L'ensemble de ces données est regroupé dans le **tableau III**.

Tableau III – Comparaison des caractéristiques démographiques entre la population des sorties anticipées et celle des sorties « standard »

		Sorties anticipées n=130 (%)	Sorties « standard » n=196 (%)	p value	Total = 326
Age		130 (100)	196 (100)	0,6464	326
15-25 ans		13 (10)	24 (12)		37
26 - 35 ans		97 (75)	137 (70)		234
36 - 45 ans		20 (15)	35 (18)		55
Age moyen (+/- écart type)		30,95 (+/- 4,46)	30,90 (+/- 4,51)	0,6616	
Nationalité		130 (100)	196 (100)	0,3332	326
Française		116 (89)	181 (92)		297
Autres		14 (11)	15 (8)		29
	Maghreb	8 (73)	6 (40)		14
	Afrique sub-saharienne	2 (18)	5 (33)		7
	Autres	4 (36)	4 (27)		8
Niveau d'études		130 (100)	196 (100)	0,0006	326
< à Bac		35 (27)	21 (11)		56
Bac à Bac +2		43 (33)	73 (37)		116
> à Bac +2		52 (40)	102 (52)		154
Situation socio-économique		130 (100)	196 (100)	0,0032	326
« Catégorie professionnelle supérieure »		27 (21)	60 (31)		87
« Catégorie professionnelle inférieure »		61 (47)	103 (53)		164
« Sans emploi »		42 (32)	33 (17)		75
Situation familiale		130 (100)	196 (100)	0,0032	326
Mariée		62 (48)	68 (35)		130
Pacsée		18 (14)	57 (29)		75
En concubinage		41 (32)	65 (33)		106
Célibataire		9 (7)	6 (3)		15
Type de logement		130 (100)	196 (100)	0,4485	326
Maison		70 (54)	103 (53)		173
Appartement		59 (45)	93 (47)		152
Autres		1 (1)	0 (0)		1
Revenu mensuel		130 (100)	196 (100)	0,1063	326
0-1000€		14 (11)	6 (3)		20
1000-2000€		16 (12)	17 (9)		33
2000-3000€		27 (21)	52 (27)		79
3000-4000€		24 (18)	45 (23)		69
4000-5000€		9 (7)	14 (7)		23
> 5000€		11 (8)	16 (8)		27
NR		29 (22)	46 (23)		75

2.2.2 Caractéristiques des conjoints des patientes

Nous constatons une différence significative entre les deux groupes en ce qui concernait le niveau d'études des conjoints ($p=0,0002$). Les femmes qui choisissaient une sortie anticipée avaient plus fréquemment un conjoint avec un niveau d'études moindre que celles qui réalisaient une sortie « standard » (34 femmes soit 26% dans le groupe des sorties anticipées versus 21 femmes soit 11% dans le groupe des sorties « standard »). Cependant cette différence n'était pas retrouvée de façon significative pour le niveau socio-économique.

Nous retrouvons ces données dans le **tableau IV**.

Tableau IV – Comparaison des caractéristiques des conjoints en fonction de la sortie anticipée ou de la sortie « standard » de la patiente

	Sorties anticipées n= 130 (%)	Sorties « standard » n= 196 (%)	p value	Total = 326
Niveau d'études du conjoint	130 (100)	196 (100)	0,0002	326
< à Bac	34 (26)	21 (11)		55
Bac à Bac +2	49 (38)	76 (39)		125
> à Bac +2	38 (29)	93 (47)		131
Absence de conjoint	9 (7)	6 (3)		15
Situation socio-économique du conjoint	130 (100)	196 (100)	0,5842	326
« Catégorie professionnelle supérieure »	44 (34)	80 (41)		124
« Catégorie professionnelle inférieure »	67 (52)	97 (49)		164
« Sans emploi »	10 (8)	13 (7)		23
« Absence de conjoint »	9 (7)	6 (3)		15

2.2.3 Données médicales

Nous constatons une différence significative entre les 2 groupes concernant la parité ($p<0,001$) et les modalités d'accouchement ($p=0,005$). (**Tableau V** et figures 3 et 4)

Tableau V – Comparaison des caractéristiques médicales entre la population des sorties anticipées et celle des sorties « standard »

	Sorties anticipées n= 130 (%)	Sorties « standard » n= 196 (%)	p value	Total = 326
Parité	130 (100)	196 (100)	< 0,001	326
1er enfant	14 (11)	95 (48)		109
2ème enfant	68 (52)	74 (38)		142
≥ 3ème enfant	48 (37)	27 (14)		75
Mode d'accouchement	130 (100)	196 (100)	0,0050	326
Voie basse	116 (89)	151 (77)		267
Voie basse instrumentale	4 (3)	26 (13)		30
Césarienne	10 (8)	19 (10)		29
Mode d'allaitement	130 (100)	196 (100)	0,4625	326
Maternel	79 (61)	132 (67)		211
Artificiel	43 (33)	55 (28)		98
Mixte	8 (6)	9 (5)		17

Les patientes du groupe sortie anticipée étaient plus fréquemment des multipares ($p < 0,001$) ayant accouché par voie basse spontanément ($p = 0,005$). Seules, 14 patientes primipares, soit 11% (**figure 3**) et 4 patientes, soit 3% (**figure 4**) ayant eu une extraction instrumentale ont souhaité sortir précocement.

Figure 3 : Parité des populations

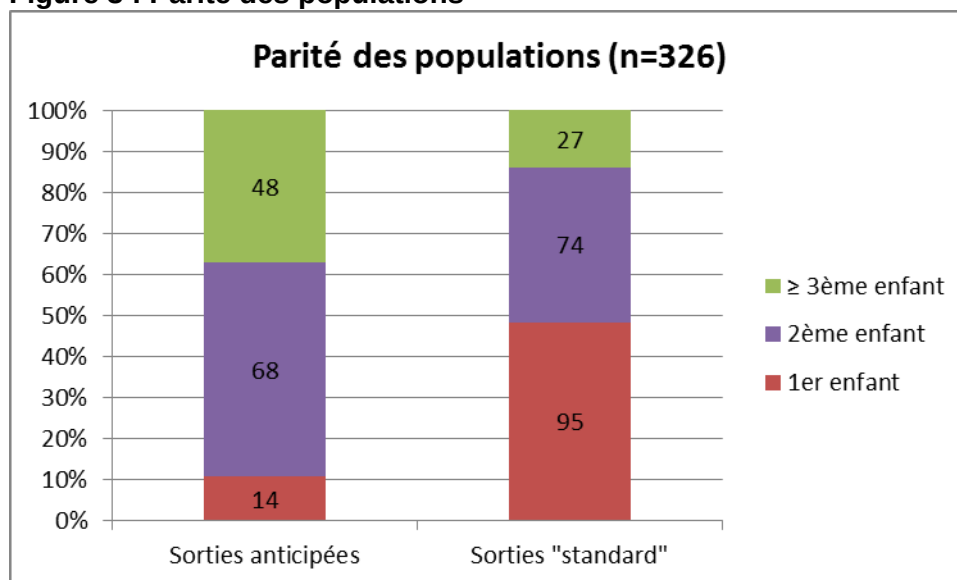
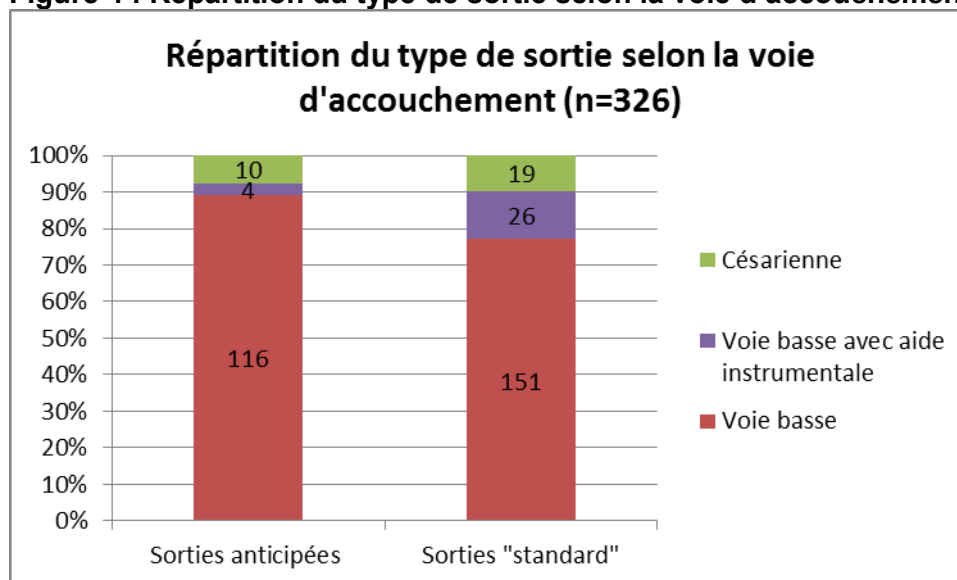


Figure 4 : Répartition du type de sortie selon la voie d'accouchement



Le nombre de patientes ayant eu une césarienne dans notre étude était faible que ce soit dans le groupe sortie « standard » ou dans le groupe sortie anticipée. (Nous expliquerons la raison de cela dans la partie discussion).

Concernant le mode d'allaitement, la différence n'était pas significative entre les deux groupes.

2.2.4 Caractéristiques socio-médicales

Nous retrouvons toutes les caractéristiques socio-médicales au sein du **tableau VI**.

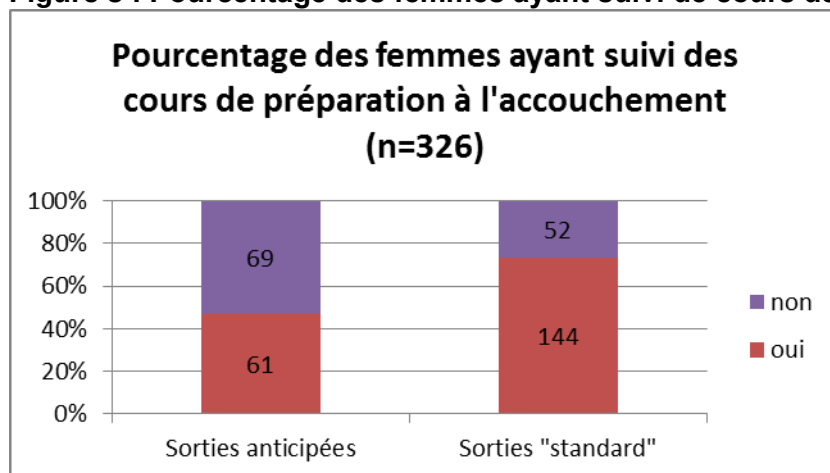
Tableau VI – Comparaison des caractéristiques socio-médicales entre la population des sorties anticipées et celle des sorties « standard »

	Sorties anticipées n= 130 (%)	Sorties « standard » n= 196 (%)	p value	Total = 326
Grossesse souhaitée	130 (100)	196 (100)	0,1016	326
Oui	94 (72)	157 (80)		251
Non	36 (28)	39 (20)		75
Cours de préparation à l'accouchement	130 (100)	196 (100)	< 0,001	326
oui	61 (47)	144 (73)		205
non	69 (53)	52 (27)		121
Déroulement de la grossesse	130 (100)	196 (100)	0,7683	326
Pas satisfaite	19 (15)	31 (16)		50
Satisfaite	111 (85)	165 (84)		276
Déroulement de l'accouchement	130 (100)	196 (100)	0,5289	326
Pas satisfaite	21 (16)	37 (19)		58
Satisfaite	109 (84)	159 (81)		268
Satisfaction globale du séjour	130 (100)	196 (100)	0,0661	326
Pas satisfaite	24 (18)	22 (11)		46
Satisfaite	106 (82)	174 (89)		280
Chambre	130 (100)	196 (100)	< 0,001	326
Simple	95 (73)	182 (93)		277
Double	35 (27)	14 (7)		49
Manque d'intimité	130 (100)	196 (100)	0,2662	326
Oui	17 (13)	18 (9)		35
Non	113 (87)	178 (91)		291
Repos possible	130 (100)	196 (100)	0,1476	326
Oui	63 (48)	111 (57)		174
Non	67 (52)	85 (43)		152
Conjoint présent au retour à domicile	130 (100)	196 (100)	0,2220	326
Oui	111 (85)	157 (80)		268
Non	19 (15)	39 (20)		58
Sage-femme libérale pendant la grossesse	130 (100)	196 (100)	0,0672	326
Oui	89 (68)	152 (78)		241
Non	41 (32)	44 (22)		85

Dans chacune des populations, la grossesse était désirée dans la majorité des cas (n=94, soit 72% pour les sorties anticipées et n=157, soit 80% pour les sorties « standard ») sans différence significative.

Concernant les cours de préparation à l'accouchement, nous constatons une différence significative ($p < 0,001$) entre les deux groupes. Dans le groupe sortie « standard » la proportion de patientes ayant suivi des cours de préparation à l'accouchement était statistiquement plus élevée que dans la population sortie anticipée (n=144, soit 73% dans le groupe des sorties « standard » versus n=61 soit 47% dans le groupe des sorties anticipées). (**figure 5**)

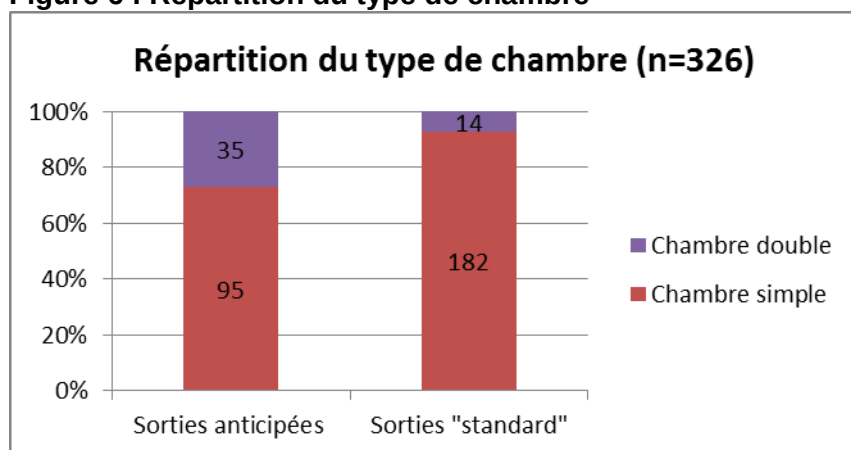
Figure 5 : Pourcentage des femmes ayant suivi de cours de préparation à l'accouchement



Les patientes étaient satisfaites de leur grossesse, de leur accouchement et de leur séjour en maternité, qu'elles soient sorties de manière anticipée ou qu'elles aient eu un séjour de durée standard (**tableau IV**).

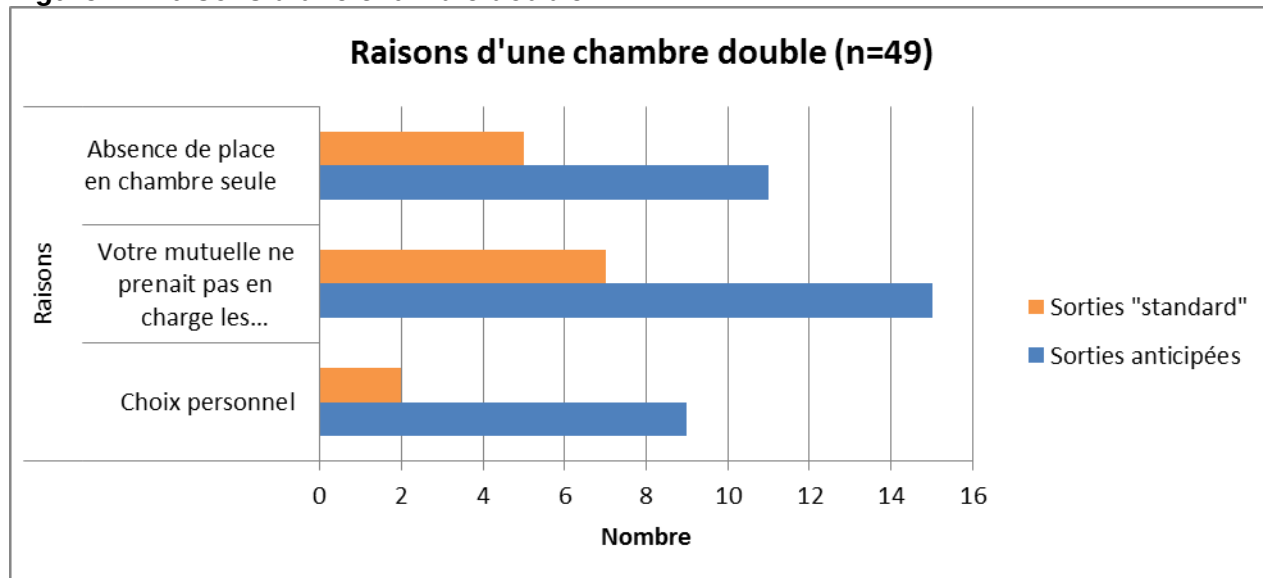
Il y avait une différence significative ($p < 0,001$) au sujet du type de chambre dont a bénéficié la patiente durant son séjour. Dans le groupe sortie anticipée les patientes avaient plus fréquemment, et ce de façon significative, une chambre double que dans le groupe sortie « standard » ($n=35$, soit 27% de chambres doubles parmi les sorties anticipées et $n=14$, soit 7% dans le groupe sortie « standard ») (**figure 6**).

Figure 6 : Répartition du type de chambre



Lorsque l'on détaillait les motifs pour lesquels les patientes avaient une chambre double, pour 16 d'entre elles ce choix avait été fait à défaut de chambre simple disponible et pour 22 d'entre elles ce choix avait été fait pour des raisons économiques car le supplément lié à la chambre seule n'était pas pris en charge par la mutuelle. (figure 7)

Figure 7 : Raisons d'une chambre double

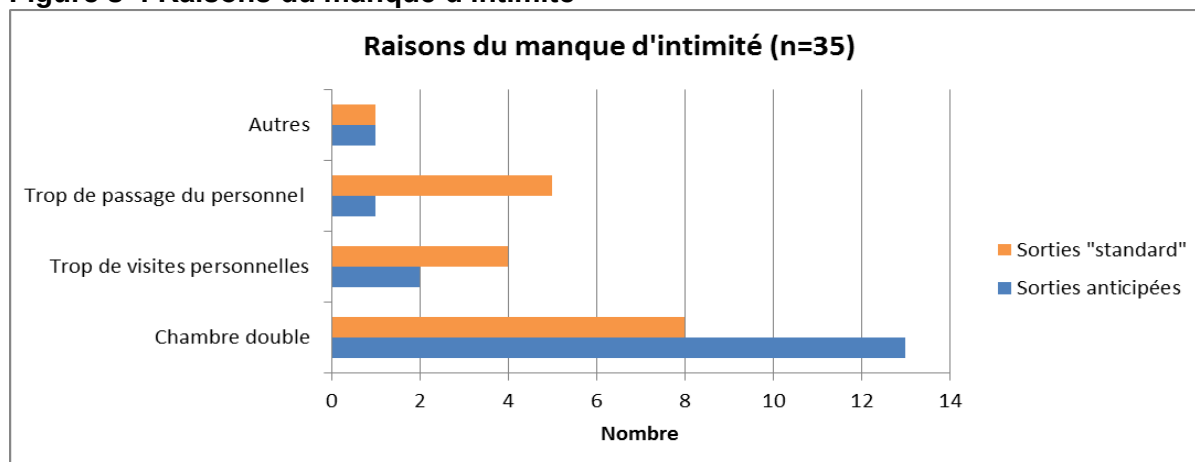


Une seule réponse possible par patiente.

Nous constatons (**tableau VI**) que les réponses sur le manque d'intimité, les difficultés à se reposer et la présence du conjoint lors du retour à domicile n'étaient statistiquement pas différents dans les deux groupes.

La chambre double est la raison principale citée concernant le manque d'intimité des patientes puisque 25 patientes sur 35, qui ont ressenti un manque d'intimité, l'ont mentionnée. (figure 8)

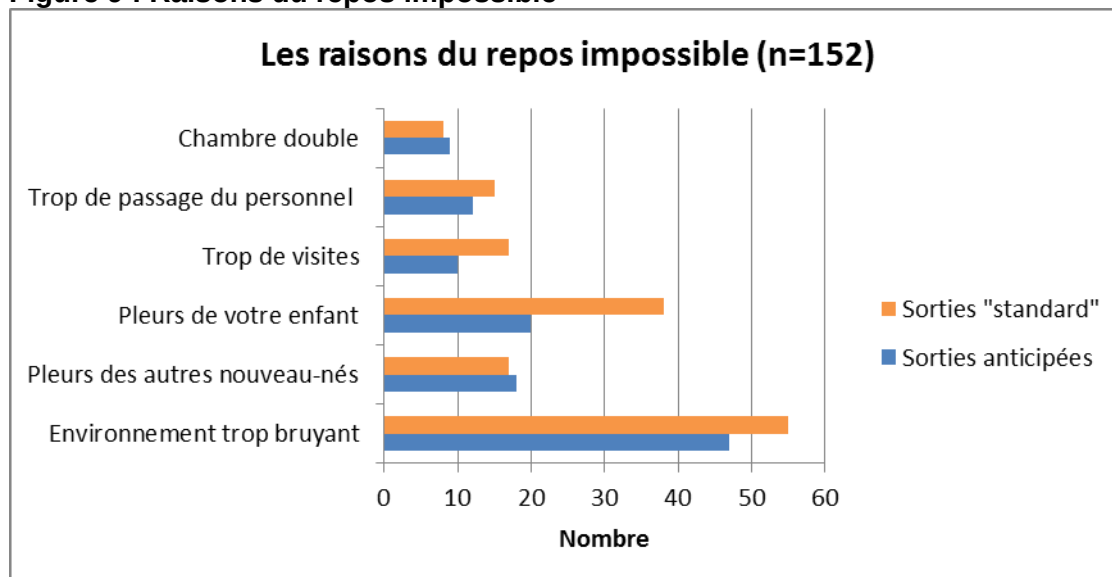
Figure 8 : Raisons du manque d'intimité



Une seule réponse possible par patiente.

Lorsque nous regardons la **figure 9**, 152 patientes ont affirmé ne pas avoir pu se reposer pendant leur séjour à la maternité. La raison principale citée par les deux groupes (sorties « standard » et sortie anticipée) était « l'environnement trop bruyant » puisque 102 femmes (soit 67%) l'ont mentionnée. La deuxième raison citée était « les pleurs de votre enfant ». Elle semblait concerner plutôt les patientes bénéficiant d'une sortie « standard » puisque 38 d'entre elles l'ont mentionnée (soit 45%) contre 20 patientes bénéficiant d'une sortie anticipée (soit 30%).

Figure 9 : Raisons du repos impossible



Les patientes pouvaient choisir plusieurs réponses. (Somme des pourcentages cités dans le texte supérieur à 100).

Le fait d'avoir vu une sage-femme libérale ou non pendant la grossesse n'intervenait pas sur la modalité de sortie puisqu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes (**tableau VI**). Par ailleurs nous notons que plus de $\frac{3}{4}$ des patientes ayant eu une sortie « standard » et plus de $\frac{2}{3}$ des patientes ayant eu une sortie anticipée avaient une sage-femme libérale pendant leur grossesse.

2.2.4.1 Score global de satisfaction

Les deux populations étaient satisfaites de leur séjour à la maternité sans différence significative comme le montre le **tableau VI**. Si nous regardions ensuite les items qui ont servi à construire le score global de satisfaction et si nous les prenions individuellement, il n'y avait pas de différence significative entre les deux populations. (**Tableau VII**)

Le calcul du score global de satisfaction n'a pas montré de différence significative entre le groupe des sorties anticipées et celui des sorties « standard ».

Tableau VII – Présentation du score global de satisfaction et des items pris en compte

	Sorties anticipées n= 130 (%)	Sorties « standard » n= 196 (%)	p value	Total = 326
Agencement de la chambre	130 (100)	196 (100)	0,1191	326
Pas satisfaite	34 (26)	37 (19)		71
Satisfaite	96 (74)	159 (81)		255
Nourriture	130 (100)	196 (100)	0,0552	326
Pas satisfaite	67 (52)	122 (62)		189
Satisfaite	63 (48)	74 (38)		137
Accompagnement de l'allaitement*	130 (100)	196 (100)	0,2863	326
Pas satisfaite	14 (11)	18 (9)		32
Satisfaite	73 (56)	127 (65)		200
Biberon	43 (33)	51 (26)		94
Accompagnement des soins de l'enfant	130 (100)	196 (100)	0,7363	326
Pas satisfaite	12 (9)	16 (8)		28
Satisfaite	118 (91)	180 (92)		298
Accompagnement psychologique	130 (100)	196 (100)	0,1752	326
Pas satisfaite	29 (22)	32 (16)		61
Satisfaite	101 (78)	164 (84)		265
Surveillance médicale	130 (100)	196 (100)	0,5033	326
Pas satisfaite	11 (8)	21 (11)		32
Satisfaite	119 (92)	175 (89)		294
Disponibilité le jour	130 (100)	196 (100)	0,8805	326
Pas satisfaite	18 (14)	26 (13)		44
Satisfaite	112 (86)	170 (87)		282
Disponibilité la nuit	130 (100)	196 (100)	0,5315	326
Pas satisfaite	13 (10)	24 (12)		37
Satisfaite	117 (90)	172 (88)		289
Score global de satisfaction / 7	130 (100)	196 (100)	0,8820	326
Score < 5	25 (19)	39 (20)		64
Score ≥ 5	105 (81)	157 (80)		262

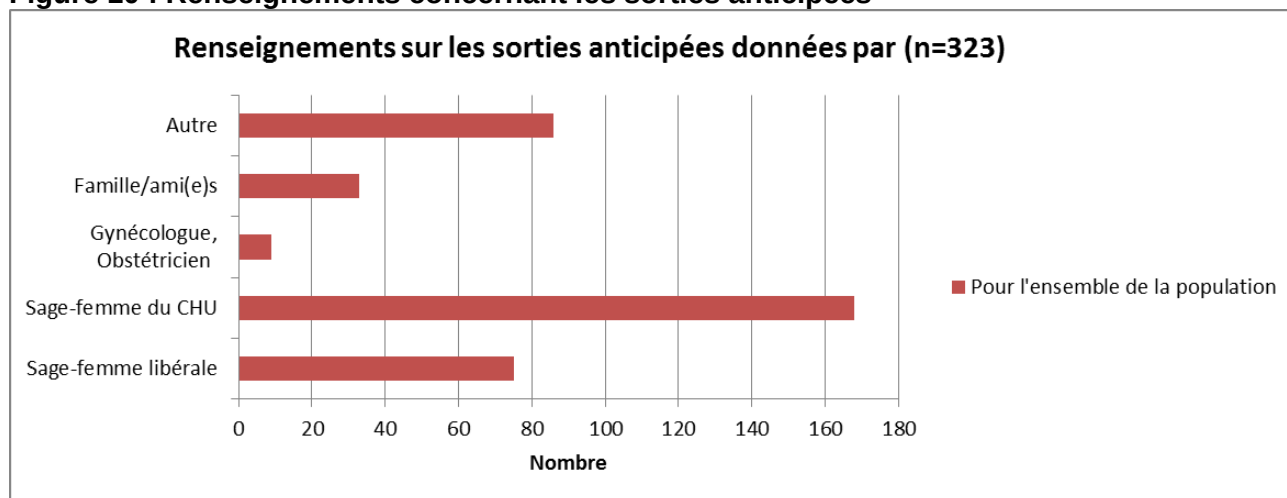
*L'accompagnement de l'allaitement maternel a dû être exclu du score du fait de la catégorie « biberon » qui rajoutait une modalité tandis que tous les autres items n'avaient que deux modalités possibles.

2.3 Informations sur les sorties anticipées

Normalement toute femme enceinte dont la grossesse est physiologique reçoit une information concernant l'existence des sorties anticipées, les critères à satisfaire pour pouvoir en bénéficier et les conditions nécessaires de suivi qui doivent être mises en place après la naissance. Parfois l'information n'a pas été donnée pendant la grossesse mais en suites de couches lorsque les sages-femmes estiment que le couple mère-enfant est éligible pour une sortie précoce. Ensuite quelque-soit la situation c'est une demande qui est faite par la mère.

Dans notre étude, les patientes ont reçu l'information concernant la possibilité de réaliser une sortie anticipée, essentiellement par les sages-femmes du CHU (n=168, 52%). Par sages-femmes du CHU, nous entendons les sages-femmes rencontrées en consultation, en salle de naissances et en suites de couches. La deuxième source d'information était véhiculée par de la documentation disponible dans les salles d'attente du CHU ou remise lors de l'inscription à la maternité (cela concernait 76 patientes (24%), parmi les 86 qui ont répondu « Autre »). Les sages-femmes libérales constituaient la troisième source d'informations (n=75, 23%). Ces données sont regroupées dans la **figure10**.

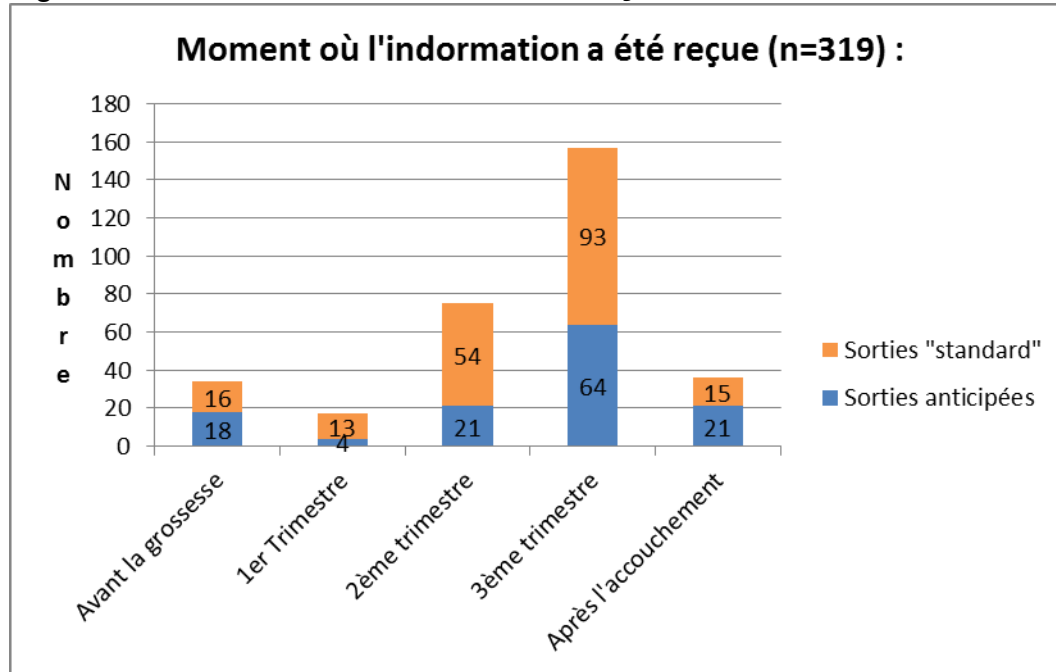
Figure 10 : Renseignements concernant les sorties anticipées



Les patientes pouvaient choisir plusieurs réponses. (Somme des pourcentages cités dans le texte supérieur à 100).

L'information a été reçue majoritairement au 3^{ème} trimestre (**figure 11**) que ce soit dans le groupe des sorties anticipées ou celui des sorties « standard ». En effet, sur un total de 319 patientes qui ont répondu à la question, 157 d'entre elles ont reçu l'information à cette période, soit 49%. Pour 36 femmes (soit 11%), l'information a été reçue en suites de couches et parmi elles, 21 ont souhaité sortir de manière anticipée.

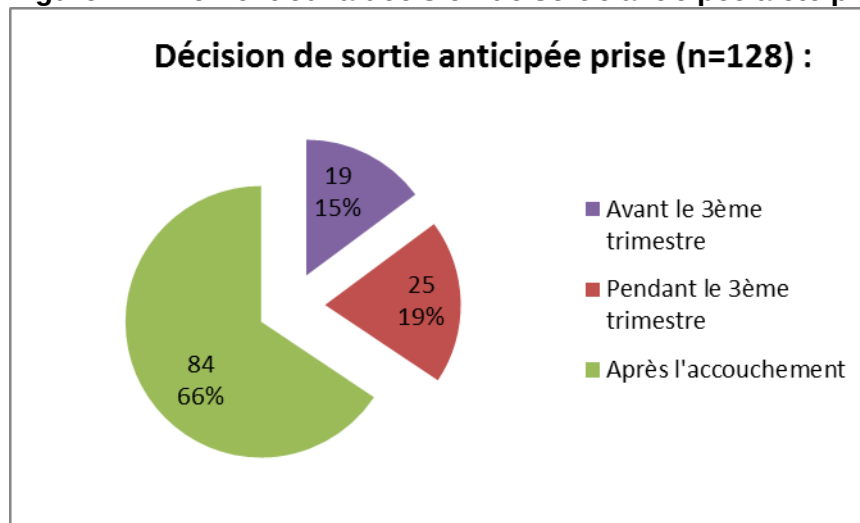
Figure 11 : Moment où l'information a été reçue



Une seule réponse possible par patiente.

Parmi les patientes ayant bénéficié d'une sortie anticipée, 128 ont répondu à la question « quand avez-vous pris la décision de choisir une sortie anticipée ? ». Pour 84 femmes (66%), la décision a été prise après l'accouchement. (**Figure 12**)

Figure 12 : Moment où la décision de sortie anticipée a été prise



2.4 Raisons qui ont motivé le choix des patientes

2.4.1 Pour les sorties anticipées

La **figure 13** montre que 129 patientes sur 130, qui ont eu une sortie anticipée, ont répondu à la question concernant les motivations de leur choix.

Le fait de vouloir retrouver l'environnement familial rapidement (conjoint, aîné(s), domicile...) restait la raison principale de la demande, puisque 121 femmes (94%) l'ont mentionnée.

Pour 75 d'entre elles (58%), la durée de séjour était estimée suffisante.

Une vingtaine de femmes (16%) préféraient être suivies par un réseau connu.

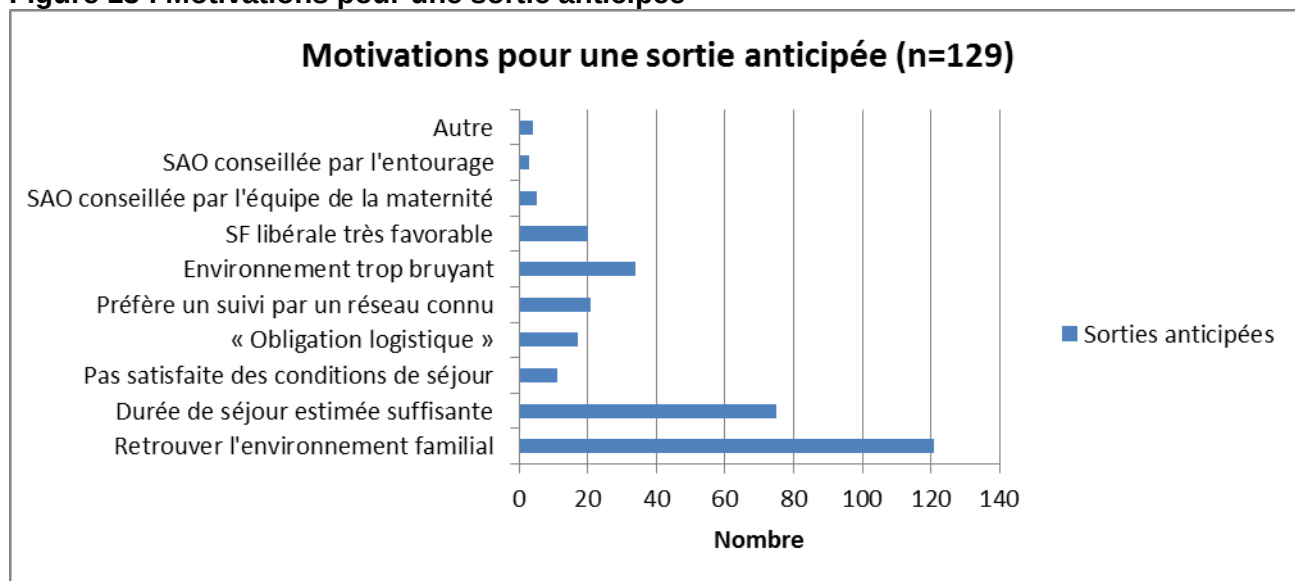
Le même nombre de femmes (soit 16%) avait une sage-femme libérale très favorable au retour précoce à domicile.

Peu de femmes (n=17, 13%) ont mentionné une « obligation logistique ».

Les conditions générales de séjour et l'environnement trop bruyant étaient peu des motifs décisionnels de sortie précoce puisque qu'ils concernaient, respectivement, 11 et 34 femmes bénéficiant d'une sortie anticipée (soit 9% et 26%).

Les autres items (« sortie anticipée conseillée par l'entourage, ou « conseillée par l'équipe de la maternité, et l'item « Autre ») concernaient 5 femmes ou moins.

Figure 13 : Motivations pour une sortie anticipée



Les patientes pouvaient choisir plusieurs réponses. (Somme des pourcentages cités dans le texte supérieur à 100).

SAO : Sortie Anticipée Organisée

SF : Sage-femme

2.4.2 Pour les sorties « standard »

La **figure 14** montre que parmi les 196 patientes qui ont eu une sortie « standard », 192 d'entre elles ont répondu à la question.

La durée de séjour standard était estimée nécessaire après l'accouchement pour 119 femmes (62%) : c'est la raison principale les ayant incitées à choisir cette modalité de sortie.

Nous retrouvions pour 75 patientes (39%) le souhait de se reposer à la maternité avant de retrouver leur environnement familial où il faudrait aussi gérer le quotidien (tâches ménagères, aîné(s)...).

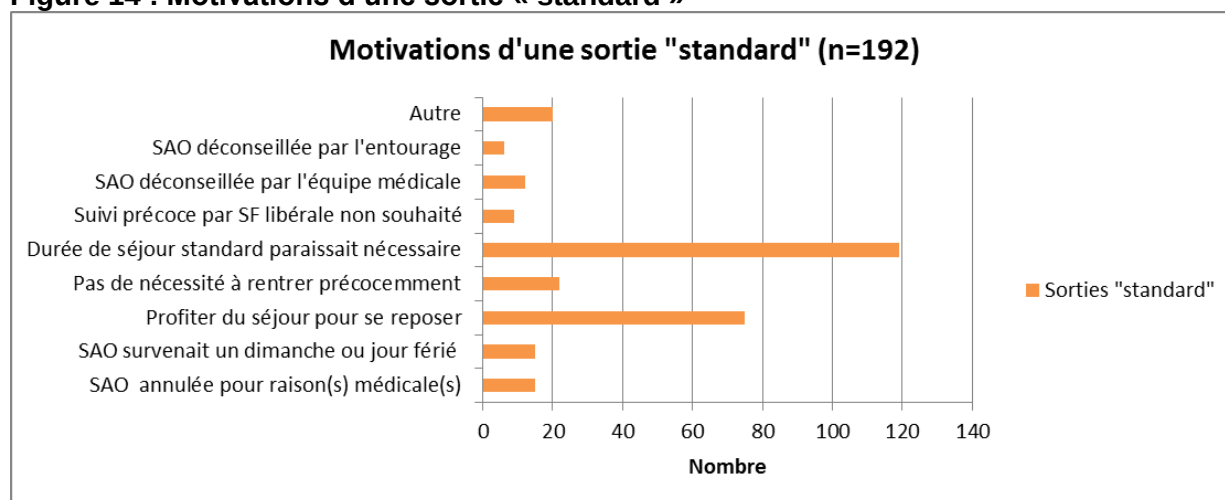
Pour 22 patientes (11%), une sortie précoce n'était pas nécessaire, elles n'avaient pas d'impératif (notamment concernant la garde de leur(s) aîné(s)).

Pour quelques-unes, la sortie anticipée leur a été déconseillée par leur sage-femme libérale, par l'équipe soignante de la maternité ou par leur entourage (moins de 15 patientes pour chaque proposition).

Nous retrouvions dans le groupe des sorties « standard » les patientes qui souhaitaient une sortie anticipée mais qui n'a pu avoir lieu : à cause de raisons médicales per ou post-natales (15 femmes soit 8%), parce que la sortie aurait eu lieu un dimanche ou un jour férié, or le protocole du service exclut les patientes car il n'y a pas de pédiatre ces jours-là pour réaliser les sorties (15 femmes soit 8%) ou parce qu'elles n'avaient pas pu programmer de rendez-vous avec la sage-femme libérale pour le lendemain de leur sortie (5 femmes soit 4%, comptabilisées dans l'item « Autre »).

Nous retrouvions le besoin de conseils et de soutien (notamment pour l'allaitement maternel) pour 9 patientes (7%), 3 patientes (2%) ont précisé qu'en cas d'accouchement par les voies naturelles, elles auraient accepté une sortie précoce et 2 (2%) ont avancé le fait d'avoir été mal informées sur les sorties anticipées. (Ces 15 patientes ont répondu au choix « Autre »).

Figure 14 : Motivations d'une sortie « standard »



Les patientes pouvaient choisir plusieurs réponses. (Somme des pourcentages cités dans le texte supérieure à 100).

2.5 Commentaires libres concernant les sorties anticipées

Dans le groupe des sorties anticipées, 14 patientes ont laissé un commentaire sur le système du retour précoce à domicile. Elles ont pu mentionner plusieurs idées dans leur commentaire que nous avons séparées.

Pour 8 femmes, ce système était perçu comme « *très intéressant* » mentionnant l'intérêt de pouvoir « *se reposer chez soi lorsque toutes les conditions étaient réunies* » pour la mère et l'enfant. Un système permettant également d'être « *suivie par un réseau connu* » avec lequel elles avaient établi une vraie alliance, « *sans pour autant avoir trouvé l'accueil et le séjour en maternité insatisfaisant* ».

Un système « *très adapté* » pour les multipares selon 7 patientes, qui étaient toutes des multipares.

Deux patientes ont souligné « *la bonne organisation du système* ».

Dans le groupe des sorties « standard », 30 patientes ont laissé un commentaire concernant le dispositif des sorties anticipées. De la même manière, elles ont pu mentionner plusieurs idées dans leur commentaire que nous avons séparées.

Nous retrouvions des avis divergents sur le sujet.

Pour 11 patientes, ce dispositif ne semblait « *pas approprié pour un 1^{er} enfant* » avec la réciproque de dire que ce système paraissait « *plus adapté pour les multipares* ».

Un séjour de 3 jours minimum paraissait « *nécessaire pour la mise en place de l'allaitement maternel, l'encadrement des soins mais aussi pour se reposer* » : un argument avancé par 10 femmes qui n'étaient pas uniquement des primipares.

Pour 3 patientes un retour précoce à domicile ne semblait « *pas approprié en cas d'accouchement ressenti comme difficile* ».

D'un autre côté, nous relevions « *un dispositif attrayant* » notamment en cas de « *problème logistique* » évoqué par 2 patientes (garde des aînés, difficulté du conjoint pour se déplacer à la maternité) ou « *lorsque tous les critères sont réunis pour la mère et l'enfant* », un argument cité par 4 patientes.

Quatre patientes ont précisé qu'il fallait « *garder ce système sur la base du volontariat maternel* ».

Ensuite, quatre patientes ont soulevé des imperfections au système : selon elles, il faudrait « *améliorer l'information en amont quant aux modalités de sortie* » autre que les critères médicaux, à savoir qu'il n'y a « *pas de sortie anticipée les dimanches et jours fériés et qu'en cas d'impossibilité de rendez-vous avec une sage-femme libérale ou un médecin le lendemain de la sortie anticipée, celle-ci ne peut avoir lieu* ».

Trois patientes ont estimé avoir reçu « *trop peu d'informations* » concernant la sortie anticipée pour pouvoir l'accepter.

« *La diminution de la durée de séjour a permis de libérer des places dans les maternités et de réduire les dépenses de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie* ». Un argument avancé par 5 femmes, certaines le voyant comme un reproche et d'autre comme un avantage.

2.6 Analyse multivariée

Les facteurs influençant le recours à une sortie anticipée sont regroupés dans le **tableau VIII**.

Les items suivants : l'âge, la nationalité, le type de logement, le désir de grossesse, le déroulement de la grossesse, celui de l'accouchement, le mode d'allaitement, le manque d'intimité, et le niveau global de satisfaction ; n'étaient pas des facteurs significatifs d'après l'analyse univariée. L'analyse multivariée n'a pas montré d'intérêt pour ces items.

Le fait de ne pas pouvoir se reposer à la maternité n'était pas un facteur de risque de sortie précoce lors de l'analyse univariée. Il ne l'était toujours pas après l'analyse multivariée même s'il tendait à la devenir puisque la p-value est passée de 0,148 à 0,079.

Les femmes qui avaient un niveau inférieur au baccalauréat et celles qui n'avaient pas d'emploi avaient plus favorablement une sortie précoce lors de l'analyse univariée. Cependant l'analyse multivariée n'a pas montré d'intérêt supplémentaire.

Ensuite nous retrouvions des critères qui étaient significatifs avec l'analyse univariée et que l'analyse multivariée a confirmés. C'était le cas de la parité : être primipare était un facteur freinant la sortie anticipée ($p < 0,001$). La chambre double était un facteur favorisant de sortie précoce ($p = 0,001$), avec une survenue 3,75 fois plus fréquente de réaliser une sortie précoce lorsqu'on avait une chambre double (IC 95%⁴ [1,7-8,24]).

Certains items étaient significatifs avec l'analyse univariée mais l'analyse multivariée a révélé un biais (que nous expliquerons dans la discussion) puisque nous avons perdu cette significativité. C'était le cas de la situation familiale « pacsée-concubinage » qui était un facteur freinant la sortie anticipée dans l'analyse univariée ($p = 0,007$) mais cela ne l'était plus après avoir réalisé l'analyse multivariée. Ne pas avoir suivi de cours de préparation à la naissance était un facteur favorisant le recours à une sortie précoce après l'analyse univariée ($p < 0,001$) mais ce ne l'était plus une fois l'analyse multivariée réalisée. De même, l'extraction instrumentale semblait être un facteur freinateur lors de l'analyse univariée ($p = 0,004$) mais l'analyse multivariée a permis de mettre en évidence un biais dans ce résultat.

L'intérêt de l'analyse multivariée, est également d'avoir pu mettre en évidence des résultats qui n'étaient pas significatifs lors de l'analyse univariée et qui le sont devenus après l'analyse multivariée. L'absence du conjoint lors du retour à domicile est devenue un facteur freinant la sortie anticipée ($p = 0,049$; IC 95% [0,19-1]), c'est-à-dire que les femmes qui n'avaient pas leur mari présent lors de leur retour à domicile choisissaient moins fréquemment la sortie anticipée.

⁴ IC 95% = intervalle de confiance à 95%

Tableau VIII – Facteurs influençant le recours à une sortie anticipée

	catégorie	Analyse univariée		Analyse multivariée	
		OR brut (95%CI)	P(Wald's test)	OR adj. (95%CI)	P(Wald's test)
Age	26-35 ans	1	-	-	-
	15-25 ans	0,77 (0,37-1,58)	0,468	-	-
	36-45 ans	0,81 (0,44-1,48)	0,489	-	-
Nationalité	France	1	-	-	-
	Autre	1,46 (0,68-3,13)	0,335	-	-
Niveau d'études des femmes	> Bac +2	1	-	-	-
	< Bac	3,27 (1,73-6,17)	< 0,001	-	-
	Bac +2	1,16 (0,7-1,91)	0,574	-	-
Situations socio-professionnelle des femmes	« Catégorie supérieure »	1	-	-	-
	« Catégorie inférieure »	1,32 (0,76-2,29)	0,331	-	-
	« Sans emploi »	2,83 (1,49-5,38)	0,002	-	-
Situation familiale	Mariée	1	-	1	-
	Célibataire	1,65 (0,55-4,89)	0,370	3,01 (0,69-13,21)	0,144
	Pacsée/concubinage	0,53 (0,33-0,84)	0,007	0,72 (0,42-1,23)	0,226
Parité	2	1	-	1	-
	≥3	1,93 (1,09-3,44)	0,025	1,31 (0,69-2,47)	0,41
	1	0,16 (0,08-0,31)	< 0,001	0,17 (0,08-0,34)	< 0,001
Type de logement	Maison	1	-	-	-
	Appartement	0,95 (0,61-1,48)	0,819	-	-
Grossesse souhaitée	Oui	1	-	-	-
	Non	1,54 (0,92-2,59)	0,103	-	-
Cours de préparation prénatale	Oui	1	-	1	-
	Non	3,13 (1,96-5)	< 0,001	1,65 (0,93-2,93)	0,088
Déroulement de la grossesse	Satisfaite	1	-	-	-
	Pas satisfaite	0,91 (0,49-1,69)	0,768	-	-
Déroulement de l'accouchement	Satisfaite	1	-	-	-
	Pas satisfaite	0,83 (0,46-1,49)	0,529	-	-
Mode d'accouchement	Voie Basse	1	-	1	-
	Césarienne	0,69 (0,31-1,53)	0,356	0,84 (0,33-2,1)	0,702
	Voie Basse instrumentale	0,2 (0,07-0,59)	0,004	0,3 (0,08-1,05)	0,059
Mode d'allaitement	Maternel	1	-	-	-
	Artificiel et Mixte	1,33 (0,84-2,11)	0,224	-	-
Type de chambre	Simple	1	-	1	-
	Double	4,79 (2,46-9,34)	< 0,001	3,75 (1,7-8,24)	0,001
Repos possible	Oui	1	-	1	-
	Non	1,39 (0,89-2,17)	0,148	1,63 (0,95-2,83)	0,079
Manque d'intimité	Non	1	-	-	-
	Oui	1,49 (0,74-3,01)	0,268	-	-
Conjoint présent au retour à domicile	Oui	1	-	1	-
	Non	0,69 (0,38-1,26)	0,224	0,43 (0,19-1)	0,049
Score global de satisfaction	≥5	1	-	-	-
	<5	0,96 (0,55-1,68)	0,882	-	-

Pour réaliser l'analyse multivariée, nous avons regroupé les situations familiales « pacsée » et « en concubinage ».

PARTIE III : Discussion

1 – Difficultés rencontrées

- L'étude a demandé une grande implication et une présence en suites de couches très régulière (dimanches, jours fériés, vacances) afin de recueillir un nombre suffisant de questionnaires.
- Pour pouvoir rencontrer les patientes à un moment propice pour elles, il a fallu s'adapter à l'organisation des soins, aux visites et au temps de repos du couple mère-enfant. Ainsi, certains jours, où il y avait beaucoup de patientes à rencontrer, la distribution des questionnaires pouvaient prendre jusqu'à trois heures.
- D'autres questionnaires étaient distribués dans les mêmes temps que l'étude, les patientes étaient donc beaucoup sollicitées, ce qui a pu constituer un frein au remplissage des questionnaires.
- Lors du début du recueil, il a été constaté que certaines questions (notamment les questions n°32, 33 et 34) étaient peu ou mal renseignées par les patientes. Nous avons donc réajusté la présentation du questionnaire et insisté sur l'importance de bien remplir toutes les questions lorsque la patiente était concernée.
- La question n°39, mal formulée, n'a pas été bien comprise par les patientes, suscitant trop de non réponses, elle n'a donc pas pu être analysée.

2 – Points forts

- L'étude comporte un nombre important de sujets et permet donc d'avoir des différences significatives entre les deux populations.
- De manière générale, l'étude a été bien accueillie par les patientes, qui ont volontiers accepté d'y participer.
- Il s'agit d'un sujet peu abordé et peu traité, nous n'avons pas retrouvé de publications nationales mais essentiellement des mémoires d'étudiantes sages-femmes ou de sociologie.

3 – Caractéristiques médicales et socio-démographiques des femmes qui bénéficient d'une sortie anticipée

Les femmes qui ont bénéficié d'une sortie précoce étaient majoritairement des multipares, qui ont accouché par les voies naturelles. Elles avaient plus souvent un niveau d'études moindre et une absence d'activité que dans le groupe des sorties « standard ».

3.1 La parité

Le résultat de l'analyse univariée montrait que dans le groupe des sorties anticipées, nous retrouvions plus de multipares. Ce résultat est confirmé par l'analyse multivariée puisqu'elle montrait que la multiparité était un facteur favorisant le choix d'une sortie anticipée. Ceci est en accord avec les hypothèses formulées au préalable de notre étude.

Il est intéressant de noter que la cadre sage-femme de suites de couches en 2011 pensait déjà que c'était un dispositif qui devait intéresser les multipares : « *Des multipares [...] qui se sentent capables d'être à la maison vingt-quatre heures après l'accouchement, pour elles ce sera à mon avis, ça peut être mieux d'être à la maison, mais il faut qu'elles aient de l'aide.* » [13] C'est également ce qui ressort dans les commentaires libres laissés par les patientes, au sujet des sorties anticipées.

Nous pouvons expliquer ce résultat du fait d'une plus grande autonomie de la part des multipares face à la maternité. Elles ont une expérience déjà acquise et donc un besoin moindre d'encadrement dans les soins. Ce sont des patientes qui expriment aussi le besoin de retourner auprès de leur(s) aîné(s) et de retrouver leur environnement familial puisque c'est la raison principale avancée quant à leur motivation de sortie précoce.

De même, dans la **figure 9**, nous constatons plus de patientes ayant des difficultés à se reposer du fait des « pleurs de leur enfant » dans le groupe sorties « standard » (n= 38) que dans le groupe sorties précoces (n=20). Cet écart pouvant être de nouveau expliqué par le fait que parmi les sorties standards il y avait plus de primipares qui ont sans doute moins confiance en elles et tolèrent moins les pleurs de leur enfant.

Dans son étude de sociologie Elsa Blanchard a noté qu'en 2011, le nombre d'enfants n'influait pas le désir d'une sortie anticipée [13]. En effet, ce qui ressort en premier dans son analyse multivariée c'est que « *le nombre d'enfants n'entrent pas en jeu dans le désir des femmes de rester moins longtemps à la maternité* ». « *Les femmes ayant des enfants ne trouvent pas plus d'avantages ou d'inconvénients en comparaison aux femmes étant primipares* ». « *Les multipares souhaitent sortir plus tôt pour 56 % des femmes voulant avoir une durée de séjour plus courte* », ce qui signifie que les 44 autres pourcents souhaitant raccourcir leur durée de séjour sont des primipares. Il est donc intéressant de voir l'évolution entre ce que pensaient les femmes en 2011, et ce qu'est la réalité actuelle des sorties anticipées, d'autant que l'étude a été réalisée au CHU de Nantes.

Un biais peut expliquer le fait que les multipares soient majoritaires dans le groupe des sorties précoces. En effet, au départ, les sorties anticipées ont été mises en place, au CHU de Nantes, uniquement pour les multipares. Devant la satisfaction des patientes et la demande de certaines patientes primipares, les sorties précoces ont été étendues aux primipares. Il existe peut-être encore aujourd'hui une mésinformation de certains soignants sur ce point ou bien, un a priori

négatif de la part des soignants au sujet des sorties précoces chez les primipares puisqu'initialement elles ne pouvaient pas y prétendre.

3.2 Niveau d'études et catégorie socio-économique

Notre étude a permis de montrer qu'il y avait plus de femmes sans emploi, avec un niveau d'études moindre, parmi le groupe des sorties anticipées.

Nous avons fait l'hypothèse inverse, à savoir que les femmes qui bénéficiaient d'une sortie anticipée étaient plus issues d'une catégorie socio-économique favorisée et avaient un niveau d'études élevé.

Notons, que l'analyse multivariée n'a pas retrouvé d'un point de vue statistique que le facteur bas niveau d'études ou catégorie socio-économique moindre influence le choix pour une sortie précoce. Il existe probablement un facteur de confusion entre la parité et le niveau socio-économique notamment. En effet, les femmes qui bénéficient le plus d'une sortie anticipée sont les multipares or des études montrent que les multipares sont souvent des femmes qui ont fait moins d'études et qui ont un niveau socio-économique inférieur. Par exemple, une enquête de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) [17] montre que le taux d'activité des femmes de 25 à 49 ans varie nettement selon le nombre d'enfants. On relève « *92% de femmes actives qui vivent avec un seul enfant contre 59% pour celles qui vivent avec quatre enfants ou plus. Celles qui sont à la tête d'une famille nombreuse ont plus souvent des enfants en bas âge qu'elles gardent. Elles sont aussi moins diplômées, ce qui va de pair avec une moindre présence sur le marché du travail* ».

Nous pouvons également émettre une autre hypothèse qui serait que les femmes qui ont un niveau socio-économique supérieur auraient plus d'angoisses dues à une intellectualisation plus importante, les incitant ainsi à sortir plus tard de la maternité ayant besoin de plus de soutien de la part des professionnels. Cette explication est aussi valable pour les patientes primipares, et là encore, il existe peut-être un facteur de confusion (la parité). Ainsi notre hypothèse n'est pas vérifiée mais nos résultats ne sont pas pour autant contradictoires.

Une étude menée par une étudiante sage-femme, à la maternité de Port-Royal en 2014 [15], montrait quant à elle un nombre plus important de sorties anticipées chez les femmes ayant un niveau socio-économique élevé. Elle expliquait son résultat ainsi : « *un milieu socio-économique favorisé semble a priori être un gage d'autonomie, nécessaire pour les patientes qui sortent plus tôt de la maternité : ce type de patiente connaît en effet a priori mieux le système de santé et de soin français et devrait plus facilement savoir à qui s'adresser en cas de questions à poser ou de soucis médical pour elle ou leur enfant* ».

De même, dans son étude réalisée au CHU de Nantes en 2006 et visant à évaluer la satisfaction des différents partenaires concernant les sorties précoces [18], Nathalie Costiou mettait en

évidence que *« les femmes sortant précocement avait tendance à être plutôt nanties »*. Elle émettait deux hypothèses à cela : *« le personnel soignant préfère laisser sortir les femmes plus aisée ; la population du CHU a un niveau de vie un peu plus élevé que la population générale française (hypothèse moins probable) »*. Rappelons que cette étude a été menée il y a une dizaine d'année et que le dispositif des sorties précoces tel que nous le connaissons aujourd'hui ainsi que les recommandations de la HAS n'existaient pas encore.

Un autre biais pourrait être que la population des femmes accouchant au CHU de Nantes n'est pas représentative de la population de la communauté urbaine de Nantes. En effet, dans son travail de sociologie mené en 2011 au CHU de Nantes [13], Elsa Blanchard, qui s'était intéressée aux besoins et aux attentes des femmes concernant les sorties précoces, a montré que la population des femmes accouchant au CHU de Nantes était sous-représentative par rapport à la population de la communauté urbaine en ce qui concerne *« les niveaux CAP et BEP. Il en est de même pour le niveau bac +2 »*. *« Le niveau Bac »,* quand à lui, *« est représentatif de la communauté urbaine et le diplôme supérieur à bac +2 est sur-représentatif de 13 points par rapport à la population de la communauté urbaine nantaise »*. Notre étude est en accord avec celle d'Elsa Blanchard, puisque nous retrouvons une majorité de femmes ayant un niveau d'étude supérieur à Bac+2 (n=154 sur les 326 patientes de l'étude soit 47% ; **tableau III**). Ce résultat est intéressant puisqu'il vient démentir les fausses idées quant aux établissements publics de santé. Elsa Blanchard expliquait cela ainsi : *« les femmes ayant des niveaux de diplôme supérieurs, travaillent d'après les catégories socioprofessionnelles dans la fonction publique en général [...] De plus, ces femmes viennent accoucher au CHU car c'est la seule maternité de niveau 3 de Loire-Atlantique [...] Ces femmes du fait de leur formation savent s'informer et ont donc choisi leur lieu d'accouchement en fonction de ces deux critères »*.

Concernant la situation socio-économique, Elsa Blanchard, constatait que *« les professions intermédiaires en maternité étaient sous représentées (environ 6 points) par rapport à la communauté urbaine de Nantes. Cependant, étaient sur-représentées les femmes demandeuses d'emploi (2 points) »*. Dans notre étude, la « catégorie professionnelle inférieure » est celle qui est majoritaire puisqu'elle concerne 164 femmes sur les 326 qui ont participé à l'étude soit 51% de notre population. Dans cette catégorie sont incluses les professions intermédiaires. Nous ne retrouvons donc pas les mêmes résultats que dans le travail de sociologie.

La HAS préconise « une absence de vulnérabilité sociale » [10] dans le cadre d'une sortie « standard », ce critère doit être également présent pour une sortie anticipée. La vulnérabilité sociale étant définie comme *« une fragilité matérielle ou morale à laquelle est exposée un individu »* [19]. C'est une définition qui reste assez large. Un niveau socio-économique moins favorisé ne veut pas dire obligatoirement vulnérabilité sociale ainsi notre résultat n'est pas en contradiction avec les recommandations de la HAS. Néanmoins, il ne faudrait pas que les patientes les plus vulnérables pâtissent de cette situation, induite sous la pression des contraintes

budgétaires et organisationnelles, et soient d'autant plus fragilisées. Ce résultat peut donc nous inciter à nous remettre en question quant à la façon d'accepter la sortie anticipée : l'absence de précarité et la présence d'un logement adéquat sont-ils bien recherchés de manière systématique ? A l'inverse, l'intérêt des sorties précoces par rapport aux sorties « standard » c'est qu'il y a le passage d'un professionnel à domicile. Ce dernier est donc plus à même d'évaluer si l'environnement est favorable. Un professionnel de proximité peut aussi ré-intervenir au domicile de la patiente en cas de besoin ou si la patiente le souhaite, ce qui constitue un second intérêt des sorties précoces (exemple de la Protection Maternelle et Infantile). Ainsi, est-ce vraiment fragiliser les patientes que de les faire sortir précocement quand il y a un bon « étayage » auprès du trio mère-père-enfant ?

3.3 Situation familiale

Dans le **tableau III**, nous constatons une différence significative concernant la situation familiale des patientes selon qu'elles appartiennent au groupe des sorties « standard » ou à celui des sorties anticipées. Dans le groupe des sorties anticipées, il semblait y avoir plus de femmes mariées.

L'analyse univariée (**tableau VIII**) mettait en évidence qu'être pacsée ou en concubinage était un facteur freinant la sortie anticipée mais nous ne retrouvons pas ce résultat lors de l'analyse multivariée.

Là encore, la multiparité peut être un biais expliquant ces résultats. En effet, Frédéric Schneider écrit dans un article [20] que « 57,2% des enfants naissent hors mariage en 2014 (un chiffre qui ne cesse d'augmenter depuis 1973), sachant que le mariage peut intervenir après la naissance des enfants ». Une des interprétations possibles est que plus un couple a d'enfants plus il a de chance en termes de statistiques d'être marié. Comme dans le groupe des sorties anticipées, nous avons un nombre majoritaire de multipares, cela expliquerait que nous retrouvons plus de femmes mariées dans ce groupe.

3.4 Le revenu : un sujet tabou

Dans le **tableau III**, nous remarquons que la question concernant le revenu mensuel n'a pas été renseignée par 75 femmes sur les 326 (soit 23% de la population de l'étude). Nous pouvons expliquer ceci par le fait qu'il s'agissait d'une question à réponse facultative montrant ainsi que la question de l'argent en France reste un tabou alors qu'elle ne l'est pas dans d'autres pays. Pour cette raison, nous avons décidé de ne pas inclure l'item du revenu dans l'analyse multivariée (**tableau VIII**) car du fait du nombre important de non-réponses, l'analyse aurait été biaisée.

3.5 Caractéristiques des conjoints des femmes qui bénéficient d'un retour précoce à domicile

Les résultats de notre étude montre que parmi les sorties anticipées, les conjoints des femmes ont plus souvent un niveau d'études moindre que les conjoints des patientes du groupe des sorties « standard ».

Nous pouvons l'associer au fait que les personnes ayant le même niveau d'études ont plus de probabilité d'être en couple. En effet une étude publiée par l'Edhec Business school [21] parle « *d'homogamie en fonction du diplôme des conjoints* » et dit que « *les 2/3 des hommes nés en 1970 vivent en couple avec une femme ayant au mieux le BEP. 82% des Bac +5 le sont avec une femme disposant au moins d'un Bac +2. Seuls 4% des Bac +5 cohabitent avec une femme sans diplôme* »

Ainsi, comme les femmes qui sortent précocement ont un niveau d'études moindre par rapport à celles qui choisissent une sortie « standard », il semble logique de ce fait que leur conjoint ait le même niveau d'études.

Nous ne retrouvons pas cette différence, entre le groupe des sorties précoces et celui des sorties « standard », au sujet du niveau socio-économique des conjoints.

3.6 La modalité d'accouchement

Nous avons fait l'hypothèse que les femmes bénéficiant d'une sortie précoce avaient plus souvent eu un accouchement par les voies naturelles. Le résultat du **tableau III** de notre étude permet de valider cette hypothèse puisque nous avons une différence significative ($p=0,005$) concernant la voie d'accouchement. Nous retrouvons plus d'accouchements spontanés par les voies naturelles dans le groupe des sorties anticipées (89%) que dans celui des sorties « standard » (77%). Nous pouvons l'expliquer car cet accouchement est physiologique, la récupération dans le post-partum est donc meilleure leur permettant ainsi de sortir précocement.

Dans son mémoire [15], Marina Salomé retrouvait cette tendance concernant les voies basses spontanées qui étaient plus nombreuses dans le groupe des sorties anticipées mais le résultat n'était pas significatif.

En analyse univariée (**tableau VIII**), l'accouchement avec extraction apparaît comme freinant le choix d'une sortie anticipée. En analyse multivariée, ce résultat reste proche de la significativité. Cependant là encore la parité peut-être un biais puisqu'il y a statistiquement plus d'extractions instrumentales chez les patientes primipares qui sortent donc moins fréquemment de façon anticipée (21 femmes sur 26 qui ont eu une extraction instrumentale, dans le groupe des sorties « standard », étaient des primipares).

Dans son étude réalisée en 2006 au CHU de Nantes [18], Nathalie Costiou mettait en évidence la même chose : « *Parmi les femmes ayant accouché normalement, on note aussi une différence*

significative des femmes ayant eu une extraction instrumentale [...] Cependant, parmi les 8 femmes de l'étude qui ont eu une extraction instrumentale, 6 étaient primipares. Il ne semble donc pas juste d'en conclure que l'extraction instrumentale constitue un frein à la sortie précoce. Elle est plutôt corrélée à la primiparité. »

Il faut noter que le nombre de césariennes dans notre étude était faible mais équivalent dans les deux groupes (**figure 4**). Ceci est dû au mode d'inclusion des patientes. En effet n'ont été sélectionnées, dans le groupe des sorties « standard », que celles qui auraient été éligibles pour une sortie anticipée. Par conséquent, toutes les césariennes qui ont eu lieu pour des raisons médicales pré- ou per-natales ont été exclues. Il ne s'agit donc pas d'un biais de sélection.

3.7 La modalité d'allaitement

Nous avons fait l'hypothèse qu'il y aurait plus d'allaitements artificiels parmi les sorties anticipées. Nous pensions cela car c'est un mode d'allaitement qui demande moins de conseils pour sa mise en place. Cette hypothèse n'est pas vérifiée puisque la différence concernant le mode d'allaitement n'était pas significative.

De même, l'analyse multivariée d'Elsa Blanchard en 2011 [13], mettait en évidence que le choix de l'alimentation « ne rentrait que peu en compte dans le fait de vouloir sortir plus tôt ».

Nous remarquons même que les femmes sortant de manière anticipée ont plus tendance à choisir l'allaitement maternel que l'allaitement artificiel. Ceci pouvant être de nouveau expliqué par la parité qui était un facteur de confusion. Les patientes multipares ayant déjà probablement l'expérience de l'allaitement maternel, elles avaient peut-être moins besoin de conseils et de soutien dans la mise en place de leur allaitement.

Dans son étude [15], Marina Salomé met en évidence une différence significative concernant le mode d'allaitement : « *Le taux d'allaitement maternel est également significativement plus élevé chez les patientes sorties à J2 que chez celles sorties à J3 ou plus* », ce qui tendrait à affirmer l'argument donné ci-dessus.

3.8 Les cours de préparation à la naissance

Les résultats de notre étude (**figure 5**) montraient une moindre participation à la préparation à la naissance dans le groupe des sorties anticipées lors de l'analyse univariée.

Nous nous attendions à trouver un résultat contraire puisqu'à notre sens les cours de préparation à l'accouchement sont une opportunité pour informer la patiente sur le dispositif des sorties anticipées et donc favoriser la sortie précoce des patientes. Cette donnée n'est pas retrouvée lors de l'analyse multivariée. Le facteur de confusion « multiparité » intervenant probablement de nouveau. En effet, comme le montre l'enquête périnatale de 2010 [5], la préparation à la naissance a été suivie par 72,9% des primipares et 28,4% des multipares.

Dans son mémoire effectué à la maternité de Port-Royal en 2014 [15], Marina Salomé avait les mêmes constatations quant aux résultats concernant le suivi des cours de préparation à la naissance.

Les disparités socio-économiques des femmes constituent un autre facteur de confusion comme le montre une étude de la DRESS (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) : *« Les écarts selon la catégorie sociale de la femme ne sont cependant pas négligeables. Parmi les primipares, 92 % des cadres ont suivi une préparation contre 58 % des ouvrières non qualifiées et 40 % des femmes sans profession. L'analyse multivariée confirme que la proportion de primipares ayant eu une préparation à la naissance augmente avec le niveau scolaire et le niveau de revenu. Elle diminue lorsque la femme est très jeune, vit seule, est née hors de France ou n'a pas de couverture sociale en début de grossesse. »* [22]

3.9 Choix du type de chambre

Nous retrouvons plus de patientes bénéficiant d'une chambre double dans le groupe des sorties précoces. Ce résultat était retrouvé dans l'analyse univariée et a été confirmé par l'analyse multivariée.

La chambre double étant la raison principale du manque d'intimité (**figure 8**) ceci peut expliquer le fait que nous retrouvons plus de patientes ayant eu une chambre double dans le groupe des sorties anticipées que dans le groupe des sorties « standard ».

Nous pouvons expliquer ce résultat d'une deuxième façon puisque la **figure 7** montre que le choix de la chambre double était principalement dû à une raison économique (leur mutuelle ne prenait pas en charge le supplément lié à la chambre simple). Or, nous avons vu que nous avions plus de patientes avec un niveau socio-économique défavorisé parmi le groupe des sorties précoces.

Une autre explication serait que les patientes avaient d'emblée fait le choix d'un séjour court à la maternité et que la chambre seule avait moins d'intérêt dans ce cas.

3.10 Présence du conjoint lors du retour à domicile

L'une de nos hypothèses était de dire que les femmes bénéficiant d'une sortie anticipée avaient un conjoint présent dès le retour à domicile.

Au vue des résultats de l'analyse univariée (**tableaux III et VIII**), cela ne semblait pas être un motif de sortie précoce puisqu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes.

En réalité, l'absence du père au retour à domicile s'est révélée être un facteur freinant la sortie anticipée, lors de l'analyse multivariée ($p=0,049$). Les femmes, qu'elles soient primipares ou multipares, ont tendance à rester à la maternité lorsque leur conjoint ne sera pas présent lors du retour à domicile. L'analyse multivariée a donc permis de supprimer le biais de confusion qui était

la parité.

Dans son étude de 2011 [13], Elsa Blanchard mettait déjà en évidence dans son analyse multivariée que « *le facteur qui a un rôle dans le désir de vouloir rester moins longtemps à la maternité est la présence du conjoint à la sortie de la maternité. L'accompagnement et la place du père occupe une place importante dans la position de la mère sur les sorties précoces. C'est pour cela que le retour précoce à domicile après l'accouchement devrait être un projet parental où les parents doivent s'impliquer* ». Certaines femmes rapportaient que « *le manque de prise en compte du père à la maternité leur posait problème et notamment la nuit, car elles se retrouvaient toutes seules. Les sorties précoces de maternité permettraient au père de se sentir impliqué dès la naissance* ».

4 – La sortie anticipée

4.1 Information concernant les sorties anticipées

La majorité des patientes avait reçu l'information sur les sorties anticipées au 3^{ème} trimestre de grossesse (**figure 11**) qu'elles aient eu une sortie anticipée ou « standard ».

Les patientes de l'étude étant considérées comme ayant une grossesse à bas risque, nous supposons qu'elles avaient effectué majoritairement leur suivi en externe, d'autant que 74% déclaraient avoir une sage-femme libérale (**tableau VI**). Il existe peut-être un manque d'information des praticiens extérieurs, sur l'existence et les modalités du dispositif de sorties anticipées (**figure 10**). Ceci est un point qu'il faudrait prendre en compte avec peut-être l'organisation de réunions d'informations ou de plaquettes mises à disposition des praticiens externes.

Par ailleurs, nous constatons que l'information était principalement délivrée par les sages-femmes du CHU (**figure 10**). Ceci montre la place prépondérante de la sage-femme dans le suivi et l'information des patientes au cours de leur grossesse et pour préparer leur retour à domicile.

Ainsi la majorité des patientes ont reçu l'information pendant la grossesse et seules 36 l'ont reçue pendant leur séjour en suites de couches.

Ceci correspond aux bonnes pratiques recommandées par la HAS [10] qui dit qu'idéalement une sortie précoce doit être anticipée et donc préparée à l'avance si c'est un choix que la patiente envisage.

4.2 Décision prise après l'accouchement lors d'une sortie anticipée

L'influence de l'information en cours de grossesse, semble cependant relative, puisque nous constatons que parmi les patientes qui ont eu une sortie anticipée, 66% ont pris leur décision finale après leur accouchement (**figure 12**).

Ces résultats ne contredisent pas pour autant l'importance de l'information anténatale car les patientes ayant choisi la sortie anticipée l'avait envisagée avant la naissance (la plupart en avaient déjà parlé avec leur sage-femme libérale afin de savoir si elles effectuaient les visites lors d'un retour précoce à domicile) mais elles ont préféré attendre de voir comment se déroulaient l'accouchement et les premières heures en suites de couches pour confirmer leur décision.

4.3 Une évolution depuis quelques années

En 2006 [18], « 85,4% des propositions de sortie précoce ont été faites pendant le séjour à la maternité », contre 11% dans notre étude (**figure 11**) ; et « 84,9% des femmes ont pris leur décision pendant le séjour », contre 66% dans notre étude (**figure 12**). Il y a dix ans, Nathalie Costiou faisait le constat suivant : *« la sortie précoce manque encore d'organisation et d'anticipation. Les professionnels du CHU le confirmaient en disant que peu de femmes font une demande spontanée de sortie précoce mais que ce sont souvent eux qui en font la proposition. Il semble que la sortie précoce soit surtout un moyen de gérer la pénurie de lits et qu'elle ne s'inscrit pas encore dans le projet de grossesse et d'accouchement des femmes »*.

Aujourd'hui, l'information est délivrée en amont de l'accouchement, notamment au 3^{ème} trimestre (49%, **figure 11**), ce qui a permis de réduire le nombre de propositions de sorties anticipées en suites de couches. Cependant le moment de la prise de décision semble plus compliqué à faire évoluer mais ceci semble légitime, la patiente attendant d'avoir accouché pour savoir si oui ou non elle se sent capable de réaliser une sortie précoce.

Elsa Blanchard montrait que les femmes avaient plutôt tendance à écouter l'avis de l'équipe médicale quant à la date de sortie de la maternité [13] : *« Les femmes ne savaient pas toujours quand elles allaient sortir, à ce moment-là, elles me répondaient 4 jours. Cette durée de séjour est intégrée par les femmes et cela s'explique par la socialisation car les usagers intègrent les normes de l'hôpital en général qui sont véhiculées par des médecins et les personnes ont toute confiance dans le savoir des professions médicales »*.

Aujourd'hui, il semblerait que les femmes décident de plus en plus le fait de choisir une sortie anticipée. En effet, parmi les 129 patientes qui ont répondu à la question sur les motivations d'une sortie anticipée, seulement 4% ont mentionné le fait que celle-ci leur a été conseillée par l'équipe de la maternité. La date de sortie semble donc être de moins en moins une suggestion de la part de l'équipe et de plus en plus un choix des femmes. Une explication possible est que les sorties anticipées se développent de plus en plus, avec une bonne satisfaction des patientes. Par ailleurs, les femmes sont de mieux en mieux informées et communiquent entre elles. Ainsi, d'un dispositif facilitant la « gestion » des lits de suites de couches, nous sommes passés à une prise en charge et un accompagnement global du trio mère-père-enfant.

5 – Les motivations d’une sortie anticipée

Nous nous sommes intéressées aux motivations qui ont influencé les patientes accouchant au CHU de Nantes à choisir une sortie anticipée. C’était un des objectifs de notre travail. La question avait été soulevée lors de la journée de périnatalité du 4 Septembre 2015 et l’étude interne, s’intéressant au dispositif, ne permettait pas d’y répondre.

Par ailleurs, peu d’études nationales ce sont intéressées au sujet. Nous avons retrouvé une enquête du CIANE (Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance) datant de Novembre 2012 [23] ayant pour thème le séjour en maternité et le retour à la maison. Elle regroupe un nombre conséquent d’inclusion : 5417 patientes. Le recueil a débuté à partir de 2005, le dispositif des sorties anticipées n’était pas encore développé à cette époque. Dans l’étude aucune patiente n’a bénéficié d’une sortie anticipée mais 38% auraient souhaité sortir plus tôt de la maternité. Parmi elles, 13% ont exprimé leur motivation mais nous ne savons pas dans quelle proportion chaque item évoqué rentre en compte. Nous comparerons ces résultats aux nôtres.

5.1 L’environnement familial

Notre étude a montré que la volonté de retrouver un environnement familial (conjoint, aîné(s), domicile...) était le motif le plus mis en avant par les femmes qui ont bénéficié d’une sortie précoce (121 femmes sur 129 l’ont mentionné soit 94%). Dans cet environnement, nous retrouvons le conjoint. Sa présence est importante pour les multipares. Elles ont besoin que quelqu’un les soutienne en s’occupant du ou des aîné(s) et des tâches ménagères. Une présence tout autant importante pour les quelques primipares choisissant la sortie précoce. Elles ont besoin de sentir qu’elles ne sont pas seules et qu’il y a un relai présent permanent, et notamment la nuit. Dans l’enquête CIANE [23], le souhait de revoir au plus vite la famille était cité de la même manière que ce soit pour les primipares ou pour les multipares.

Le confort du domicile permet d’être dans un lieu où l’on se sent plus sereine, plus au calme, permettant ainsi un meilleur repos. Ce critère était également pris en compte pour les femmes de l’enquête CIANE [23].

5.2 Une durée de séjour suffisante

Sur les 129 patientes, 75 ont répondu que la durée de séjour de 72h pour les accouchements voie basse ou de 96h pour les césariennes leur paraissait suffisante. Il s’agissait du second argument en faveur de la sortie précoce.

« *Quand tout va bien pour la mère et pour l’enfant, ce n’est pas la peine de rester plus longtemps* », des propos mentionnés par 8 femmes bénéficiant d’une sortie anticipée dans les commentaires libres de notre étude.

Dans l'enquête CIANE [23] nous retrouvons cette notion : *« lorsque les femmes ont confiance en elles et en leur capacité à être mère il n'y a pas d'avantages à rester plus longtemps à la maternité »*. Il ne s'agissait pas d'un argument évoqué uniquement par des multipares. Si nous allons plus loin dans la réflexion, ce gain en durée d'hospitalisation permet aussi de passer plus de temps auprès des personnes qui en ressentent la nécessité.

La décision de sortie anticipée ne semble pas être due à des mauvaises conditions de séjour dans notre étude, même si l'environnement trop bruyant et le manque d'intimité (ayant pour cause la chambre double essentiellement), ont pu motiver la décision. Dans l'enquête CIANE [23], le manque de confort semble avoir plus d'impact sur la motivation, les patientes évoquaient *« une source de stress et de fatigue résolues par le confort du domicile »*.

5.3 En faveur d'un suivi par un réseau connu

Nous avons remarqué que lorsque la sage-femme libérale était favorable au retour précoce à domicile, la patiente préférait être suivie par un réseau avec lequel elle avait établi une alliance. Et inversement, puisque le nombre de patientes ayant répondu à chacune de ces modalités était sensiblement le même. Il semble donc y avoir une corrélation entre les deux.

5.4 Similitudes avec d'autres études

En 2006 [18], les femmes pouvaient bénéficier d'une sortie anticipée bien qu'elle n'était pas régie par un protocole de service. Lorsqu'on leur demandait les avantages qu'elles y voyaient, les arguments principaux qui ressortaient étaient : *« être en famille »* (58,9%), *« être en famille et pouvoir se reposer »* (22,4%), *« pouvoir se reposer »* (12,1%). 107 patientes ont répondu à la question, elles avaient la possibilité de choisir une seule réponse.

En 2011, d'après l'étude d'Elsa Blanchard [13], voici les motifs qui ressortaient lorsqu'on demandait aux femmes *« pour quelles raisons auriez-vous aimé rester moins longtemps ? »* : *« pour 32% d'entre elles, elles sont bien chez elles, elles veulent être en famille (17%) et souhaitent s'occuper de leurs autres enfants (16%). La principale raison est de se retrouver en famille, car les femmes se sentent seules à la maternité. »*. Chaque patiente pouvait choisir une seule réponse. 301 patientes ont répondu à la question. Cette étude menée il y a plus de 5 ans, avant que le système des sorties anticipées ne soit mis en place à la maternité du CHU de Nantes, mettait déjà en évidence des motifs de sortie évoqués par les femmes, que nous retrouvons dans notre étude.

Dans son étude, Marina Salomé [15] mettait en évidence les mêmes motifs en faveur de la sortie précoce bien qu'elle ne retrouvait pas les mêmes caractéristiques des femmes bénéficiant d'une sortie anticipée (cf **paragraphe 3.2** de la **partie III**). Elle retrouvait notamment 73% des patientes qui évoquaient le fait d'avoir un enfant en bas âge au domicile ; 47% des femmes qui souhaitaient

retrouver un cadre de vie habituel ; 44% des patientes ont mentionné la présence d'un soutien familial à domicile et 44% ressentaient le besoin de se reposer à domicile. Cette étude portait sur 148 patientes, 74 bénéficiant d'une sortie « standard » et 74 bénéficiant d'une sortie anticipée.

Dans ces trois études, malgré une différence dans la temporalité, le lieu et/ou dans les caractéristiques socio-économiques des patientes bénéficiant d'une sortie anticipée, nous retrouvons une similitude des arguments qui corrobore notre étude.

6 – Le choix d'une sortie standard

6.1 Une durée de séjour nécessaire

A l'inverse lorsque la patiente souhaitait rester à la maternité, dans 62% des cas, les femmes évoquaient la durée de séjour standard comme nécessaire.

Ceci pouvant être expliqué par le fait que ce soit majoritairement des primipares. Elles ont donc besoin de soutien et de réassurance de la part des professionnels soignants.

6.2 Le repos

Dans 39% des cas, les patientes souhaitaient profiter de la durée de séjour pour se reposer.

Nous retrouvons cet argument dans les mêmes proportions (38%) dans une étude menée en 2016, par une étudiante sage-femme à la maternité du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille [24]. Une étude portant sur 50 patientes ayant refusé la sortie précoce. Les patientes étaient quant à elle toutes des multipares. Ce motif était la raison principale retrouvée de refus de sortie précoce.

7 – La place de la sage-femme dans le dispositif des sorties anticipées

La sage-femme occupe une place centrale au sein de ce dispositif pour différentes raisons que nous allons exposer.

Elle a un rôle prépondérant dans l'information de l'existence et de l'organisation des sorties anticipées. Une information délivrée lors des consultations mensuelles et des cours de préparation à la naissance. Les consultations sont un moment important pour apporter la connaissance des sorties précoces aux multipares notamment puisque nous avons vu qu'elles participaient moins aux cours de préparation. Une information préalable à la sortie anticipée organisée est essentielle selon nous, avant de pouvoir l'accepter. Plus elle est précoce pendant la grossesse et mieux c'est. Elle permet aux femmes de réfléchir à celle-ci en amont de l'accouchement et des suites de couches. La sortie anticipée est alors plus facile à envisager, la femme a plus de temps pour s'organiser et demander à sa sage-femme libérale d'être présente à son retour de la maternité (même si la décision se fera la plupart du temps après l'accouchement).

Au CHU de Nantes, le rôle des sages-femmes de sortie, en suites de couches, est majeur. Elles peuvent pallier à un défaut d'information préalable et exposer aux patientes qui ne connaîtraient pas le dispositif, la possibilité de sortir de façon anticipée de la maternité. Elles sont surtout très impliquées dans l'organisation des sorties anticipées. Elles effectuent les transmissions médicales et extra-médicales aux sages-femmes libérales chargées d'aller au domicile des patientes. Elles ont également mis en place un numéro de téléphone que les femmes sorties précocement peuvent rappeler en cas d'inquiétude notamment au sujet de l'enfant. Les patientes peuvent alors avoir recours à une éventuelle consultation au sein du service qui pourra donner lieu à une ré-hospitalisation en cas de nécessité.

Lors du retour à domicile, c'est la sage-femme libérale qui prend le relai. Elle est en première ligne pour évaluer le nombre de passage nécessaire en fonction des besoins de la mère et de son enfant. Elle a une mission de surveillance auprès de la mère et de l'enfant même si elle n'est pas habilitée à effectuer l'examen pédiatrique du nouveau-né entre le 6^{ème} et le 10^{ème} jour de vie [10]. Il doit être réalisé par un pédiatre ou un médecin traitant habitué aux nouveau-nés.

La sage-femme libérale est aussi plus enclin à dépister les éventuelles carences socio-économiques, familiales... en allant au domicile des patientes, et peut donc mettre en place un suivi spécifique (exemple de la PMI).

Conclusion

Notre étude a permis de montrer que les femmes qui accouchent au CHU de Nantes et qui choisissent une sortie précoce, sont essentiellement des multipares ayant un niveau socio-économique bas, qui ont accouché spontanément par voie basse. La présence du père lors du retour au domicile est un élément important pour accepter une sortie précoce. Elles avaient plus souvent une chambre double. Retrouver leur environnement familial était la principale motivation pour ces femmes qui ont choisi la sortie anticipée.

Cependant nous avons tout à penser que dans quelques années, la durée moyenne de séjour sera amenée à diminuer. Toutes les patientes à bas risque sortiront à 48 heures du fait des arguments exposés dans la **partie I**.

Une étude de la DRESS [25] montre « *qu'une femme sur cinq émet des jugements négatifs sur la préparation à la sortie de la maternité* » mais « *ces réponses ne sont pas directement imputées à la durée de leur hospitalisation puisque ¾ des femmes jugent la durée de séjour adéquate* ». En effet, pendant le séjour, tout ne peut être abordé et le fait de rester un jour de plus ne permet pas de résoudre toutes les situations dans la majorité des cas.

C'est pourquoi il faudrait développer l'accompagnement à domicile de manière systématique selon la CIANE [23].

C'est ce que préconise déjà la HAS dans ses recommandations de 2014 [10]. Ainsi un nouveau-né bénéficiant d'une sortie standard doit avoir un examen pédiatrique réalisé par un pédiatre deux heures après sa naissance, avant sa sortie de maternité (après 48 heures de vie) et entre le 6^{ème} et le 10^{ème} jour de vie. Une visite, avec une sage-femme et un pédiatre ou un médecin généraliste, doit-être organisée dans les 48 heures après la sortie, voire dans la semaine. « *Une seconde visite est recommandée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi de la mère et de l'enfant* ». S'il s'agit d'une sortie précoce, le nouveau-né doit avoir eu un examen pédiatrique deux heures après sa naissance, le jour de sa sortie de maternité et entre le 6^{ème} et le 10^{ème} jour de vie. Une première visite, doit être organisée avec une sage-femme, un pédiatre ou un médecin généraliste, dans les 24 heures qui suivent la sortie. Une deuxième visite est systématique et une troisième peut éventuellement avoir lieu si le praticien la juge nécessaire. Dans les deux cas, « *des visites supplémentaires peuvent être réalisées, en fonction des éléments médicaux à surveiller et/ou des besoins ressentis par la mère et/ou le couple* ». Le but étant de ne pas négliger, une fois l'enfant rentré à domicile, des pathologies telles que les infections néonatales bactériennes précoces, l'ictère nucléaire et les cardiopathies congénitales [10]. En ce qui concerne la mère, « *il est recommandé de donner à chaque femme qui le souhaite la possibilité de bénéficier de deux séances postnatales (entre le 8^{ème} jour après l'accouchement et la visite postnatale) afin de proposer systématiquement un entretien postnatal précoce (entre le 8^{ème} jour et le 15^{ème} jour du post-partum)* ». (Accord professionnel)

La sortie quelques heures après l'accouchement est possible dans d'autres pays du fait d'une organisation au retour à domicile tout autre que la nôtre et d'une organisation du système de santé différente. Par exemple, en Angleterre, « *Les sages-femmes contactent les femmes résidant dans leur secteur et se rendent quotidiennement à domicile pendant les 10 jours suivant l'accouchement. Elles travaillent en relation avec les médecins de ville et des infirmières (health visitors)* » [8]. Dans ces pays où la sortie se fait quelques heures après la naissance, il n'y a pas que la prise en charge médicale post-natale qui fait que le système fonctionne, il y a aussi tout l'accompagnement social qui est systématisé, avec notamment des aides à domicile pour les mères, équivalent des Travaillleurs de l'Intervention Sociale et Familiale en France par exemple. C'est le cas en Hollande : « *Le relais à domicile est assuré systématiquement par une « aide familiale» qui va s'occuper de la mère et de l'enfant pendant 8 jours* » [8].

Nous arriverons d'ici quelques années à un séjour en maternité restreint comme dans les autres pays à conditions d'arriver à construire un suivi après le retour à domicile bien organisé, systématique et ne concernant pas que le domaine médical. Le rôle de la sage-femme dans ce dispositif est prépondérant puisqu'elle sera l'interlocutrice principale en anténatal, puis lors du séjour à la maternité et lors du retour à domicile. Tout ceci est en cours d'élaboration à l'heure actuelle et la satisfaction des patientes ayant recours à ces dispositifs est un encouragement à poursuivre ces actions.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Vanlerenberghe Jean-Marie, sénateur et al. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux maternités. [en ligne]. Janvier 2015. Disponible sur : <<https://www.senat.fr/rap/r14-243/r14-2431.pdf>> (consulté le 17/01/2016)
- [2] MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE ET LE MINISTRE DE LA SANTE. *Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets)*. Journal officiel, n°235. [en ligne]. 10 octobre 1998. Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000756322&categorieLien=id>> (consulté le 17/01/2016)
- [3] COUR DES COMPTES. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014, chapitre XIII : L'assurance maternité, une place à clarifier. *La Documentation française*. [en ligne]. Septembre 2014, p. 387 à 389. Disponible sur : <www.ccomptes.fr> (consulté le 17/01/2016)
- [4] CNNSE, Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. Organisation de la continuité des soins après la sortie de la maternité. [en ligne]. 2013. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_organisation_continuite_soins_sortie_maternite.pdf> (consulté le 13/09/2015)
- [5] Blondel Béatrice, Kermarrec Morgane. Enquête nationale périnatale 2010 – Rapport : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. INSERM. [en ligne]. Mai 2011. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf> (consulté le 17/01/2016)
- [6] OCDE, Organisation de coopération et de développement économique. Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE. Éditions OCDE. [en ligne]. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr> (consulté le 17/01/2016)
- [7] Brunet J. "La sortie précoce vue par le pédiatre". *Les JTA*. [en ligne]. 2004. Disponible sur : <http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=898> (consulté le 17/09/2016)
- [8] Vautrin E., Fontaine A., Lanba P., Guerin V., Engelmann P., "Durée de séjour après un accouchement normal : des points de vue divergents". *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Volume 29, n°1. [en ligne]. Février 2000. Disponible sur : <<http://www.em-consulte.com/en/article/113922>> (consulté le 17/09/2016)
- [9] INSPQ. Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans. [en ligne]. Québec, INSPQ, 2015. Disponible sur : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/mieuxvivre/mv2016_guide.pdf> (consulté le 17/09/2016)
- [10] HAS, Haute autorité de santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés – Méthode Recommandations pour la pratique clinique. HAS. [en ligne]. Mars 2014. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf> (consulté le 13/09/2015)

- [11] Coulm Bénédicte. Accoucher en France – Prise en charge de la naissance en population générale. [en ligne]. Paris-Sud, novembre 2013. Disponible sur : <<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01249537/document>> (consulté le 29/05/2016)
- [12] ORS/ARS, Observatoire régional de santé/ Agence régionale de santé. La santé périnatale en Ile-de-France – Tableau de bord d'indicateurs départementaux en périnatalité et orthogénie. [en ligne]. Ile-de-France, ORS/ARS, septembre 2015. Disponible sur : <http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2015/Tableau_de_bord_perinatIdF2015.pdf> (consulté le 29/05/2016)
- [13] Elsa Blanchard, « Les sorties précoces de maternité », Mémoire de master 2 – professions du diagnostic et de l'expertise sociologique, sous la direction de Mme Derrendinger, Nantes, 2011, 145p.
- [14] CHU de Nantes. Maternité – Sorties anticipées [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.chu-nantes.fr/maternite-sorties-anticipees-55249.kjsp>> (consulté le 29 mai 2016)
- [15] Marina Salomé, « Retour précoce à domicile après l'accouchement : étude prospective à la maternité Port-Royal », Gynecology and obstetrics. 2014. <dumas-01058433>
- [16] Béatrice Populin, « Préparation à la sortie de maternité – Retour à domicile, retour à la réalité ». Mémoire de master en sciences maïeutiques, Metz : Ecole de sages-femmes Pierre Morlanne, 2010, 104p. [en ligne]. Disponible sur : <http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2010_POPULIN_BEATRICE.pdf> (consulté le 18/02/2016)
- [17] Blanpain N. et Lincot L., « Avoir 3 enfants ou plus à la maison », Insee Première n° 1531, Janvier 2015.
- [18] Nathalie Costiou, « Les sorties précoces de maternité : satisfaction des différents partenaires », Mémoire de master en sciences maïeutiques, sous la direction de Mr Branger, Nantes, Ecole de sages-femmes, 2006, 94p.
- [19] Vulnérabilité sociale. In *Wikipedia, l'encyclopédie libre*. Fondation Wikimedia. [en ligne]. Mars 2011, dernière mise à jour en Novembre 2016. Disponible sur : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Vuln%C3%A9rabilit%C3%A9_sociale> (consulté le 26/11/2016)
- [20] Schneider F. Plus d'un enfant sur deux naît désormais hors mariage. *La Croix.com*. [en ligne]. 11 Décembre 2015. Disponible sur : <<http://www.la-croix.com/Famille/Plus-d-un-enfant-sur-deux-naît-desormais-hors-mariage-2015-12-11-139193>> (consulté le 26/11/2016)
- [21] Courtioux P. et Lignon V., « Avoir un diplôme pour faire une bonne carrière ou un bon mariage ? », Edhec Business School, Mai 2014.
- [22] DRESS, Direction de la recherche des études, et de l'évaluation et des statistiques. Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités sociodémographiques. Etudes et résultats. [en ligne]. n°848 juillet 2013. Disponible sur : <<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er848.pdf>> (consulté le 19/12/2016)
- [23] Sortie de maternité et bien-être des femmes, Enquête sur les accouchements, Dossier n°4, CIANE novembre 2012
- [24] Clémence Marcq, « Les motifs de refus des sorties précoces – Enquête auprès des femmes multipares à Jeanne de Flandre ». Mémoire de master en sciences maïeutiques, Lille : Ecole de sages-femmes CHRU de Lille, 2016, 64p. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.cosf59.fr/wp-content/uploads/2016/06/Motif-de-refus-des-sorties-pr%C3%A9coces.pdf>> (consulté le 20/11/16)

[25] DRESS, Direction de la recherche des études, et de l'évaluation et des statistiques. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. Etudes et résultats. [en ligne]. n°660 septembre 2008. Disponible sur : <http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/080929_drees_eng_satisfaction_mater.pdf> (consulté le 26/11/2016)

Annexe : auto-questionnaire distribué aux patientes

Bonjour, je m'appelle Tamara Doucet, je suis actuellement en 4ème année d'études de sage-femme à Nantes et dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise une enquête afin de savoir quelles ont été vos motivations à accepter ou refuser une sortie anticipée (dans les 72h après votre accouchement voie basse ou dans les 96h après votre césarienne). Je viens donc vous solliciter au travers de ce questionnaire qui restera anonyme. Merci de votre collaboration.

1- Vous allez bénéficier d'une sortie anticipée :

- a- Oui ☐
- b- Non ☐

2- Quel est votre âge ?

3- De quelle nationalité êtes-vous ?... ..

4- Quel est votre niveau d'études ?

- a- Collège/lycée sans diplôme ☐
- b- Brevet des collèges ☐
- c- BEP/CAP ☐
- d- Bac ☐
- e- Bac +2 ☐
- f- > Bac +2 ☐

5- Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

- a- Agriculteur exploitant ☐
- b- Artisan, commerçant et chef d'entreprise ☐
- c- Cadre et profession intellectuelle supérieure ☐
- d- Profession intermédiaire ☐
- e- Employé ☐
- f- Ouvrier ☐
- g- Demandeur d'emploi ☐
- h- Femme au foyer ☐
- i- Autre ☐ précisez

6- Quelle est votre situation familiale ?

- a- Mariée ☐
- b- Pacsée ☐
- c- En concubinage ☐
- d- Célibataire ☐

7- Si vous avez un conjoint, quel est son niveau d'études ?

- a- Collège/lycée sans diplôme ☐
- b- Brevet des collèges ☐
- c- BEP/CAP ☐
- d- Bac ☐
- e- Bac +2 ☐
- f- > Bac +2 ☐

8- Sa catégorie socio-professionnelle ?

- a- Agriculteur exploitant ☐
- b- Artisan, commerçant et chef d'entreprise ☐
- c- Cadre et profession intellectuelle supérieure ☐
- d- Profession intermédiaire ☐
- e- Employé ☐
- f- Ouvrier ☐

- g- Demandeur d'emploi ☐
- h- Homme au foyer ☐
- i- Autre ☐ précisez

9- Combien d'enfant(s) avez-vous? (si non concernée, passez à la question 10)

10- Dans quelle ville habitez-vous ? (ville et code postal)

11- Quel est votre type de logement ?

- a- Maison ☐
- b- Appartement ☐
- c- Autre ☐ précisez ...

12- Votre grossesse était-elle programmée ?

- a- Oui ☐
- b- Non ☐

13- Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance pendant votre grossesse ?

- a- Oui ☐
- b- Non ☐

14- Êtes-vous satisfaite du déroulement de votre grossesse ?

- a- Pas du tout satisfaite ☐
- b- Assez satisfaite ☐
- c- Satisfaite ☐
- d- Très satisfaite ☐

15- Êtes-vous satisfaite de votre accouchement ?

- a- Pas du tout satisfaite ☐
- b- Assez satisfaite ☐
- c- Satisfaite ☐
- d- Très satisfaite ☐

16- Quelle est la date de votre accouchement ?

17- Comment avez-vous accouché ?

- a- Voie basse spontanée ☐
- b- Voie basse avec aide instrumentale (forceps, ventouse) ☐
- c- Césarienne ☐

18- Globalement, êtes-vous satisfaite de votre séjour en maternité ?

- a- Pas du tout satisfaite ☐
- b- Assez satisfaite ☐
- c- Satisfaite ☐
- d- Très satisfaite ☐

19- Quel mode d'allaitement avez-vous choisi pour votre enfant ?

- a- Maternel ☐
- b- Artificiel ☐
- c- Mixte ☐

Pendant votre séjour :

20- Vous avez bénéficié d'une chambre :

- a- Simple ☐
- b- Double ☐

21- Si vous avez bénéficié d'une chambre double :

21.1- Raisons :

- a- Choix personnel ☐
- b- Votre mutuelle ne prenait pas en charge les chambres simples ☐
- c- Absence de place en chambre seule ☐

21.2- La compagnie de votre voisin de chambre était :

- a- Très désagréable ☐
- b- Désagréable ☐
- c- Agréable ☐
- d- Très agréable ☐

22- Comment avez-vous trouvé l'agencement de votre chambre ?

- a- Pas du tout satisfaisant ☐
- b- Assez satisfaisant ☐
- c- Satisfaisant ☐
- d- Très satisfaisant ☐

23- La nourriture vous a paru :

- a- Pas du tout satisfaisante ☐
- b- Assez satisfaisante ☐
- c- Satisfaisante ☐
- d- Très satisfaisante ☐

24- Les heures des repas vous ont paru :

- a- Pas du tout satisfaisantes ☐
- b- Assez satisfaisantes ☐
- c- Satisfaisantes ☐
- d- Très satisfaisantes ☐

25- Arriviez-vous à vous reposer ?

- a- Oui ☐
- b- Non ☐

26- Si non, pourquoi ?

- a- Environnement trop bruyant ☐
- b- Pleurs des autres nouveau-nés ☐
- c- Pleurs de votre enfant ☐
- d- Trop de visites ☐
- e- Trop de passage du personnel ☐
- f- Chambre double ☐
- g- Autre ☐ (précisez)...

27- Comment évalueriez-vous votre fatigue le jour de votre sortie ?

- a- Très importante ☐
- b- Importante ☐
- c- Moindre ☐
- d- Pas du tout importante ☐

28- Pensez-vous avoir manqué d'intimité ?

- a- Oui ☐
- b- Non ☐

29- Si oui, pourquoi ?

- a- Chambre double ☐
- b- Trop de visites personnelles ☐
- c- Trop de passage du personnel ☐

30- L'accompagnement par les professionnels

30.1- au sujet de l'allaitement, vous a paru : (si biberon, passez à la question 30.2)

- a- Pas du tout satisfaisant ☐
- b- Assez satisfaisant ☐
- c- Satisfaisant ☐
- d- Très satisfaisant ☐

30.2- au sujet des soins de votre enfant, vous a paru :

- a- Pas du tout satisfaisant ☐
- b- Assez satisfaisant ☐
- c- Satisfaisant ☐
- d- Très satisfaisant ☐

30.3- au niveau psychologique, vous a paru :

- a- Pas du tout satisfaisant ☐
- b- Assez satisfaisant ☐
- c- Satisfaisant ☐
- d- Très satisfaisant ☐

30.4- au sujet de la surveillance médicale après votre accouchement, vous a paru :

- a- Pas du tout satisfaisant ☐
- b- Assez satisfaisant ☐
- c- Satisfaisant ☐
- d- Très satisfaisant ☐

31- La disponibilité du personnel était :

31.1- le jour :

- a- Pas du tout satisfaisante ☐
- b- Assez satisfaisante ☐
- c- Satisfaisante ☐
- d- Très satisfaisante ☐

31.2- la nuit :

- a- Pas du tout satisfaisante ☐
- b- Assez satisfaisante ☐
- c- Satisfaisante ☐
- d- Très satisfaisante ☐

32- Comment avez-vous connu le système des sorties anticipées ?

- a- SF libérale ☐
- b- SF du CHU ☐
- c- Gynécologue, obstétricien ☐
- d- Famille/ Ami(e)s ☐
- e- Autre ☐ précisez

33- A quel mois de grossesse étiez-vous quand on vous en a parlé ?

34- Si vous avez fait le choix d'une sortie anticipée, à quel moment avez-vous pris votre décision ? (si non concernée, passez à la question 35)

35- Avez- vous déjà bénéficié d'une sortie anticipée ?

- a- Oui une fois ☐
- b- Oui plusieurs fois ☐
- c- Non ☐

36- Pour votre 1er enfant auriez-vous accepté une sortie anticipée si cela avait été possible ? (si non concernée, passez à la question 38)

- a- Oui ☐
- b- Non ☐

37- Si non, pourquoi ?

- a- Besoin de soutien pour les soins ☐
- b- Besoins de soutien pour l'allaitement ☐
- c- Besoin d'être guidée ☐
- d- Manque de confiance et d'assurance car 1er enfant ☐
- e- Autre ☐ précisez

38- A votre retour à la maison, votre conjoint sera-t-il présent plusieurs jours pour vous aider ?

- a- Oui ☐
- b- Non ☐

39- S'il travaille, sera-t-il là le soir ?

- a- Oui ☐
- b- Non ☐
- c- Pas tout le temps ☐

40- Prendra-t-il son congé paternité dès la sortie de la maternité (11 jours) ?

- a- Oui ☐
- b- Non ☐ pourquoi ? (précisez)

41- Le mode de garde, pendant votre séjour en maternité, a-t-il été facile à mettre en place pour votre/vos aîné(s) ? (si non concernée, passez à la question 43)

- a- Oui ☐
- b- Non ☐

42- Si non pourquoi ?

- a- Pas de famille dans la région ☐
- b- Pas d'amis dans la région ☐
- c- Conjoint qui travaille ☐
- d- Parents qui travaillent ☐
- e- Beaux-parents qui travaillent ☐
- f- Pas de place en crèche ☐
- g- Enfant(s) malade(s) ☐
- h- Autre ☐ précisez

43- Aviez- vous une sage-femme libérale pendant la grossesse ?

- a- Oui ☐
- b- Non ☐

44- Vous suivait-elle aussi au niveau gynécologique ?

- a- Oui ☐
- b- Non ☐

45- Pour votre retour à domicile, envisagez-vous de la revoir pour le suivi de votre nouveau-né et de vous-même ?

- a- Oui ☐
- b- Non ☐

46- Vous avez bénéficié d'une sortie anticipée : qu'est-ce qui vous a motivé à sortir précocement de la maternité ? (plusieurs réponses possibles)

- a- Vous souhaitez rapidement retrouver votre environnement familial (conjoint, aîné(s), domicile...) ☐
- b- Vous estimez la durée de séjour suffisante et vous vous sentez prête pour rentrer à domicile ☐
- c- Vous n'êtes pas satisfaite des conditions de séjour en maternité et vous préférez être à votre domicile ☐
- d- Vous devez rentrer chez vous pour « obligation logistique » (garde du/des aîné(s) notamment) ☐
- e- Vous préférez rentrer chez vous et être suivie par votre sage-femme libérale ou par un réseau que vous connaissez et que vous avez choisi ☐
- f- L'environnement était trop bruyant ☐
- g- Votre sage-femme libérale était très favorable à vous prendre en charge très rapidement ☐
- h- Cela vous a été conseillé par l'équipe de la maternité avant l'accouchement ☐
- i- Quelqu'un de votre entourage vous l'a conseillée ☐
- j- Autre ☐ précisez

47- Vous n'avez pas bénéficié d'une sortie anticipée, quelle(s) en a/ont été la ou les raisons ?

- a- Vous auriez souhaité une sortie anticipée mais elle a été annulée pour raison(s) médicale(s) ☐
- b- Vous auriez souhaité une sortie anticipée mais celle-ci tombait un dimanche ☐
- c- Vous vouliez profiter du séjour en maternité pour vous reposer avant le retour à domicile où il faudrait aussi gérer le/les aîné(s), la maison etc... ☐
- d- Vous n'aviez pas la nécessité de rentrer précocement : la garde de votre/vos aîné(s) était organisée et ne posait pas de problème particulier ☐
- e- La durée de séjour « standard » vous paraissait nécessaire après votre accouchement ☐
- f- Vous ne souhaitiez pas un suivi précoce par une sage-femme libérale après votre accouchement ☐
- g- L'équipe de la maternité vous l'a déconseillée pendant votre grossesse ou les suites de couches ☐
- h- Quelqu'un de votre entourage vous l'a déconseillée ☐
- i- Autre ☐ Précisez

48- Commentaires libres sur les sorties anticipées =

...

49- Quel est le revenu mensuel de votre foyer ? (Réponse souhaitée mais non obligatoire)

- a- 0-1000€ ☐
- b- 1000-2000€ ☐
- c- 2000-3000€ ☐
- d- 3000€-4000€ ☐
- e- 4000€ -5000€ ☐
- f- >5000€ ☐

Sortie anticipée versus sortie « standard » : étude transversale au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, à propos de 326 auto-questionnaires

Résumé

Les sorties anticipées se définissent par une sortie dans les 72 premières heures après un accouchement voie basse et dans les 96 premières heures après une césarienne. Le couple mère-enfant doit répondre à certains critères définis par les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2014.

Elles sont aujourd'hui un sujet d'actualité puisqu'elles concernent environ 21% des sorties de maternité en 2016 au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes. C'est pourquoi, nous nous sommes intéressées aux caractéristiques démographiques, médicales et socio-médicales des femmes bénéficiant d'une sortie anticipée ainsi qu'aux raisons qui les ont incitées à faire ce choix.

Nous avons mené notre étude à l'aide de 326 auto-questionnaires distribués aux patientes, du 1^{er} Avril au 4 Août 2016, au sein du service de suites de couches de la maternité du CHU de Nantes. Ont été incluses les patientes bénéficiant d'une sortie anticipée et celles bénéficiant d'une sortie « standard » qui auraient été éligibles pour une sortie précoce si elles l'avaient souhaitée, afin de pouvoir effectuer une comparaison entre ces deux populations.

Les femmes bénéficiant d'une sortie anticipée sur cette période étaient essentiellement des multipares de niveau socio-économique faible, qui avaient accouché spontanément par les voies naturelles. La présence du conjoint lors du retour à domicile influençait positivement le choix d'une sortie précoce. La chambre double était également un facteur favorisant ce type de sortie. Elles souhaitaient principalement retrouver leur environnement familial.

Les sorties anticipées ont été créées du fait de pressions budgétaires et organisationnelles mais elles sont de plus en plus le choix des femmes. La sage-femme occupe une place centrale au sein de ce dispositif. Ce dispositif est appelé à se généraliser, comme il l'est déjà dans certains pays nord-européens, à conditions d'arriver à mettre en place en France un suivi après la sortie de la maternité qui réponde aussi bien aux attentes médicales que sociales des patientes.

Mots-clés : sortie anticipée, multipares, niveau socio-économique, physiologie, conjoint, environnement familial, sage-femme