

UFR DE MEDECINE
UNIVERSITE DE NANTES

Quand les lits viennent à manquer, quelle gestion des sorties précoces ?

Etude descriptive du souhait des patientes de sortir
de façon précoce, ou très précoce, de la maternité au CHU de Nantes

Mémoire présenté et soutenu par

JERLIN Marie

Née le 21/12/1999

Mémoire dirigé par :

Docteur Vincent DOCHEZ

Validation 1^{ère} session 2023 : oui non

Mention : Très bien avec félicitations du jury

Très bien

Bien

Assez bien

Aucune

Validation 2^{ème} session 2023 : oui non

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Docteur Vincent Dochez, gynécologue-obstétricien du CHU de Nantes et directeur de mon mémoire, pour son soutien et son accompagnement précieux dans la réalisation et la conduite de cette étude.

Merci au Docteur Valérie Briend Godet de m'avoir donné de très bons conseils.

Merci à Flora Blangis pour son aide dans la réalisation et l'analyse de mes statistiques.

Merci à l'équipe de sages-femmes enseignantes pour ces quatre années d'études.

Merci aux différentes sages-femmes rencontrées durant mon parcours, qui m'ont accueillie, encouragée et fait progresser au fil des stages et des nombreuses gardes.

Merci aux femmes qui ont répondu aux questionnaires et ont rendu cette étude possible. Merci infiniment à toutes les patientes et patients que la vie a mis sur ma route, c'est grâce à elles et eux que mon futur métier prend son sens.

Merci également à mes amies de promotion pour le soutien et les bons moments passés ensemble, tout particulièrement à Marie, Laurine et Flavie sans qui ces études n'auraient pas eu la même saveur.

Un grand merci au bureau national de l'ANESF 2021-2022, ainsi qu'à mes ami-es qui m'ont permis d'évoluer et de mûrir mes réflexions et mes engagements.

Merci à Elise d'être toujours là et de me soutenir dans chacun de mes projets.

Un dernier grand merci à mes parents, ma sœur et mes proches de m'avoir toujours encouragée depuis ma plus tendre enfance, celle où j'exprimais déjà vouloir exercer le métier de sage-femme.

GLOSSAIRE

- **AAD** : Accouchement Accompagné à Domicile
- **ANA** : Accouchement Non Accompagné à domicile
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **AVS** : Auxiliaires de Vie Sociale
- **CIANE** : Collectif Inter associatif Autour de la Naissance
- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- **CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- **CNOSF** : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes
- **DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- **DSP** : majoration forfaitaire conventionnelle (dans le cadre d'une visite précoce après l'accouchement)
- **ENP** : Enquête Nationale Périnatale
- **GNEDS** : Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé
- **HAD** : Hospitalisation à Domicile
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **NGAP** : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
- **NHS** : National Health Service
- **PAPS** : Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé
- **PMI** : Protection Maternelle et Infantile
- **PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
- **RPPS** : Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé
- **SA** : Semaines d'Aménorrhée
- **SAO** : Sortie Anticipée et Organisée
- **SS** : Sécurité Sociale
- **TISF** : Technicien-ne d'Intervention Sociale et Familiale

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	1
2. METHODE et MATERIEL.....	5
2.1 Nature et Conception de l'étude	5
2.2 Population de l'étude.....	5
2.3 Administration du questionnaire	6
2.4 Traitement et analyse statistique.....	6
3. RESULTATS	7
3.1 Taux de réponse	7
3.2 Caractéristiques socio-démographiques.....	7
3.2.1 Premier questionnaire (Annexe III)	9
3.2.2 Deuxième questionnaire (Annexe IV).....	12
3.2.3 Comparaison entre les deux questionnaires	14
4. DISCUSSION.....	17
4.1 Analyse et interprétation des résultats principaux.....	17
4.2 Limites et forces	26
5. CONCLUSION.....	28
6. BIBLIOGRAPHIE	29

1. INTRODUCTION

La période dite de 'suites de couches' constitue une étape importante dans la construction de la parentalité et s'intègre pleinement dans l'expérience globale de l'accouchement vécue et racontée par les patientes.

Dès lors, il s'agit pour toutes les équipes soignantes concernées de structurer et coordonner leurs actions et de faire de ce temps un réel moment d'accompagnement pour les patientes et leur nourrisson.

Néanmoins la diversité et la pluralité des patientes imposent de vérifier si les pratiques actuelles restent toujours pertinentes et si des adaptations sont envisageables, au regard des évolutions du contexte socio-économique et territorial.

A l'heure actuelle, en France, le séjour en maternité demeure l'un des plus longs d'Europe. Les patientes et les nouveau-nés séjournent environ 72h à la maternité. La durée de séjour standard a été définie comme une durée d'hospitalisation selon la *Haute Autorité de Santé (HAS)* :

- de 72h à 96h après un accouchement par voie basse
- de 96h à 120h après un accouchement par césarienne

En conséquence, tout retour à domicile avant ce délai, est considéré comme 'sortie précoce' et se définit selon ces termes :

- avant 72h pour un accouchement par voie basse
- avant 96h pour un accouchement par césarienne (1).

Néanmoins, on constate une diminution régulière de la durée moyenne du séjour en maternité, passant de 8,0 jours en 1975 à 5,3 jours en 1996, puis à 4,6 jours en 2019 et 4,4 jours en 2020 (2).

Cette tendance s'observe dans le secteur public, comme dans le secteur privé, et s'applique aussi bien aux accouchements par voie basse qu'aux césariennes.

Pour l'année 2020 spécifiquement, nous pouvons nous demander si cette diminution plus marquée est le reflet de la situation particulière de la crise sanitaire liée au Covid-19. Parallèlement, on note que 0,5% des accouchements de 2020 ont eu lieu avec un diagnostic Covid-19 associé (3).

En Europe, les normes sur la durée de séjour et l'organisation des soins périnataux diffèrent selon les pays, que ce soit pour les accouchements par voie basse ou les césariennes.

- En Finlande, 50% des femmes sortent avant le 4^{ème} jour.
- En Norvège ainsi qu'en Angleterre, la durée d'hospitalisation s'étend de 2 à 3 jours maximum. Un programme de suivi après la sortie prévoit la visite journalière à domicile d'une sage-femme de secteur, pendant les dix jours suivant la naissance. A noter que dans ces pays, le nombre de naissances ayant lieu à domicile est aussi plus important.
- En Hollande comme au Danemark, les sorties s'effectuent quelques heures après l'accouchement. En effet, 31,5% des naissances ont lieu à domicile avec une sage-femme et une « Kraamverzorgster » dont la traduction littérale serait « aide de couches ». La femme peut ensuite bénéficier à domicile de prestations par la sage-femme et la « Kraamverzorgster ». Ces prestations sont prises en charge en partie et par les familles et par l'Etat. Les femmes qui accouchent peuvent bénéficier de 49 heures avec une *Kraamzorg* pendant 8 jours (4) (5) (**Annexe I**).

Sur le point du ressenti de la durée du séjour, *l'Enquête Nationale Périnatale* (ENP), menée en France en 2021, a fait ressortir que :

- 18,8% des femmes ayant accouché en métropole trouvent la durée de séjour en maternité trop longue
- alors que 6,9% considèrent leur séjour trop court (6).

Il semble intéressant de vérifier ces proportions au CHU de Nantes.

Les sorties précoces sont effectives en France depuis 2004. Les recommandations de la HAS à propos de celles-ci datent de 2014 et s'appuient sur les éléments de chiffrage et les analyses des données du *Programme de Médicalisation des Systèmes d'information* (PMSI) de 2011 (7).

A cette date, la proportion de sorties précoces s'avérait plus élevée chez les multipares et pour les césariennes. Cependant, ces chiffres n'ont pas été actualisés depuis.

Par ailleurs, en 2021, l'ENP a identifié 9 maternités déclarant ne pas effectuer de sortie précoce. Il serait pertinent d'interroger les raisons de ce choix (6).

Forte de ces constats, la *Caisse Nationale d'Assurance Maladie* (CNAM) a lancé, en 2010, le *Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile* (PRADO). Il repose sur le volontariat des patientes, qui auront reçu la visite et les explications d'un-e assistant-e social-e dans leur chambre de maternité. Le PRADO consiste à expliquer le rôle de la sage-femme libérale et de la *Protection Maternelle et Infantile* (PMI) dans le suivi du retour à domicile pour l'accueil d'un enfant. Cela permet aussi de mettre directement les patientes en relation avec les sages-femmes libérales (8). Depuis la crise sanitaire, ce dispositif n'est plus proposé dans sa totalité. Si la patiente a prévu son suivi à domicile, alors une *Sortie Anticipée et Organisée* (SAO) peut être envisagée et organisée par les sages-femmes du service. Dans le cas contraire, il n'est actuellement plus possible d'assurer un service complet comme le proposait le PRADO.

Un autre point nous semble important à souligner : l'augmentation des *Accouchements Accompagnés à Domicile* (AAD). En effet en 2020, une hausse de 16% a été constatée concernant les AAD (9). Cette augmentation était-elle uniquement liée au contexte sanitaire ou a-t-elle vocation à devenir pérenne ? Et quelles pourraient en être les raisons et les explications ?

- L'accompagnement déployé en milieu hospitalier (public ou privé) correspond-il toujours aux attentes des patientes ?
- Les femmes trouvent-elles la durée de leur séjour adaptée ?
- Quelle est l'incidence de la diminution des petites structures dans ce phénomène ? En effet, le nombre de maternités de type I qui pouvaient prendre en charge des projets de naissance physiologique, ne cesse de diminuer. Passant de 273 en 2009 à 178 en 2019, soit une diminution de 35,8% (10).

A Nantes, le service de maternité du *Centre Hospitalier Universitaire* (CHU) compte actuellement 46 lits. Certaines maternités à proximité du CHU ont tendance à fermer et on observe une augmentation du bassin de population de la région Pays de la Loire (11). De plus, de nombreuses femmes porteuses de pathologies sont orientées d'office vers le CHU de type III.

Enfin, nous savons qu'une sortie précoce représente un intérêt économique certain pour l'établissement ; en effet, toute durée de séjour écourtée réduit d'autant son impact financier.

Dans ce contexte multiple, la prise en compte de tous ces paramètres nous amène à nous interroger sur la possibilité de proposer une sortie précoce à l'ensemble des patientes.

Cependant, il paraît opportun de donner la parole aux patientes sur ce point, par le biais d'une étude prospective.

L'objectif principal de notre étude étant de connaître le souhait des patientes vis-à-vis de la durée de séjour en maternité et en matière de sortie plus précoce de la maternité. Les objectifs secondaires visent à évaluer les caractéristiques des patientes selon leur souhait de retour précoce ou non mais également leur satisfaction vis-à-vis de leur séjour en maternité.

Le maillage territorial de professionnel·les de santé nécessaire aux sorties anticipées et organisées des couples pourra être étudié dans un travail ultérieur.

Dans cette attente, nous pouvons néanmoins nous interroger sur la question suivante :

Dans la perspective d'une réduction des moyens d'accueil hospitaliers, quelle gestion des sorties précoces envisager ?

2. METHODE et MATERIEL

2.1 Nature et Conception de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, prospective et monocentrique (CHU de Nantes, Pays de la Loire). Le GNEDS (*Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé*) nous a donné son accord pour réaliser cette étude au CHU de Nantes (**Annexe II**).

Deux questionnaires ont été élaborés avec des questions quantitatives et qualitatives : l'un remis en pré-partum et l'autre en post-partum (**Annexes III et IV**).

Le premier questionnaire a été divisé en plusieurs parties :

- Les caractéristiques socio-démographiques (âge, études, code postal ...)
- Les grossesses antérieures (si multiparité)
- Le déroulement de la grossesse en cours
- Les connaissances à propos de la sortie de la maternité
- La durée de séjour envisagée par les femmes après cette naissance

Dans le second questionnaire, ont été ajoutées des questions à propos :

- Du déroulement de l'accouchement
- De la satisfaction du séjour en maternité.

Afin de pouvoir suivre et analyser l'évolution des volontés des patientes et la satisfaction de leur séjour en maternité entre pré et post partum, ces deux questionnaires ont été appairés.

Ainsi, pour permettre de relier les deux questionnaires entre eux pour une même patiente, nous avons dû insérer un minimum de données d'identification (date de naissance, initiales et adresse e-mail). Ces informations identifiantes ont ensuite été anonymisées au cours de l'étude pour analyser les données.

2.2 Population de l'étude

Ont été incluses dans cette étude des patientes primipares et multipares suivies au CHU de Nantes par une sage-femme et présentant une grossesse à bas risque obstétrical (selon les critères de la HAS).

Les critères d'exclusion se sont appliqués aux patientes allophones, aux patientes n'ayant pas de domicile fixe, aux foetus porteurs de malformations ou syndromes étiquetés et nécessitant une surveillance accrue pendant la grossesse et/ou en post-partum, aux grossesses non suivies, aux grossesses gémellaires, aux patientes

porteuses de pathologies nécessitant une surveillance de la grossesse et un suivi par un·e gynécologue obstétricien·ne.

2.3 Administration du questionnaire

Nous avons recueilli les informations du 07 juillet au 14 octobre 2022. Sur cette période, les patientes ont été sollicitées pour répondre à un questionnaire de type Google Forms en fin de grossesse. Des affiches ont été positionnées dans les salles d'attente des consultations et des flyers déposés dans les dossiers avec les différents flyers de recommandations de la grossesse (**Annexe IV**). Ces flyers ont été diffusés aux patientes lors de leurs consultations au 8^{ème} ou 9^{ème} mois au CHU de Nantes. Le protocole de notre étude était également disponible dans le questionnaire Google Forms.

Les patientes ayant répondu au premier questionnaire ont reçu trois semaines après la naissance de leur bébé, un mail les invitant à répondre au deuxième questionnaire.

2.4 Traitement et analyse statistique

Les variables continues (âge) n'étant pas distribuées selon une loi Normale, des indices non paramétriques (médiane, mode et espaces interquartiles) ont été utilisés pour les statistiques descriptives. Les variables qualitatives ont été décrites sous forme d'effectifs et de pourcentages. Afin de les comparer, nous avons utilisé le test exact de Fisher (les effectifs théoriques n'étant pas tous supérieur à 5). Nous avons utilisé le logiciel 'Excel' pour le traitement des données puis le logiciel en ligne 'p.value' pour les analyses statistiques.

3. RESULTATS

3.1 Taux de réponse

Nous avons obtenu 212 réponses au premier questionnaire (en anté-partum). Compte tenu du mode de recrutement par mail, pour le deuxième questionnaire (post-partum), nous n'avons obtenu que 140 réponses (**Figure 1**).

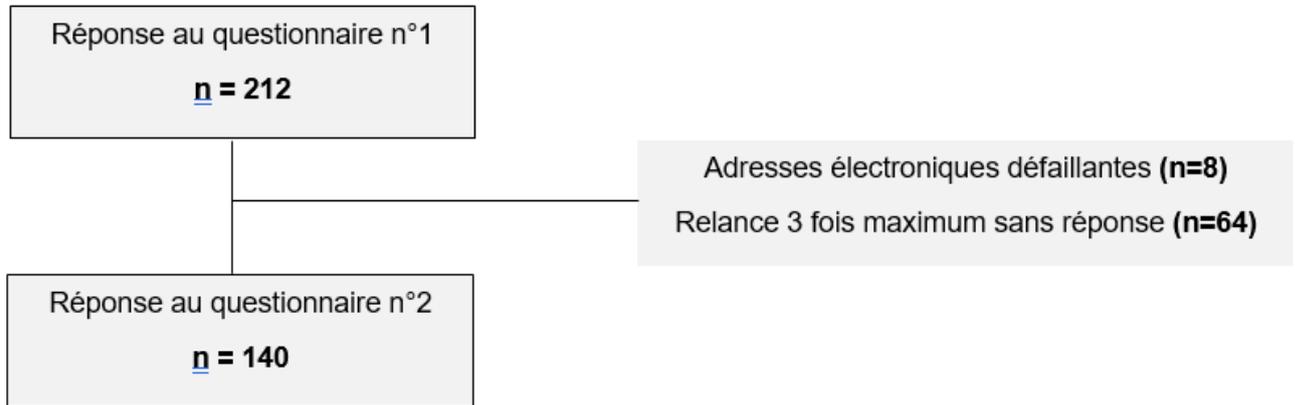


Figure 1 : Diagramme de flux

3.2 Caractéristiques socio-démographiques

L'âge médian des 212 femmes répondantes était de 32,0 ans [Q1 = 28,0 ; Q3 = 36,0]. Nous avons réparti les âges selon la limite des 35,0 ans ($\geq 35,0$ ans) qui représentent un risque accru concernant la grossesse (**Tableau 1**).

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Caractéristiques	Nombre de cas n (%)	
Age	n=212 (100%)	
19-34	163	(76,9)
35-43	49	(23,1)
Parité	n=212 (100%)	
Primipare	116	(54,7)
Multipare	96	(45,3)
Niveau d'étude	n=212 (100%)	
Baccalauréat +5 ans et plus	94	(44,3)
Baccalauréat +3 ou 4 ans	43	(20,3)
Baccalauréat +1 ou 2 ans	32	(15,1)
Lycée, enseignement professionnel	26	(12,3)
Collège (6 ^{ème} à la 3 ^{ème})	5	(2,4)
Lycée, enseignement technologique	4	(1,9)
Lycée, enseignement général	4	(1,9)
Enseignement professionnel, court	2	(0,9)
Non scolarisée, primaire	2	(0,9)
Profession de la femme	n=212 (100%)	
Cadre	55	(25,9)
Employée (sans précision)	54	(25,5)
Employée dans la fonction publique	37	(17,4)
Sans profession	29	(13,7)
Profession intermédiaire	10	(4,7)
Employée de commerce	9	(4,2)
Personnel de service	7	(3,3)
Artisane, commerçante	6	(2,8)
Ouvrière	3	(1,4)
Agricultrice	2	(0,9)
Situation de la femme en fin de grossesse	n=212 (100%)	
En activité	168	(79,2)
Femme au foyer	16	(7,0)
Au chômage	14	(6,6)
Autre situation	8	(3,8)
Etudiante	6	(2,8)
Situation familiale pendant la grossesse	n=212 (100%)	
En couple	202	(95,3)
Seule	10	(4,7)

3.2.1 Premier questionnaire (Annexe III)

Concernant la parité, 116 des 212 répondantes attendaient leur premier enfant (soit 54,7%). Et 96 d'entre elles attendaient leur second enfant ou plus (soit 45,3%).

Les primipares souhaitent significativement rester plus longtemps à la maternité que les multipares après leur accouchement ($p=0,012$). Primipares et multipares confondues, nous observons que 152 personnes souhaiteraient sortir rapidement de la maternité (< 72h), ce qui représente 71,7% (**Tableau 2**).

Tableau 2 : Lien entre la parité et le souhait de sortie

Sortie idéale	Parité n (%)			P-value*
	Primipares n (%)	Multipares n (%)	n Total	
Après 2h	2 (1,7)	3 (3,1)	5	0,012
Dans les 24h	4 (3,4)	5 (5,2)	9	
Entre 24h et 48h	23 (19,8)	26 (27,1)	49	
Entre 48h et 72h	43 (37,1)	46 (47,9)	89	
Après 72h	44 (37,9)	16 (16,7)	60	
Total n	116	96	212	

*test Exact de Fisher

La reprise du travail n'est pas significativement corrélée à la parité ($p=0,39$). On observe que la majorité des patientes souhaitent reprendre le travail à la fin du congé maternité (**Tableau 3**).

Tableau 3 : Confrontation parité et souhait pour la reprise du travail

Reprise du travail	Parité n (%)			P-value*
	Primipares n (%)	Multipares n (%)	n Total	
Le plus tôt possible	4 (3,4)	5 (5,2)	9	0,39
A la fin du congé maternité	67 (58)	45 (47)	112	
Je ne travaille pas	5 (4,3)	7 (7,3)	12	
Je ne sais pas encore	40 (34)	39 (41)	79	
Total n	116	96	212	

*test Exact de Fisher

La parité joue un rôle significatif dans la fatigue ressentie par les patientes ($p = 0,023$). Les multipares se sentent plus « épuisées » que les primipares (23 (24,0%) vs 12 (10,4%)) (**Tableau 4**).

Tableau 4 : Confrontation parité et sensation de fatigue pendant la grossesse

Fatigue	Parité n (%)			P-value*
	Primipares n (%)	Multipares n (%)	n Total	
Très en forme	3 (2,6)	2 (2)	5	0,023
Plutôt en forme	44 (38)	25 (26)	69	
Plutôt fatiguée	57 (49)	46 (48)	103	
Epuisée	12 (10,4)	23 (24)	35	
Total n	116	96	212	

*test Exact de Fisher

On observe que les patientes sont en majorité suivie par des sages-femmes dans le post-partum, quelle que soit leur parité ($p=0,4$) (**Tableau 5**).

Tableau 5 : Confrontation parité et soignant-es en post-partum

Suivi post-partum	Parité n (%)			P-value*
	Primipares n (%)	Multipares n (%)	n Total	
Sage-femme	89 (77)	69 (72)	158	0,4
Gynécologue	6 (5,2)	7 (7,3)	13	
Médecin traitant	4 (3,4)	8 (8,3)	12	
Je ne sais pas	17 (15)	12 (12)	29	
Total n	116	96	212	

*test Khi^2 d'indépendance

Les raisons qui poussent les femmes à envisager en anté partum une sortie précoce sont multiples. Les femmes trouvent qu'un séjour de moins de 72 heures à l'hôpital est suffisant, que le confort est plus important chez elles. Les multipares ont une faible tendance à vouloir retrouver leur(s) aîné(s). Pour certaines, les sorties précoces sont dues à la crainte du milieu hospitalier. Cependant, certaines décrivent que le repos est bénéfique à la maternité : 11 multipares (soit 14,0%) et 5 primipares (soit 6,9%) (**Tableau 6**).

Tableau 6 : Les raisons en faveur d'une sortie précoce (<72h)

Les raisons	Parité n (%)			P-value
	Primipares n (%)	Multipares n (%)	n Total	
Temps suffisant à l'hôpital	38 (53,0)	39 (49,0)	77	0,62**
Mieux chez soi	18 (25,0)	15 (19,0)	33	0,35**
Repos à l'hôpital	5 (6,9)	11 (14,0)	16	0,17**
Aîné(s)	0 (0)	12 (15,0)	12	<0,001**
Peur de l'hôpital	3 (4,2)	0 (0)	3	0,1*
Ne sait pas	8 (11,0)	3 (3,8)	11	0,08**
Total n	72	80	152	

*test Exact de Fisher

** test du Khi² d'indépendance

3.2.2 Deuxième questionnaire (Annexe IV)

Seulement 6 primipares ont bénéficié d'une SAO contre 23 multipares. La proportion de notre échantillon ayant profité d'une SAO est de 20,71%. Les primipares bénéficient significativement moins des sorties anticipées et organisées que les multipares ($p < 0,001$) (Tableau 7).

Tableau 7 : Confrontation entre la sortie organisée et anticipée et de la parité

SAO	Parité n (%)		n Total	P-value*
	Primipares n (%)	Multipares n (%)		
Ayant bénéficié	6 (7,4)	23 (39)	29	<0,001
Non bénéficié	70 (86)	36 (61)	106	
Ne sait pas	5 (6,2)	0 (0)	5	
Total n	81	59	140	

*test Exact de Fisher

Les raisons de séjourner plusieurs jours à la maternité sont médicales mais aussi psycho-sociales. On observe que les femmes ont besoin d'accompagnement des équipes soignantes, de soutien à l'allaitement et qu'elles trouvent un temps de repos en maternité qui sera bénéfique pour le retour à la maison (Tableau 8).

Tableau 8 : Raisons de ne pas sortir précocement

Raisons de ne pas sortir précocement (n=140)	Nombre de cas n (%)	
Etes vous sortie de la maternité de manière « précoce » ?	n=140 (100%)	
Oui	29	(21,0)
Non	106	(75,0)
Ne sait pas	5	(4,0)
Non, pourquoi ? * Plusieurs réponses possibles	n=106 (100%)	
Choix personnel, je ne voulais pas sortir plus tôt	46	(43,0)
Réponses aux questions et aides des équipes soignantes	36	(33,0)
Soutien à l'allaitement	32	(30,0)
Raisons médicales maternelles	25	(17,0)
Mon bébé à été récusé de la sortie anticipée et organisée	12	(8,0)
Organisation personnelle	6	(4,0)
Pas de sortie le week-end	5	(3,0)

Elles sont 29 à avoir bénéficié d'une SAO (20,7% de notre population). Elles sont une majorité à avoir fait des études longues (> 5 ans). La majorité de ces femmes est en activité professionnelle (**Tableau 9**).

Tableau 9 : Caractéristiques des femmes qui ont bénéficié d'une SAO

Etudes	Parité n (%)			P-value*
	Primipares n (%)	Multipares n (%)	n Total	
Bac +5	4 (67,0)	12 (52,0)	16	0,23
Bac +3	1 (17,0)	3 (13,0)	4	
Bac +2	- (-)	4 (17,0)	4	
Lycée EP	- (-)	4 (17,0)	4	
Lycée ET	1 (17,0)	- (-)	1	
En activité	5 (83,0)	22 (96,0)	27	
Etudiante	1 (17,0)	- (-)	1	
Femme au foyer	- (-)	1 (17,0)	1	
Total n	6	23	29	

*test Exact de Fisher

Les multipares qui ont bénéficié d'une SAO sont significativement plus âgées que les primipares ($p = 0,027$) (**Tableau 10**).

Tableau 10 : Age des femmes qui ont bénéficié d'une SAO

Age	Parité (n)		P-value*
Médiane	Primipares (n=6)	Multipares (n=23)	0,027
	31,0 [28,8; 31,8]	34,0 [31,5 ; 35,5]	

*test de Mann-Whitney

3.2.3 Comparaison entre les deux questionnaires

Les deux questionnaires ont été appairés et conçus pour pouvoir tracer et suivre l'évolution du souhait des patientes. Nous avons conservé les réponses des patientes malgré leur transfert dans notre étude. Deux d'entre elles envisageaient une sortie très précoce. Elles ont été transférées en post-partum, l'une à la *Polyclinique de l'Atlantique* (PCA) et l'autre à la clinique Brétéché.

Sur le point spécifique d'une sortie très précoce (2 heures après la naissance), 14 patientes ont exprimé le souhait de sortir très précocement : 5 lors du premier questionnaire et 9 lors du second (6,4%). Les 5 patientes du questionnaire anté-partum n'ont pas confirmé ni réalisé ce souhait en post-partum (3 d'entre elles n'ont cependant pas répondu au second questionnaire).

Nous avons interrogé ces patientes sur la satisfaction de leur séjour en maternité et les raisons qui empêchaient leur éventuelle sortie précoce.

Les 9 femmes qui envisageaient une sortie 2 heures après la naissance de leur enfant, sont finalement 3 à avoir bénéficié d'une SAO. Parmi les multipares, elles sont 5 à avoir un mauvais vécu de leur premier séjour en maternité, parmi elles, 3 ont bénéficié d'une sortie précoce. On observe que les 4 SAO effectivement réalisées concernaient des multipares. (**Tableau 11**).

Tableau 11 : Caractéristiques des femmes souhaitant sortir 2 heures après la naissance, dès l'anté-partum ou en post-partum

	Primipare	Etudes	Emploi	Temps trajet	Satisfaction, séjour ainé	Raisons	Finalemt	SAO	Satisfaction séjour
1 ^{er} Questionnaire	Non	Bac+5	Cadre	15'	Mauvais	Ainé	AVB+PCA	Oui	Bon vécu
	Non	EPC	Aucune	30'	Très bon	Ainé	AVB+Brétéché	/	/
	Non	Bac+5	Cadre	10'	Mauvais	Ainé	AVB	/	/
	Oui	Bac+2	Employée	10'	/	/	AVB	Non	AM
	Oui	Collège	Aucune	30'	/	/	AVB	/	/
2 ^{ème} Questionnaire	Non	Bac+5	Cadre	15'	Mauvais	/	AVB	Non	Raisons mat
	Non	Bac+5	Cadre	20'	Très bon	/	CP	Oui	Bon vécu
	Non	Bac+2	Employée	40'	Bon	Ainé	AVB+HDD	Non	BB récusé
	Non	Bac+2	Employée	10'	Mauvais	Stress	AVB	Oui	Bon vécu
	Non	Bac+2	Employée	40'	Mauvais	Confort	AVB+Dclt	Oui	Bon vécu
	Oui	Bac+5	Aucune	10'	/	/	AVB	Non	AM
	Oui	Bac+5	Employée	20'	/	/	AVB	Non	BB récusé
	Oui	Bac+2	Employée	45'	/	/	AVB+Dclt	Non	Raisons mat
	Oui	Bac+5	Employée	10'	/	/	César urg	Non	Pro'

EPC : Enseignement Professionnel Court ; AVB : Accouchement Voie Basse ; CP : Césarienne Programmée ; Dclt : Déclenchement ; HDD : Hémorragie de la délivrance ; PCA : Polyclinique de l'Atlantique ; AM : Allaitement Maternel ; SAO : Sortie Anticipée et Organisée

Vingt-sept femmes ont accouché par césarienne (18 primipares / 9 multipares), trois d'entre elles ont bénéficié d'une SAO. Nous avons questionné les raisons pour lesquelles une SAO n'a pas été réalisée chez ces patientes. Les raisons de ne pas bénéficier d'une sortie précoce lorsqu'elles ont accouché par césarienne sont autant médicales que maternelles. En anté-partum, ces femmes avaient toutes pour souhait de sortir précocement, moins de 72h après la naissance de leur enfant (Tableau 12).

Tableau 12 : Naissance par césarienne et réalisation de SAO

Urg. / Prog.	Primipare	Souhait Q1	SAO	Raisons
Urgence	Oui	24-48h	Non	Organisation personnelle
Urgence	Non	24-48h	Non	Raisons médicales mat
Urgence	Oui	48-72h	Non	Ne souhaite pas de SAO
Programmée	Non	48-72h	Non	Raisons médicales mat
Urgence	Non	24-48h	Non	Réponses aux quest° équipes
Urgence	Oui	24-48h	Non	Ne souhaite pas de SAO
Urgence	Oui	48-72h	Non	Raisons médicales mat
Urgence	Non	48-72h	Non	Réponses aux quest° équipes
Urgence	Oui	48-72h	Non	Raisons médicales mat
Urgence	Non	24-48h	Non	Raisons médicales mat, soutien AM
Urgence	Oui	24-48h	Non	Soutien AM
Urgence	Oui	48-72h	Non	Bébé récusé de la SAO
Urgence	Oui	48-72h	Non	Réponses aux quest° équipes
Urgence	Oui	24h	Non	Raisons médicales mat, soutien AM
Urgence	Oui	24-48h	Oui	
Urgence	Non	24-48h	Non	Bébé hospitalisé en réanimation
Programmée	Non	24h	Oui	
Urgence	Oui	48-72h	Non	Réponses aux quest° équipes
Urgence	Oui	48-72h	Non	Raisons médicales mat, soutien AM
Urgence	Oui	24-48h	Non	Ne souhaite pas de SAO
Urgence	Oui	24-48h	Non	Réponses aux quest° équipes
Urgence	Oui	48-72h	Non	Réponses aux quest° équipes
Programmée	Oui	48-72h	Non	Raisons médicales mat, soutien AM
Urgence	Oui	24-48h	Oui	
Urgence	Oui	48-72h	Non	Raisons médicales mat
Urgence	Non	24-48h	Non	Raisons médicales mat
Programmée	Non	24-48h	Non	Ne souhaite pas de SAO

AM : Allaitement Maternel ; SAO : Sortie Anticipée et Organisée

4. DISCUSSION

4.1 Analyse et interprétation des résultats principaux

Sorties précoces du point de vue des parturientes **points clés des motivations et des freins**

Notre étude a mis en évidence une forte disparité entre le premier et le second questionnaire quant à la sortie précoce des patientes. En effet, elles étaient 71,7% à envisager une sortie précoce en anté-partum. Alors qu'elles ne sont plus que 20,7% à avoir effectivement bénéficié d'une SAO.

Parmi les 29 femmes (20.7%) ayant bénéficié d'une SAO, elles sont 13 (44,9%) à l'avoir envisagé et exprimé en anténatal, lors du premier questionnaire. Six (20.7%) patientes qui ne l'envisageaient pas avant la naissance de leur enfant, ont finalement réalisé une sortie précoce. De plus, nous avons observé que parmi les 111 (79.3%) femmes à n'avoir pas bénéficié d'une SAO, 12 (10,8%) l'envisageaient lors du questionnaire anté-partum.

A l'inverse, on remarque que la proportion des parturientes envisageant de sortir de façon très précoce (après 2 heures) n'était que de 2,3% en anté-partum, alors qu'elles sont 6,4% à déclarer qu'elles auraient aimé en bénéficier dans le questionnaire post-partum.

Il est intéressant de noter que notre population est comparable à celle de l'ENP de 2021 et présente les mêmes caractéristiques, soit une majorité de femmes jeunes, primipares, ayant suivi des études longues et en activité professionnelle (majoritairement cadres ou employées) (6).

Ainsi, dans l'ENP, on observe qu'une minorité de femmes n=90 n'a pas participé à l'enquête en raison d'une sortie trop précoce. Cette minorité de sorties précoces se retrouve dans notre étude.

Les femmes qui souhaitent sortir précocement ont des profils pluriels (âge, activité professionnelle, situation familiale...). Mais elle se rejoignent sur leur niveau d'études (> 5 ans) et leur localisation géographique (moins d'une heure de trajet en voiture).

La majorité des 29 femmes qui ont eu recours à une SAO sont multipares, au nombre de 23 dans notre étude (soit 79,3%).

Les raisons principales qui les poussent à sortir plus tôt, sont, dans l'ordre décroissant : le confort de leur foyer, l'envie de retrouver leurs aîné(e)s et parfois la peur du milieu hospitalier.

Lorsqu'on interroge les multipares sur leur ressenti par rapport à la fatigue pendant la grossesse, elles se sentent plus « épuisées » que les primipares. On retrouve un chiffre similaire dans l'ENP de 2021 puisque 72,0% des femmes ayant un vécu de la grossesse difficile ou très difficile, exprime un ressenti de fatigue intense pendant la grossesse. De même, après la naissance de leur enfant, lorsqu'on interroge les femmes sur leur santé psychique et sur les sources de difficultés rencontrées depuis le retour à domicile, plus de 9 femmes sur 10 évoquent la fatigue (6). Une contradiction cependant :

- pour certaines, le repos est synonyme de retour à domicile et son « chez soi »,
- tandis que pour d'autres l'apaisement et la récupération passent par une phase d'hospitalisation en maternité entourée de soignant-es.

Les principales motivations des femmes pour les sorties précoces reposent sur le souhait de retrouver le confort de leur foyer et de présenter rapidement le nouveau-né à la fratrie.

En revanche, le rapport de 2012 du *Collectif Inter Associatif autour de la Naissance* (CIANE), fait apparaître que 56,0% des femmes trouvent la durée de séjour en maternité suffisante et 38,0% trop longue. Une minorité (6% au total) ont trouvé cette durée trop courte, notamment les primipares dont le séjour a duré trois jours ou moins (14%) (12). Dans notre étude, on observe que les primipares souhaitent rester plus longtemps à la maternité et qu'effectivement elles bénéficient moins des sorties précoces que les multipares.

Nombreux sont les freins exprimés par les femmes à propos d'un retour à domicile précoce. Notons tout d'abord, que les femmes qui ne souhaitent pas sortir de façon précoce de la maternité sont rassurées par l'accompagnement à la parentalité réalisé durant le séjour (conseils en allaitement, démonstration et encadrement des soins à prodiguer au nouveau-né...).

Ces familles se disent rassurées par l'équipe pluridisciplinaire qui les entoure pendant ces quelques jours à la maternité. Elles ont confiance en la surveillance mise en place autour de leur bébé. Elles souhaitent se reposer à l'hôpital avant de rentrer dans leur foyer.

Notre étude post-partum a révélé que la majorité des femmes ne souhaite pas sortir plus rapidement de la maternité.

En tête de liste des raisons pour ne pas effectuer une sortie précoce, les femmes expriment une forte satisfaction de leur séjour lié au professionnalisme des équipes. Elles apprécient avoir « des réponses des équipes soignantes », et « un soutien à l'allaitement ». Ces expressions se retrouvent chez de nombreuses primipares et pourraient confirmer qu'elles aient significativement moins recours au système de SAO.

Malgré un post-partum de plus en plus médiatisé et documenté, les femmes organisent leur suivi de grossesse, mais ne projettent pas vraiment leur séjour à la maternité et leur suivi post-partum. Pourtant, depuis ces dernières années, de nombreux ouvrages à propos de la naissance et du post-partum se sont ajoutés à ceux de la parentalité (13). Cette littérature semble être plus accessible aux catégories socio-professionnelles les plus aisées. Or, les femmes qui ont profité d'une sortie précoce sont majoritairement des multipares avec un niveau socio-économique élevé.

Par rapport au suivi post-partum, un examen pédiatrique doit être réalisé avant la sortie du nouveau-né et son test de dépistage sanguin néonatal doit être fait (si l'enfant à plus 48 heures de vie) ou organisé à domicile dans le cas contraire. En outre, une visite à domicile doit être organisée dans les 24 heures après la sortie de la maternité.

Les critères du bas risque néonatal en suites de couches réduisent considérablement le nombre de bébés éligibles à la sortie précoce. C'est pourquoi 8% des couples de notre population souhaitant sortir de manière anticipée se sont vus refuser la sortie précoce en raison de l'état de santé de leur bébé.

Enfin, même s'il est plus à la marge actuellement, le jour de naissance de l'enfant peut empêcher une sortie très précoce. En effet, les nouveau-nés sortant le dimanche auront leur examen pédiatrique le samedi, rendant possible la sortie de la dyade mère-bébé le dimanche. En revanche, l'absence d'un pédiatre dans notre service le dimanche empêchera une sortie très précoce des nouveau-nés du week-end.

Lorsque l'on connaît d'une part, les risques de déclenchement d'ictère en cas de mauvaise instauration d'alimentation et, d'autre part, l'importance d'une bonne reprise de poids du nourrisson :

***Comment s'assurer d'une alimentation optimale
lorsque les femmes restent moins de 48 heures en maternité ?***

Sorties précoces du point de vue des soignant·es **points clés des motivations et des freins**

Notre étude a mis en évidence que la majorité des femmes (74.5%) est accompagnée en post-partum par une sage-femme et que ce sont les médecins généralistes les plus sollicité·es (64.6%).pour le suivi des nourrissons.

En cas de sortie précoce, la sage-femme doit se déplacer à domicile dans les 24 heures suivant la sortie pour assurer le suivi post-partum de la mère et pour peser le nouveau-né. Aujourd'hui, en France, l'offre de soins ne semble pas assez élaborée pour proposer facilement le passage d'une sage-femme le dimanche au domicile des femmes.

Cependant, la croissance démographique de la profession de sage-femme est particulièrement dynamique. Le nombre de sages-femmes s'est stabilisé autour de 23 400 en 2021. Une projection de la *Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques* (DREES) expose la conclusion suivante : « alors que 20% des sages-femmes avaient en 2012 une activité libérale, 34% des sages-femmes sont dans ce cas en 2021. Si ces tendances se prolongent, les effectifs de sages-femmes libérales ou mixtes progresseraient de 70% à l'horizon 2050. » (14)

En ce qui concerne la rémunération des sages-femmes libérales, la sécurité sociale prévoit une visite par jour jusqu'à 12 jours après l'accouchement, cotée SF 16,5 + IF (Indemnité forfaitaire de déplacement) les deux premiers jours. Ensuite ce sera SF 12 + IF jusqu'à J12 (avec SF 2,80 € = et IF = 4,00€) (15). Il existe une majoration forfaitaire dans le cadre d'une sortie précoce après l'accouchement (DSP = 25€) (16).

Pour sa part, le nourrisson devra être vu par un·e pédiatre ou un·e médecin généraliste entre le 6^{ème} et le 10^{ème} jour. Lors de cette consultation, le suivi ultérieur du bébé sera mis en place (dont la consultation du 1^{er} mois).

Si l'effectif des sages-femmes tend à se développer, celui des pédiatres libéraux est en déclin. Pour le suivi des nourrissons, les familles ne semblent pas avoir d'autre choix que de s'orienter vers les médecins généralistes, Or, nous savons que 8,6% de

la population vit dans une commune sous-dotée en médecins généralistes. Nous pouvons aisément imaginer que certaines familles éprouvent des difficultés à trouver des soignant·es de proximité (17) (18) (19) (**Annexe IX**).

L'élargissement des compétences des sages-femmes va aussi dans ce sens puisqu'elles peuvent désormais vacciner les nourrissons selon le calendrier vaccinal en vigueur (20).

La place des PMI est grandissante devant le constat que les praticien·nes libéraux·ales sont de moins en moins nombreux·ses. En tant que professionnelles de santé de premiers recours, les sages-femmes voient leur patientèle se multiplier autant en PMI qu'en libéral. Pour le moment, on peut craindre un potentiel risque de saturation. En effet, le zonage décrit par l'ARS, nous permet d'observer que beaucoup de zones sont sous-dotées en sages-femmes en Pays de la Loire (21) (**Annexe X**).

Selon les recommandations de bonne pratique de la HAS en 2014 : « l'analyse de la littérature ne permet pas de définir une durée de séjour optimale pour les mères à bas risque médical, psychique et social. L'adaptation progressive du nouveau-né à la vie extra-utérine et la stabilisation des fonctions vitales nécessitent une surveillance pendant les premiers jours de vie. »

Dans les conditions actuelles de disponibilité et de maillage territorial des équipes, cette surveillance peut-elle s'envisager au domicile de façon aussi optimale qu'à la maternité ?

Quelles perspectives d'avenir pour la sortie de la maternité ?

Vers une sortie 2 heures après l'accouchement ?

En France, faute de capacités d'accueil suffisantes, la majorité des services hospitaliers se tourne vers l'*Hospitalisation à Domicile* (HAD). En 2020, 146 000 patient-es ont été hospitalisé-es à domicile, ce qui correspond à une hausse de 16% (22). De même, la chirurgie ambulatoire se développe tandis que les séjours hospitaliers sont de plus en plus courts. Les avantages des chirurgies ambulatoires sont nombreux : satisfaction du patient et de sa famille, optimisation de l'organisation et des ressources des plateaux techniques de chirurgie, ainsi que réduction des coûts pour les établissements de santé et l'assurance maladie.

L'Obstétrique est, elle aussi, concernée par ces évolutions (23).

En Ile de France, l'HAD en sortie de maternité pour les situations les plus complexes est possible. Mis en place par les réseaux de santé en périnatalité, 5,0% des post-partum pathologiques sont pris en charge en HAD (24). Un rapport récent (mars 2023) de l'académie nationale de médecine préconise la fermeture des maternités réalisant moins de 1000 accouchements par an (25). Ce rapport n'étant pas encore adopté en séance plénière, ni même rendu public, nous ne pouvons pas l'analyser de façon globale.

Cependant, les arguments de ces raisonnements politiques sont les suivants : les petites structures réalisent moins de naissances et sont donc moins régulièrement confrontées à des situations d'urgences obstétrico-pédiatriques. Ces maternités ont fréquemment besoin de personnels en intérim, par définition moins formés aux pratiques du service et plus coûteux. Devant ces constats, il semblerait plus rassurant de fermer ces maternités jugées trop petites. Cette solution semble difficile à mettre en place puisque les maternités effectuant plus de 1000 accouchements, souvent de type II et III, sont déjà en manque de lits et d'effectifs. Certaines de ces maternités n'ont d'ailleurs pas attendu ce rapport pour fermer leurs portes. En effet, on compte 8,0% de maternités en moins en 5 ans (6).

Ce qui laisse à penser que les maternités restantes vont à l'avenir devoir assumer un nombre croissant de naissances à périmètre constant d'effectif de soignant-es et de lits disponibles. La diminution du capacitaire dans les maternités va s'aggraver dans les prochaines années.

Et malgré la faible diminution de la fécondité en France (26), nous n'avons pas de peine à imaginer que la problématique du nombre de lits est au centre des attentions et que toutes les opportunités de réduction de la durée de séjour sont à étudier. D'ores et déjà, nous rencontrons régulièrement au CHU de Nantes des épisodes de saturation des capacités. Le nombre de lits vient déjà à manquer. Ainsi, 22 patientes parmi nos 212 répondantes (soit 10,4%) ont vécu, avant la naissance et en post-partum, l'expérience d'un transfert vers une autre structure, par manque de place au CHU.

Si notre étude démontre qu'une réduction du capacitaire de lits est difficile à envisager compte tenu du fait que seulement 20,7% des patientes bénéficient d'une SAO, nous avons tout de même l'envie de mettre en lumière la proportion de femmes prêtes à sortir 2 heures après la naissance de leur enfant.

En effet, elles sont 6,4% à l'envisager pour des raisons d'organisation ou de confort. Si certaines femmes se sentent capables de retourner à leur domicile de façon très précoce, nous pouvons anticiper les solutions à mettre en place pour la continuité des soins et du suivi.

***Si les séjours en maternité sont de plus en plus courts,
quelles solutions pour que la prise en charge des femmes reste optimale ?***

Nous suggérons de renforcer et systématiser l'information des patientes sur leur séjour en maternité pendant la grossesse. L'idée est de les amener à devenir actrices de leur séjour, de leur post-partum et d'anticiper au mieux les démarches de suivi par une sage-femme et les professionnels de santé qui graviteront autour de leur futur enfant. Cette information pourrait prendre diverses formes et reste à construire. Elle pourrait être délivrée dès l'entretien prénatal précoce. Nous restons conscients que seulement certaines patientes seront en mesure d'apporter cette implication car cela dépend de multiples facteurs en prenant en compte le niveau socio-économique, les vulnérabilités et les pathologies...

Au regard des résultats de notre étude, un paradoxe fait surface : il y aura moins de lits à court terme alors que les femmes ne souhaitent pas, à ce jour, sortir précocement de la maternité. D'ici quelques années, les sorties précoces seront sûrement la norme pour les femmes à bas risque obstétrical et les nouveau-nés présentant une bonne adaptation. En attendant, il semble intéressant de déployer

rapidement des dispositifs d'explications et d'accompagnement à la sortie précoce pour toutes les femmes à bas risque.

Tout en laissant la possibilité aux femmes ayant un besoin de séjour plus long, de quitter la maternité plus tard, un relais de qualité à domicile doit être mis en place, L'accompagnement en libéral dans ces conditions devra être optimisé. La question de l'évolution du monde de la périnatalité va se poser, les organisations devront être repensées.

En la matière, les pratiques de nos voisins européens peuvent nous inspirer des premières pistes. Nous pourrions imaginer un passage au domicile une fois par jour minimum la première semaine et une heure minimum de suivi. Nous pourrions aussi envisager une sage-femme disponible et joignable en cas de question à la manière d'une astreinte. Ces premières idées seront néanmoins à adapter aux situations française et régionales (27) (28).

Au regard des données sur le suicide maternel, nous pouvons penser que le modèle actuel de retour à domicile n'est pas optimal, puisque les indicateurs sont alarmants. Il faudra sans doute inventer un nouveau modèle de soins et d'accompagnement post-nataux (29) (30). Afin de prévenir la dépression du post-partum, nous pouvons imaginer des passages plus réguliers au domicile des femmes par des sages-femmes, un accès plus large aux *Technicien·nes d'Intervention Sociale et Familiale* (TISF) ou encore des *Auxiliaires de Vie Sociale* (AVS).

Concernant l'aspect financier et l'égalité des patientes devant les soins, le risque est que seules les femmes financièrement plus aisées puissent recourir à des professionnel·les du soin pour les accompagner à domicile.

Aussi, il semble intéressant de réfléchir à la mise en place d'aides matérielles pour toutes les familles, quel que soit leur niveau de revenus.

Côté soignant·es et intervenant·es à domicile, nous pouvons imaginer une majoration de la cotation du passage à domicile pour rendre ce dernier plus attractif.

Si des solutions peuvent s'entrevoir à l'horizon d'une vingtaine d'années, la situation actuelle (effectifs et qualifications des soignant·es, capacités de lits des établissements, maillage territorial des libéraux...) interroge cependant sur une faisabilité à court terme.

4.2 Limites et forces

Un biais de recrutement apparait, puisque les personnes allophones ont été exclues de notre étude. Ceci renforce la proportion de nos répondantes avec un niveau socio-économique élevé. On peut se demander si la population de notre étude est représentative de la population de la maternité du CHU de Nantes.

De plus, de nombreuses femmes porteuses de pathologies sont orientées vers le CHU, ce qui est un frein à la sortie précoce dans de nombreux cas.

Il existe aussi un biais d'attrition puisque nous avons un nombre important de « perdues de vue » entre nos deux questionnaires. On peut difficilement comparer nos deux groupes de population.

Notre travail ne peut être généralisé à l'ensemble des maternités, ni à l'ensemble de la population.

En outre, nous n'avons pas étudié le maillage territorial en ce qui concerne les effectifs de sages-femmes libérales en Loire-Atlantique. Il serait intéressant pour cela de réaliser une étude dans le département ou la région afin de savoir si les effectifs sont optimaux pour accompagner les femmes dans leur post-partum, lors de la sortie de la maternité puisque cette sortie semble tendre à être de plus en plus précoce.

Le sujet des sorties précoces est encore à ce jour peu traité dans la littérature, nous n'avons pas trouvé beaucoup de publications récentes, nationales ou internationales sur ce sujet.

La principale force de notre étude réside dans la réalisation de deux questionnaires appairés, avec une diversité de réponses en anté-partum et en post-partum. Ainsi, les nombreuses questions posées nous ont permis de suivre les souhaits des patientes, d'analyser leurs caractéristiques (catégorie socio-économique, âge, facteurs de risques...) en interrogeant également leur ressenti et vécu personnels (motivations, freins, difficultés rencontrées, témoignages...).

Une autre force significative réside dans le fait d'avoir donné la parole aux femmes et de les avoir invité à réfléchir à leur post partum.

En termes de validité externe, notre population est constituée en majorité de femmes jeunes, de primipares, ayant fait des études longues et sont en activité professionnelle (majoritairement cadres ou employées). Notre population est comparable à celle de l'ENP 2021, où on retrouve les mêmes caractéristiques (6).

La réalisation de cette étude pourra constituer une première base de données support à d'autres travaux régionaux sur le même sujet. Cette étude pourra servir de base à de futurs travaux sur le maillage territorial en périnatalité.

5. CONCLUSION

Partant du postulat que les femmes étaient nombreuses à vouloir sortir tôt de la maternité, associé à un contexte de potentielle réduction du capacitaire de lits et de fermetures de maternités, notre étude visait à évaluer le positionnement des femmes sur ce sujet. Par le biais de deux questionnaires appairés, nous avons pu observer l'évolution des souhaits des patientes en anté et post-partum ainsi que la satisfaction de leur séjour.

Les résultats de notre enquête ont montré que la sortie précoce était a priori envisagée, mais au final peu concrétisée par les patientes. Si 71,7% des parturientes souhaitent un retour à domicile précoce avant l'accouchement voir 2,4% de façon très précoce, seulement 20,7% de patientes sont rentrées précocement (<72h) et 0% très précocement (<2h). Elles sont 44,9% à souhaiter un retour à domicile précoce lors du premier questionnaire mais n'ayant pas eu la possibilité d'en bénéficier.

Les raisons de cette non-réalisation sont médicales, psycho-sociales et matérielles.

Ces résultats nous amènent à conclure qu'il est nécessaire de développer des actions en faveur d'un plus grand nombre de sorties précoces et même envisager des recommandations à propos des sorties très précoces, encore trop rares aujourd'hui. Il serait aussi pertinent d'évaluer si le maillage territorial en périnatalité est suffisant pour répondre de façon optimum à l'augmentation des sorties précoces.

6. BIBLIOGRAPHIE

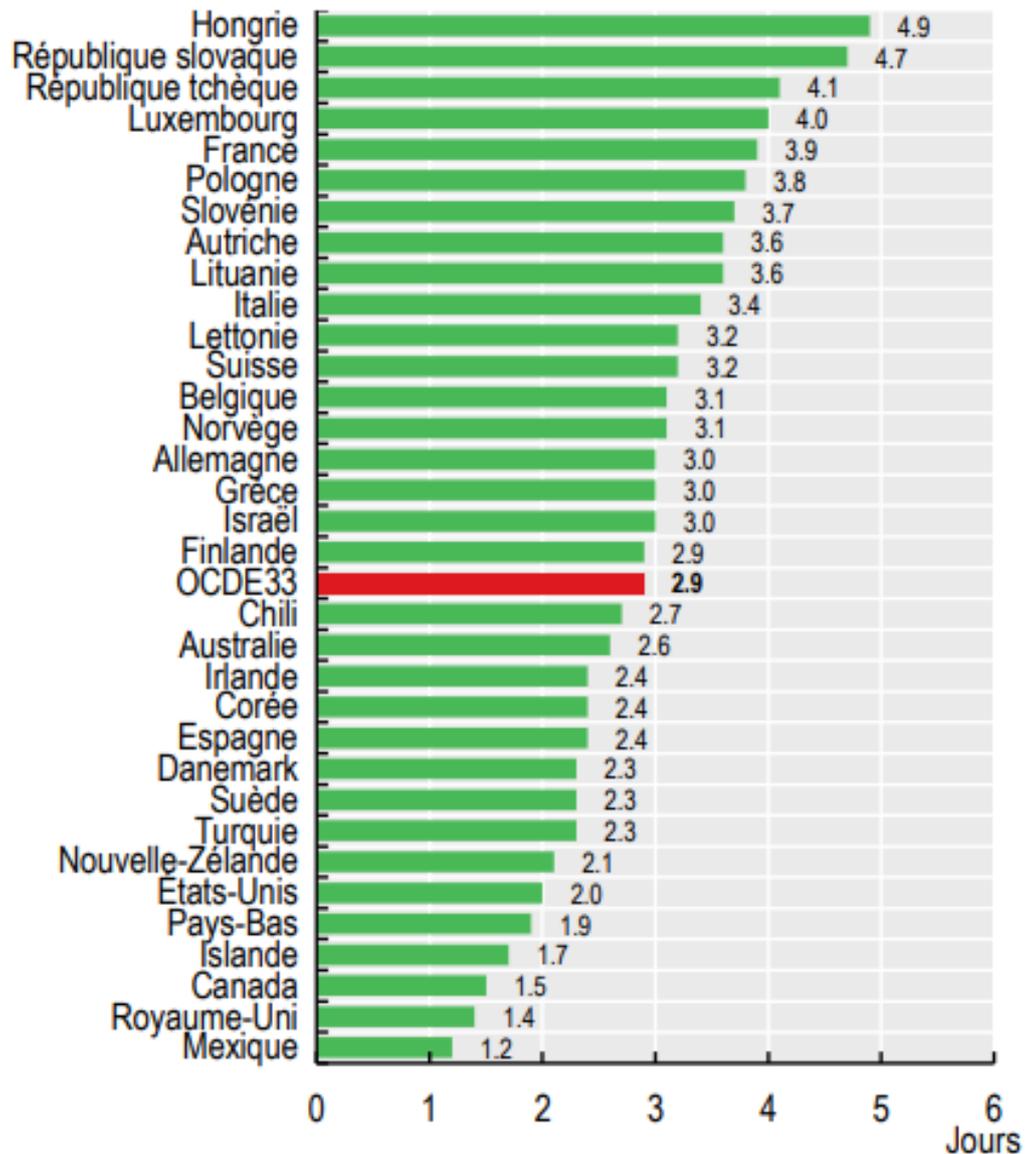
1. fiche_de_synthese_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf [Internet]. [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/fiche_de_synthese_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
2. Fiche 24 - La naissance les maternités .pdf [Internet]. [cité 4 janv 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2024%20-%20La%20naissance%20-%20les%20maternit%C3%A9s.pdf>
3. ES2022.pdf [Internet]. [cité 4 janv 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/ES2022.pdf>
4. ap2004_recueil.pdf [Internet]. [cité 6 oct 2022]. Disponible sur: http://www.gen-montpellier.fr/data/_uploaded/image/pdf/ap2004_recueil.pdf
5. Maternity care [Internet]. Kraamzorg de Eilanden. [cité 12 mars 2023]. Disponible sur: <https://kraamzorgdeeilanden.nl/maternity-care/>
6. SPF. Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements [Internet]. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/enquete-nationale-perinatale.-rapport-2021.-les-naissances-le-suivi-a-deux-mois-et-les-etablissements>
7. 2014 - Éléments de chiffrage et analyses des données du P.pdf [Internet]. [cité 1 mars 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-04/elements_de_chiffrage_et_analyses_des_donnees_du_pmsi.pdf
8. Accouchement et retour à domicile [Internet]. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/famille/maternite-paternite-adoption/accouchement-retour-domicile>
9. Le rapport AAD 2021 sur données 2020.pdf [Internet]. Google Docs. [cité 6 oct 2022]. Disponible sur: https://drive.google.com/file/d/1KD1K4dOzWBNXtNi32C0MnPXlml9NkaGY/view?usp=sharing&usp=embed_facebook
10. Fiche 23 - La naissance - les maternités.pdf [Internet]. [cité 4 janv 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/Fiche%2023%20-%20La%20naissance%20-%20les%20maternit%C3%A9s.pdf>
11. Pays de la Loire : une dynamique démographique soutenue, portée par la Loire-Atlantique - Insee Analyses Pays de la Loire - 84 [Internet]. [cité 16 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5005318>
12. DossierSortieMaterniteNov2012.pdf [Internet]. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/11/DossierSortieMaterniteNov2012.pdf>

13. Post-Partum, le documentaire [Internet]. Post-partum, le documentaire. [cité 12 mars 2023]. Disponible sur: <https://postpartum-ledocumentaire.com/>
14. Médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens : combien de professionnels à l'horizon 2050 ? | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/medecins-sages-femmes-chirurgiens-dentistes-et-pharmaciens-combien-de>
15. Tarifs [Internet]. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sage-femme/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-conventionnels/tarifs>
16. NGAP 04.11.2022_VF.pdf [Internet]. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/NGAP%2004.11.2022_VF.pdf
17. RSN-Documentdesortie-2018.pdf [Internet]. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.reseau-naissance.fr/medias/2018/10/RSN-Documentdesortie-2018.pdf>
18. 2020_fiche_pediatres-liberaux_0.pdf [Internet]. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020_fiche_pediatres-liberaux_0.pdf
19. r14-2431.pdf [Internet]. [cité 9 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r14-243/r14-2431.pdf>
20. Décret n° 2022-611 du 21 avril 2022 relatif aux compétences vaccinales des sages-femmes. 2022-611 avr 21, 2022.
21. MMAannss - Zonage sages-femmes en Pays de la Loire.pdf [Internet]. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.paysdelaloire.paps.sante.fr/media/65309/download?inline&rubrique=11415>
22. had-synthese.pdf [Internet]. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/had-synthese.pdf>
23. DGOS. La chirurgie ambulatoire [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/article/la-chirurgie-ambulatoire>
24. 2014 - Sortie de maternité après accouchement conditions.pdf [Internet]. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/10744/download?inline>
25. Rapport 18-09. De la bientraitance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités. – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 20 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/de-la-bientraitance-en-obstetrique-la-realite-du-fonctionnement-des-maternites/>
26. Bilan démographique 2022 - Insee Première - 1935 [Internet]. [cité 20 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6687000>

27. choice-Leaflet_5.pdf [Internet]. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/520211/choice-Leaflet_5.pdf
28. Going home with your baby [Internet]. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.nhsinform.scot/ready-steady-baby/early-parenthood/going-home/going-home-with-your-baby>
29. Niel MSV, Payne JL. Perinatal depression: A review. *Cleve Clin J Med*. 1 mai 2020;87(5):273-7.
30. Vacheron MN, Tessier V, Rossignol M, Deneux-Tharoux C. Mortalité maternelle par suicide en France 2013–2015. *Gynécologie Obstétrique Fertilité Sénologie*. 1 janv 2021;49(1):38-46.

ANNEXE I: Durée moyenne de séjour pour un accouchement normal, OCDE- 2019- [3a05bb1d-fr.pdf \(oecd-ilibrary.org\)](https://www.oecd-ilibrary.org)

Graphique 9.10. Durée moyenne de séjour pour un accouchement normal, 2017 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

ANNEXE II : Avis GNEDS du 25/11/2022 concernant notre étude

AVIS 22-11-32
Groupe Nantais d’Ethique dans le Domaine de la Santé (GNEDS)

Nom du protocole Code et versioning	SoDec
Investigateur principal	Dr V. Dochez
Lieu de l'étude	CHU Nantes
Type de l'étude	Prospective, observationnelle, monocentrique, sur 2 questionnaires
Type patients/participants	Patientes enceintes avec grossesses à bas risque en consultation de suivi au 8 ou 9 ^{ème} mois en pré- et postpartum
Nombre de patients/participants prévus	200
Objectif principal	Evaluer le nombre de patientes souhaitant une sortie anticipée et organisée
Objectif secondaire	Evaluation des motivations ou des freins des femmes souhaitant raccourcir durée de séjour en maternité. Evaluation des souhaits dans le post-partum immédiat Interroger les patientes sur leurs souhaits de déclencher le travail à 39 semaines d'aménorrhées en l'absence d'indication médicale

Documents communiqués

Justification de l'étude	OUI
Méthodologie	OUI
Lettre d'information et lettre de consentement	OUI

ANNEXE III : Le questionnaire n°1

Prise en charge au CHU de Nantes

Bonjour,

Vous êtes enceinte et votre suivi de grossesse se déroule au CHU de Nantes.

Nous avons besoin de vous pour améliorer la prise en charge des femmes et des couples au CHU de Nantes en termes de déclenchement et de durée de séjour en maternité. Nous étudions vos souhaits sur ces 2 thématiques dans le cadre de notre mémoire de fin d'étude, vos réponses sont très précieuses pour notre travail.

Si vous souhaitez connaître le rationnel de cette étude ainsi que vos droits pour remplir ce questionnaire, veuillez cliquer ici :

https://docs.google.com/document/d/15x0aaaajcKlwvmDrn17-2_NL3OFv4lNaU/edit?usp=sharing&oid=102289016793937171232&rtpof=true&sd=true

Marine Raud et Marie Jerlin

Adresse e-mail* :

Partie 1 : A propos de vous

Nous avons besoin d'information à propos de vous pour analyser les données, évidemment ces informations ne seront étudiées que par Marine Raud et Marie Jerlin.

1- Première lettre de votre NOM * *Une seule réponse possible*

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> ... |
| <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> Z |

2- Première lettre de votre PRENOM * *Une seule réponse possible*

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> ... |
| <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> Z |

3- Votre date de naissance ? * *Une seule réponse possible*

Jour, Mois, Année

4- Quel est votre niveau d'étude ? * *Une seule réponse possible*

- Non scolarisée, primaire
- Collège (6^{ème} à la 3^{ème})

- Enseignement professionnel court
- Lycée, enseignement professionnel
- Lycée, enseignement technique
- Lycée, enseignement général
- Bac +1 ou 2 ans
- Bac +3 ou 4 ans
- Bac +5 ou plus

5- Quelle est votre situation professionnelle ? * *Une seule réponse possible*

- En emploi
- Femme au foyer
- Etudiante
- Au chômage
- Autre situation

6- Quelle est votre profession ? (Si pas de profession cocher : sans profession) *

- Sans profession
- Agricultrice
- Artisane, commerçante
- Cadre
- Profession intermédiaire
- Employée de la fonction publique
- Employée (sans précision)
- Employée de commerce
- Personnel de service
- Ouvrière non qualifiée
- Ouvrière
- Ouvrière agricole

7- Travaillez-vous à temps plein ? * *Une seule réponse possible*

- Oui
- Non

8- Vivez-vous : * *Une seule réponse possible*

- Seule
- En couple

Partie 2 : Grossesses antérieures ?

1- Attendez-vous votre premier enfant ? * *Une seule réponse possible*

- Oui
- Non

Partie 3 : A propos de votre mode de vie (primipares)

Pour comprendre vos souhaits et vos attentes nous avons besoin de connaître plus de détails sur votre mode de vie et votre organisation personnelle.

1- Quel est votre code postal ? * *Réponse courte*

2- Avez-vous quelqu'un pour vous emmener à la maternité ? * *Une seule réponse possible*

- Oui, mon/ma partenaire
- Oui, un-e proche
- Oui, un-e membre de ma famille
- Non je contacterai le SAMU ou un taxi

3- Combien de temps vous faut-il pour venir à la maternité ? * *Réponse courte*

4- Avez-vous des animaux domestiques dont personne ne peut s'occuper à la maison en votre absence ? * *Une seule réponse possible*

- Oui
- Non

5- Combien d'enfant(s) avez-vous à charge ? * *Une seule réponse possible*

- Aucun
- 1
- ...
- + de 5

Partie 3bis : A propos de votre mode de vie (multipares)

Pour comprendre vos souhaits et vos attentes nous avons besoin de connaître plus de détails sur votre mode de vie et votre organisation personnelle.

1- Quel est votre code postal ? * *Réponse courte*

2- Avez-vous quelqu'un pour vous emmener à la maternité ? * *Une seule réponse possible*

- Oui, mon/ma partenaire

- Oui, un·e proche
 - Oui, un·e membre de ma famille
 - Non je contacterai le SAMU ou un taxi
- 3- Combien de temps vous faut-il pour venir à la maternité ? * *Réponse courte*
- 4- Avez-vous des animaux domestiques dont personne ne peut s'occuper à la maison en votre absence ? * *Une seule réponse possible*
- Oui
 - Non
- 5- Combien d'enfant(s) avez-vous à charge ? * *Une seule réponse possible*
- Aucun
 - 1
 - ...
 - + de 5

Partie 4 : A propos de vos grossesses antérieures (multipares)

- 1- Combien d'enfant(s) avez-vous ? * *Une seule réponse possible*
- 1
 - 2 et plus

Partie 5 : Votre premier enfant

- 1- Quelle est la date de naissance de votre premier enfant ? *
- Jour, Mois, Année
- 2- Merci de remplir les cases qui concerne votre premier accouchement : * *Une seule réponse possible*

	Oui	Non
Voie basse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Césarienne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Péridurale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allaitement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 3- Après la naissance, combien de jours êtes vous restée à la maternité ? *
- 1 jour
 - 2 jours
 - 3 jours
 - 4 jours

- + de 4 jours

4- Comment avez-vous vécu votre séjour à la maternité ? *

	1	2	3	4	5	
Très mal						Très bien

5- Pourquoi ? * *Réponse courte*

Partie 6 : A propos de votre grossesse actuelle

Nous allons vous poser des questions sur votre grossesse actuelle pour avoir une idée de votre vécu et de vos envies.

Cette grossesse était-elle anticipée et/ou désirée ? * *Une seule réponse possible*

- Oui
- Non

1- Combien de bébé attendez-vous ? * *Une seule réponse possible*

- Un
- Deux
- Trois

2- Avez-vous été hospitalisée au CHU de Nantes pendant cette grossesse ?
(Pour un motif en lien avec la grossesse) * *Une seule réponse possible*

- Oui
- Non

3- Comment vivez-vous cette grossesse ? *

	1	2	3	4	
Très mal					Très bien

4- Faites-vous suivre votre grossesse par une personne en dehors du CHU ? *

Une seule réponse possible

- Oui, sage-femme
- Oui, gynécologue obstétricien(ne)
- Oui, médecin traitant
- Non seulement le CHU

- 5- Avez-vous fait des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ?
(Séances individuelles ou collectives dans le but de préparer les couples à la naissance et à l'accueil de leur(s) enfant(s)). * *Une seule réponse possible*
- Oui au CHU
 - Oui avec une sage-femme à l'extérieur du CHU
 - Non
- 6- Comment évaluez-vous votre niveau fatigue en fin de grossesse ? * *Une seule réponse possible*
- Épuisée
 - Plutôt fatiguée
 - Plutôt en forme
 - Très en forme
- 7- Combien de temps après l'accouchement envisagez-vous de reprendre le travail ? * *Une seule réponse possible*
- Le plus tôt possible
 - À la fin du congé maternité
 - Je ne sais pas encore
 - Je ne travaille pas
- 8- Si vous aviez la possibilité de sortir de la maternité, 2 heures après votre accouchement, le feriez-vous ? *Une seule réponse possible*
- Oui
 - Non

Partie 7 : A propos de l'hospitalisation au CHU de Nantes (Patiente ayant été hospitalisées)

- 1- Pour quel motif avez-vous été hospitalisée ? * *Réponse courte*
- 2- Combien de temps avez-vous été hospitalisée ? * *Une seule réponse possible*
- Moins de 2 jours
 - 2 à 7 jours
 - Une semaine à 2 semaines
 - Plus de 2 semaines
- 3- Êtes-vous satisfaite de votre séjour ? * *Une seule réponse possible*
- Oui

- Non

4- Pourquoi ? * *Réponse courte*

Partie 8 : A propos de la durée de séjour en maternité

Actuellement la durée de séjour en maternité est cadrée par la HAS (Haute Autorité de Santé) en France selon ces 2 principes :

- La sortie "standard" peut-être envisagée après 72h (3 jours) pour un accouchement voie basse et après 96h (4 jours) après une césarienne.
- Une sortie "précoce" s'apparente à une sortie de la maternité avant ces 72 ou 96 premières heures.

1- Quel serait pour vous le moment idéal pour sortir de la maternité, si vous et votre bébé allez bien ? * *Une seule réponse possible*

- Après 2 heures en salle de naissance
- Dans les premières 24h après la naissance de mon enfant
- Entre 24h et 48h (entre le 1^{er} et le 2^{ème} jour)
- Entre 48h et 72h (entre le 2^{ème} et le 3^{ème} jour)
- Après 72h (après le 3^{ème} jour)

2- Pourquoi ? * *Réponse courte*

3- Qui suivra votre post-partum (période qui suit la naissance et qui se prolonge jusqu'au retour des règles) ? * *Une seule réponse possible*

- Un·e gynécologue obstétricien·ne
- Un·e sage-femme
- Un·e médecin traitant
- Je ne sais pas

4- Qui suivra votre (vos) enfant(s) dans les premiers mois de sa vie ? * *Une seule réponse possible*

- Un·e pédiatre
- Un·e médecin traitant
- Professionnel·les de la Protection Maternelle et Infantile (PMI)
- Je ne sais pas

5- Connaissez-vous le dispositif de sortie anticipée et organisée ? * *Une seule réponse possible*

- Oui
- Non

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire

Aujourd'hui, nous prenons note de vos souhaits, vous êtes enceinte et ces souhaits peuvent encore évoluer. Vous avez aussi le droit de changer d'opinion d'ici la naissance et après celle-ci. C'est pourquoi nous avons besoin de connaître votre opinion après la naissance de votre (vos) enfant(s). Nous allons vous recontacter après votre accouchement pour faire évoluer et améliorer la prise en charge au CHU.

Si vous souhaitez connaître le rationnel de cette étude ainsi que vos droits pour remplir ce questionnaire, veuillez cliquer ici :
https://docs.google.com/document/d/15x0aaaajcKlwvmDm17-2_NL3OFv4INaU/edit?usp=sharing&oid=102289016793937171232&rtpof=true&sd=true

ANNEXE IV : Le questionnaire n°2

Prise en charge au CHU de Nantes

Bonjour,

Vous avez donné naissance à votre enfant il y a quelques semaines et votre suivi de grossesse s'est déroulé au CHU de Nantes. Vous aviez répondu à un premier questionnaire et nous vous en remercions, maintenant il est temps d'avoir votre opinion concernant votre souhait vis à vis du déclenchement et de votre séjour en maternité.

Si vous souhaitez connaître le rationnel de cette étude ainsi que vos droits pour remplir ce questionnaire, veuillez cliquer ici :
https://docs.google.com/document/d/15x0aaaajcKlwvmDrn17-2_NL3OFv4INaU/edit?usp=sharing&oid=102289016793937171232&rtpof=true&sd=true

Marine Raud et Marie Jerlin

Partie 1 : A propos de vous

Nous avons besoin d'information à propos de vous pour analyser les données, évidemment ces informations ne seront étudiées que par Marine Raud et Marie Jerlin.

1. Première lettre de votre NOM * *Une seule réponse possible*

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> ... |
| <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> Z |

2. Première lettre de votre PRENOM * *Une seule réponse possible*

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> ... |
| <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> Z |

3. Votre date de naissance ? * *Une seule réponse possible*

Jour, Mois, Année

Partie 2 : Concernant votre fin de grossesse et la naissance

1. Le travail a-t-il été déclenché ?* *Une seule réponse possible*

- | |
|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui |
| <input type="checkbox"/> Non |

2. La naissance de votre bébé s'est déroulée :* *Une seule réponse possible*
- Naissance par voie basse
 - Naissance par voie basse avec accouchement instrumental (ventouse, forceps, spatules)
 - Naissance par césarienne programmée
 - Naissance par césarienne non programmée ou en urgence
3. Etes-vous satisfaite de votre accouchement ?* *Une seule réponse possible*
- Oui
 - Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Non
4. Pourquoi ?* *Réponse courte*

Partie 3 : Votre séjour à la maternité

1. Etiez-vous dans une chambre seule ?* *Une seule réponse possible*
- Oui
 - Non, c'était une chambre double
2. Quel jour avez-vous accouché ?* *Une seule réponse possible*
- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lundi | <input type="checkbox"/> ... |
| <input type="checkbox"/> Mardi | <input type="checkbox"/> Dimanche |
3. Quel jour souhaitez-vous sortir ?* *Une seule réponse possible*
- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lundi | <input type="checkbox"/> ... |
| <input type="checkbox"/> Mardi | <input type="checkbox"/> Dimanche |
4. Quel jour êtes-vous sortie ?* *Une seule réponse possible*
- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lundi | <input type="checkbox"/> ... |
| <input type="checkbox"/> Mardi | <input type="checkbox"/> Dimanche |
5. Avez-vous souffert des restrictions des visites en maternité ? (Seuls les partenaires et les fratries sont autorisés)* *Une seule réponse possible*

- Oui
- Non

6. Votre partenaire pouvait-il (elle) dormir avec vous ?* *Une seule réponse possible*

- Oui
- Non

7. Est-ce que vous êtes sortie de manière anticipée et organisée de la maternité ?* *Une seule réponse possible*

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

8. Si vous aviez eu la possibilité de sortir de la maternité, 2 heures après la naissance de votre enfant, l'auriez vous fait ?* *Une seule réponse possible*

- Oui
- Non

Partie 4 : La Sortie Anticipée et Organisée (SAO). Celles qui ont fait une SAO.

1. Aviez-vous connaissance de ce dispositif avant la naissance de votre enfant ?* *Une seule réponse possible*

- Oui
- Non

2. Vouliez-vous sortie de manière « précoce » (anticipée et organisée) de la maternité avant votre accouchement ?* *Une seule réponse possible*

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

3. Etes vous satisfaite de votre sortie anticipée et organisée ?* *Une seule réponse possible*

- Oui
- Non

4. Le retour à la maison s'est-il bien déroulé ?* *Une seule réponse possible*

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

Partie 5 : La Sortie Anticipée et Organisée (SAO). Celles qui n'ont pas fait de SAO.

1. Aviez-vous connaissance de ce dispositif avant la naissance de votre enfant ?*
Une seule réponse possible
 - Oui
 - Non

2. Vouliez-vous sortie de manière « précoce » (anticipée et organisée) de la maternité avant votre accouchement ?* *Une seule réponse possible*
 - Oui
 - Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Non

3. Pourquoi n'êtes vous pas sortie de façon « précoce » (anticipée et organisée) de la maternité ?* *Plusieurs réponses possible*
 - Choix personnel, je ne voulais pas sortir plus tôt
 - Organisation personnelle
 - Mon bébé a été récusé de la sortie anticipée et organisée
 - Raisons médicales maternelles
 - Soutien à l'allaitement
 - Réponses aux questions et aides des équipes soignantes
 - Autres...

4. Le retour à la maison s'est-il bien déroulé ?* *Une seule réponse possible*
 - Oui
 - Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Non

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire

Merci une nouvelle fois, pour vos réponses précieuses à nos 2 questionnaires, celles-ci vont permettre au CHU de Nantes de s'adapter à vos attentes.

Si vous souhaitez connaître le rationnel de cette étude ainsi que vos droits pour remplir ce questionnaire, veuillez cliquer ici :

https://docs.google.com/document/d/15x0aaaajcKlwvmDm17-2_NL3OFv4INaU/edit?usp=sharing&oid=102289016793937171232&rtpof=true&sd=true

Marine Raud et Marie Jerlin

ANNEXE V : Flyer et affiche d'information aux patientes pour notre étude

Déclenchement et durée de séjour, et si on en parlait ?

Flasher le QR code

ÉTAPE 01



Questionnaire n°1
Avant la naissance de votre (vos) enfant(s), ce premier questionnaire vise à connaître vos souhaits pour votre fin de grossesse et votre post-partum.

**BESOIN DE VOUS !
POUR FAIRE EVOLUER
NOS PRATIQUES**

Questionnaire n°2
Après la naissance de votre (vos) enfant(s), vos souhaits ont-ils évolué ?



ÉTAPE 02



MERCI

Marie JERLIN et Marine RAUD - étudiantes sages-femmes de Nantes
memoiresd2023@gmail.com

Déclenchement et durée de séjour, et si on en parlait ?

Flasher le QR code

Il vous emmènera directement au premier questionnaire

ÉTAPE 01



ÉTAPE 02

Questionnaire n°1
Avant la naissance de votre (vos) enfant(s), ce premier questionnaire vise à connaître vos souhaits pour votre fin de grossesse et votre post-partum.

Naissance

ÉTAPE 03



ÉTAPE 04

Questionnaire n°2
Après la naissance de votre (vos) enfant(s), vos souhaits ont-ils évolués ?

Analyse des résultats

ÉTAPE 05



MERCI

Marie JERLIN et Marine RAUD - étudiantes sages-femmes de Nantes

ANNEXE VI : Recommandations de bonnes pratiques de la HAS concernant les retours à domicile - 2014 - Recommandations - Sortie de maternité après accouchement - 26032014 (has-sante.fr)

Tableau 1. Définition du bas risque maternel pour un retour à domicile après une durée de séjour standard

	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	Si hémorragie du post-partum immédiat, celle-ci a été contrôlée et traitée (si nécessaire)
6	Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection
7	Absence de signes thromboemboliques
8	Douleur contrôlée
9	Instauration d'un lien mère-enfant de bonne qualité

* 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.

Tableau 2. Définition du bas risque pédiatrique pour un retour à domicile après une durée de séjour standard

	Critères
1	Nouveau-né à terme ≥ 37 SA singleton et eutrophe
2	Examen clinique normal* réalisé impérativement 48 heures après la naissance et avant la sortie
3	Température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C
4	Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), mictions et selles émises, transit établi
5	Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance
6	Absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (groupes à bas risque d'ictère sévère et risque intermédiaire bas**)
7	Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs
8	Dépistages néonataux réalisés à la maternité
9	Suivi <i>post-partum</i> après la sortie planifié : un rendez-vous est pris avec le professionnel référent du suivi dans la semaine suivant la sortie, si possible dans les 48 heures suivant cette sortie

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

** définis selon les courbes de référence utilisées.

Tableau 3. Définition du bas risque maternel pour un retour précoce à domicile

	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 1 500 cc, transfusion de produits sanguins labiles, embolisation artérielle, nécessité de procédures chirurgicales.

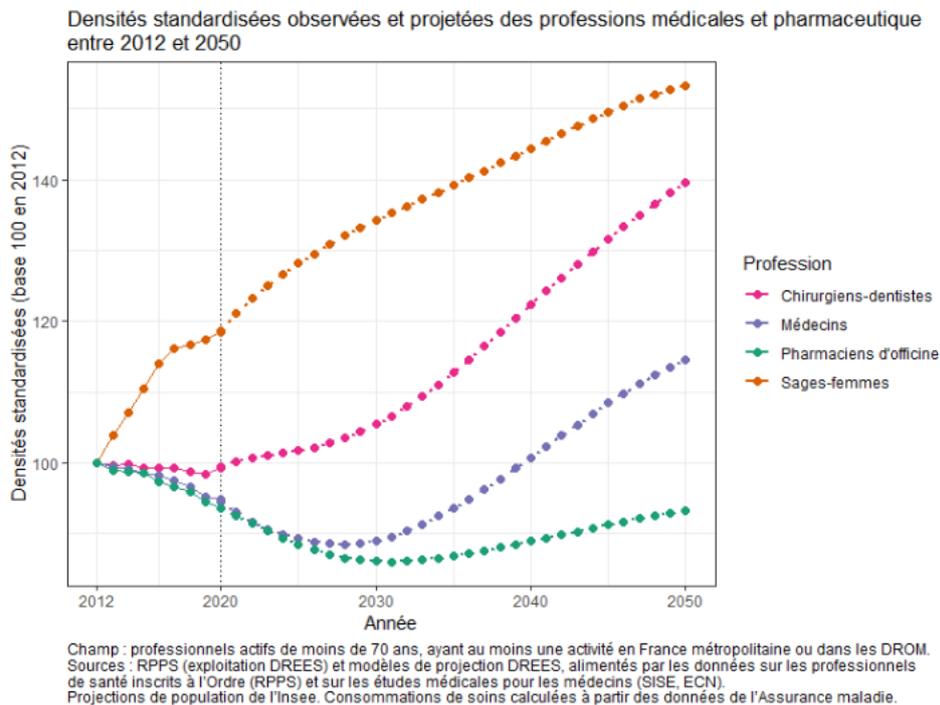
NB : les différences avec les critères définissant le bas risque maternel pour un retour à domicile après une sortie entre 72 et 96 heures en cas d'accouchement par voie basse/ entre 96 et 120 heures en cas de césarienne sont surlignées.

Tableau 4. Définition du bas risque pédiatrique pour un retour précoce à domicile

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

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

ANNEXE VII : Densité des professions médicales et pharmaceutiques entre 2012 et 2050 - DREES



ANNEXE VIII : Nomenclature générale des actes professionnels : cotations du suivi à domicile par les sages-femmes libérales

NGAP (Nomenclature générale des actes professionnels) – version du 4 novembre 2022

4° Forfait journalier de surveillance à domicile, pour la mère et l'(les) enfant(s), de J1 à J12 (J0 étant le jour de l'accouchement).

Pour un enfant :

- pour les deux premiers forfaits : 16,5 SF
- pour les autres forfaits : 12 SF

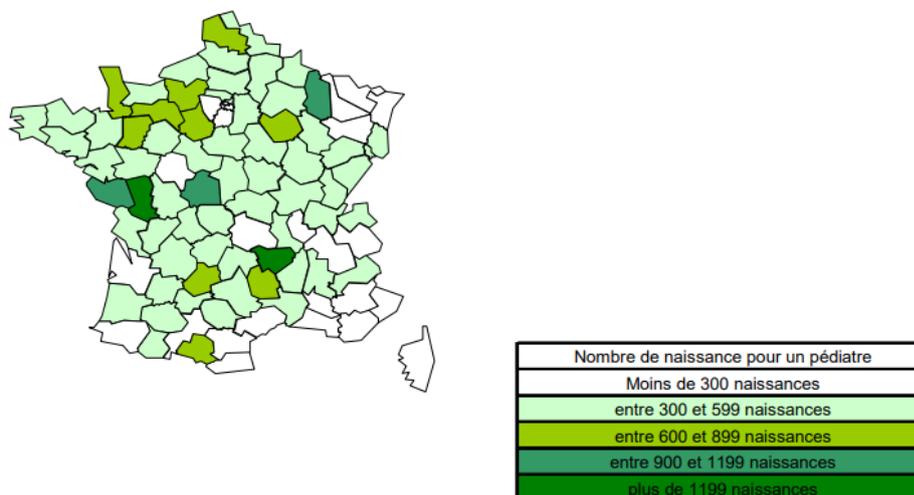
Pour deux enfants ou plus :

- pour les deux premiers forfaits : 23 SF
- pour les autres forfaits : 17 SF

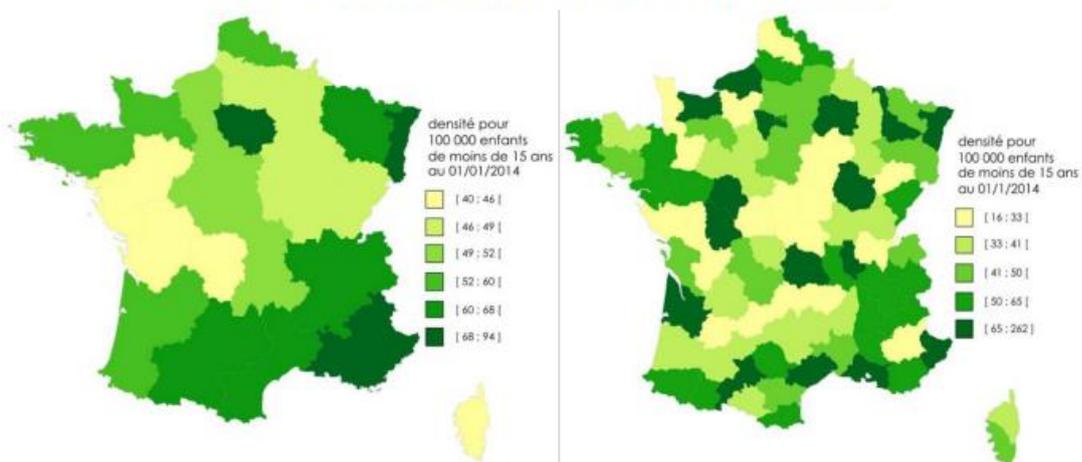
La consultation ou la visite ne sont pas cumulables avec un acte inscrit à la nomenclature.

ANNEXE IX : Effectifs des pédiatres libéraux et évolution de la densité – 2014 - Éléments de chiffrage et analyses des données du PMSI (has-sante.fr)

Figure 3. Carte de la répartition des effectifs de pédiatres libéraux par département



Carte n° 7 : densité des pédiatres, par régions et par départements

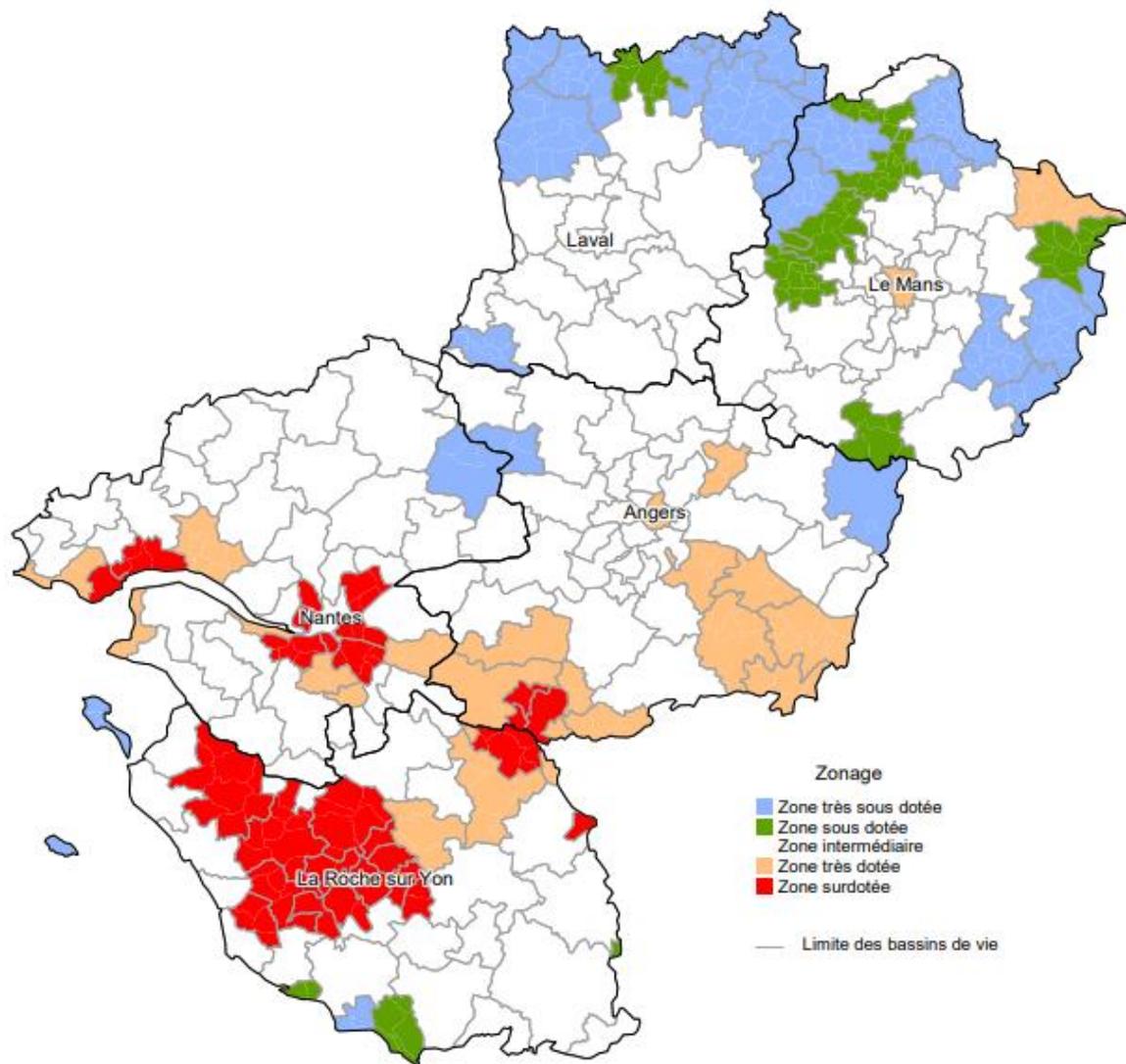


Source : CNOM, Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) 2014

ANNEXE X : Zonage sage-femme Pays de la Loire par l'ARS-2019-Où m'installer ? | Portail d'accompagnement des professionnels de santé Pays de la Loire (sante.fr)



Zonage sages-femmes en Pays de la Loire



RESUME :

Introduction : En France, les sorties précoces sont régies par les recommandations de la HAS de 2014. La durée de séjour en maternité reste, à l'heure actuelle, l'une des plus longues d'Europe. Afin d'anticiper la prévisible réduction des capacités d'accueil, et pour développer le nombre de sorties précoces au CHU de Nantes, nous avons, à la manière de l'ENP 2021, recueilli le souhait des patientes.

Méthode et Matériel : Notre étude était menée de juillet à octobre 2022 et le recrutement a eu lieu à l'aide de deux questionnaires, l'un remis aux femmes en anté-partum et l'autre en post-partum. Notre population est comparable à celle de l'ENP 2021.

Résultats : Les résultats ont prouvé que les primipares souhaitent significativement rester plus longtemps à la maternité. Elles sont 71,7% de répondantes à envisager une sortie précoce (<72h) lorsqu'on leur propose en anté-partum. En revanche, elles sont 20,7% à avoir effectivement bénéficié d'une SAO. Les primipares bénéficient moins des sorties précoces que les multipares.

Discussion : Les femmes qui souhaitent sortir précocement sont motivées par le confort de leur foyer, le retour auprès de leur(s) aîné(s)... Mais leur volonté n'est pas toujours en accord avec la réalité médicale ; 8% des couples de notre étude souhaitant une SAO se sont vus refuser la sortie précoce en raison de l'état de santé de leur bébé.

Lorsqu'elles ne souhaitent pas bénéficier d'une SAO, c'est principalement en raison de l'accompagnement et du soutien qu'elles trouvent auprès des équipes à l'hôpital.

Conclusion : Dans la mesure où les lits viendront probablement à manquer à plus ou moins longue échéance, il convient d'anticiper au mieux et de développer des actions en faveur des sorties précoces et de mettre en place des recommandations concernant les sorties très précoces.

Mots clés : sortie précoce, séjour, maternité, capacitaire, sage-femme, satisfaction