

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2012

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

HUBERT Myriam

Née le 25 août 1982 à Vendôme (41)

Et

TIERCIN Sylvie

Née le 03 juin 1981 à Nevers (58)

Présentée et soutenue publiquement le 10 mai 2012

**Impact de la durée de séjour en maternité sur l'allaitement maternel et le recours aux
soins maternels et pédiatriques:**

Etude prospective au CHRU de Tours du 31/10/2010 au 08/09/2011.

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur Franck PERROTIN

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE
Madame le Professeur Anne Marie LEHR-DRYLEWICZ
Monsieur le Docteur Philippe BERTRAND
Monsieur le Docteur Jacques POINSOT
Monsieur le Docteur Jérôme POTIN

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESEURS

Professeur Christian ANDRES, Recherche
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI - A.
BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI - J.P.
FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC - J.
LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M.MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN
- J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD
Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE
J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MM.	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
	BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FETISSOF Franck	Anatomie et Cytologie pathologiques
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LANSON Yves	Urologie
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Pierre	Endocrinologie et Maladies métaboliques
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	NIVET Hubert	Néphrologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	RICHARD-LENOBLE Dominique	Parasitologie et Mycologie
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
	TOUTAIN Annick	Génétique
	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
-----	---------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ARBEILLE Brigitte	Biologie cellulaire
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
M	BOISSINOT Eric	Physiologie
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	CORTESE Samuele	Pédopsychiatrie
Mmes	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
	EDER Véronique	Biophysique et Médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
M.	HOARAU Cyrille	Immunologie

M.	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mme	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mmes	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
M.M	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	SAINTE-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mlle	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M.	ROBERT Jean	Médecine Générale
----	-------------	-------------------

CHERCHEURS C.N.R.S. - INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
M	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
M.	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------	-----------------------

LISTE DES ABREVIATIONS

AA	Allaitement Artificiel
AM	Allaitement Maternel
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
BEP	Brevet d'Etudes Professionnelles
C	Césarienne
CAP	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CRP	Protéine C Réactive
CSP	Catégorie Socioprofessionnelle
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
HAD	Hospitalisation à Domicile
IC95	Intervalle de Confiance à 95%
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
M	Multipare
ODG	Olympe de Gouges (maternité)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OR	Odds Ratio
ORL	Oto-rhino-laryngologique
ORS	Observatoire Régional de Santé
P	Primipare
PCS	Professions et Catégories Socioprofessionnelles (nomenclature des)
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RPDA	Retour Précoce à Domicile après Accouchement
RR	Risque Relatif
SA	Semaines d'aménorrhée
SDC	Suites de Couches
Unicef	Fonds des Nations unies pour l'enfance
VB	Voie Basse
VDL	Val de Loire

A notre Président de jury Monsieur le Professeur Franck PERROTIN,

Nous vous remercions de vos conseils avisés et de nous faire l'honneur de présider ce jury de thèse de Médecine générale.

A notre directrice de thèse Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ,

Nous vous remercions de nous avoir proposé ce sujet et ce travail en collaboration. Vous nous avez guidées activement avec bienveillance et une disponibilité sans faille. Nous vous en sommes reconnaissantes.

A notre directeur de thèse Monsieur le Docteur Philippe BERTRAND,

Vous nous avez donné de précieux conseils tout au long de ce travail avec gentillesse et disponibilité. Nous vous en remercions.

A Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE,

Nous vous remercions d'avoir concouru à l'élaboration de ce travail et d'avoir accepté d'être membre de ce jury.

A Monsieur le Docteur Jacques POINSOT,

Nous vous remercions pour tous vos conseils lors de l'élaboration de notre projet de thèse et d'avoir accepté de juger ce travail.

A Monsieur le Docteur Jérôme POTIN,

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre travail et d'avoir accepté de siéger dans ce jury.

Et aussi...

Au Docteur Myriam PEPIN-DONAT et au Professeur François LABARTHE,

Nous vous remercions de nous avoir autorisé l'accès aux archives de vos services et de l'intérêt que vous portez à notre travail.

Nous remercions **leurs secrétaires**, qui nous ont très gentiment facilité la consultation des dossiers.

A Madame Christine GIBAUT,

Nous vous remercions pour avoir soutenu ce travail et nous avoir accordé l'accès aux services de suites de couches physiologiques et pathologiques.

Aux sages-femmes de l'HAD Val de Loire,

Vous avez participé activement à notre travail en remettant à chaque femme une lettre d'information pendant plus de 10 mois. Nous vous en sommes reconnaissantes.

Aux assistantes de l'HAD Val de Loire,

Nous avons régulièrement sollicité votre aide pour vérifier les coordonnées de certaines femmes. Nous vous remercions de votre disponibilité.

Aux secrétaires de Suites de couches et d'Unité de Pédiatrie en Maternité,

Chaque semaine de la période d'inclusion de l'étude, vous avez pris le temps de nous aider pour la consultation des dossiers avec gentillesse et disponibilité.

Nous vous remercions pour votre accueil chaleureux et vous assurons notre sympathie.

Un grand merci à toutes les femmes qui ont accepté très gentiment de répondre à cette étude en nous donnant un peu de leur temps.

A Thomas,

Ton amour, ton soutien et notre complicité de tous les jours remplissent ma vie de joie et de bonheur. Reçois en retour tout mon amour.

Je remercie mes parents pour leur soutien et la bienveillance qu'ils portent à leurs enfants. Famille, belle-famille et amis, soyez assurés de ma plus grande reconnaissance pour vos encouragements tout au long de ces années d'étude.

Merci au Professeur Anne-Marie Lehr-Drylewicz de m'avoir fait découvrir la Médecine Générale dans son cabinet de Parçay-Meslay, au début de mon externat. Cette première expérience s'était achevée avec la conviction de vouloir exercer cette belle spécialité.

Myriam

Un grand merci...

A Pierre, mon frère, Mathilde, ma sœur, et Catherine, ma cousine, qui ont toujours été à mes côtés.

A mon père qui m'a donné envie de devenir médecin généraliste.

A ma mère, pour son soutien et ses bons conseils dans les périodes de doutes, et tout au long de mes études.

A tous mes amis pour les rires et les bons moments que nous avons partagé et qui m'ont aidé à traverser toutes ces années dans la bonne humeur.

Un grand merci en particulier à Julien, pour son amour et pour m'avoir épaulée en toute situation. Tu es mon plus grand soutien.

Sylvie

TABLE DES MATIERES :

I. INTRODUCTION.....	13
II. MATERIEL ET METHODE.....	15
1) TYPE D'ETUDE :.....	15
2) ECHANTILLON ETUDIE :	15
3) VARIABLES ETUDIEES :	16
3.1. Allaitement maternel :	16
3.2. Recours aux soins maternels et pédiatriques :	17
4) INFORMATION DES MERES ET RECUEIL DES DONNEES :.....	18
III. ANALYSE DES DONNEES.....	19
IV. RESULTATS.....	20
1) ECHANTILLON ETUDIE:	20
2) DESCRIPTION DE LA TOTALITE DE L'ECHANTILLON ETUDIE :.....	21
3) DESCRIPTION DES FEMMES QUI ALLAITAIENT A LA SORTIE DE LA MATERNITE :.....	23
4) ETUDE DES TAUX D'ALLAITEMENT MATERNEL :.....	25
5) DUREE D'ALLAITEMENT MATERNEL:.....	26
5.1. Analyse à l'aide de courbes de Kaplan Meier et test du Log Rank :	26
5.2. Analyse multi-variée selon le modèle de Cox pas à pas descendant :	27
6) ETUDE DU NOMBRE DE MERES ET D'ENFANTS AYANT CONSULTE OU AYANT ETE HOSPITALISES :	28
7) DIAGNOSTICS DE CONSULTATIONS :.....	29
7.1. Diagnostics de consultations pédiatriques :	29
7.1.1. Dans le 1 ^{er} mois :	30
7.1.2. Sur les 3 mois :	31
7.2. Diagnostics de consultations maternelles :	32
7.2.1. Dans le 1 ^{er} mois :	33
7.2.2. Sur les 3 mois :	34
8) DIAGNOSTICS D'HOSPITALISATIONS:.....	35
8.1. Diagnostics des hospitalisations pédiatriques :	35
8.1.1. Dans le 1 ^{er} mois :	36
8.1.2. Sur les 3 mois :	37
8.2. Diagnostics des hospitalisations maternelles :	37
9) MOTIFS D'ARRET DE L'ALLAITEMENT MATERNEL :.....	38

V. DISCUSSION	40
1) RAPPEL DE NOS RESULTATS :	40
2) LIMITES DE LA METHODE :	40
2.1. Les biais de sélection :	40
2.1.1. Sélection des dossiers :	40
2.1.2. Non joignables :	41
2.1.3. Refus :	41
2.1.4. Perdus de vue :	41
2.1.5. Exclus :	41
2.2. Les biais d'information :	41
2.3. Les facteurs de confusion :	42
2.3.1. Dans la totalité de l'échantillon étudié :	42
2.3.1.1. La parité :	42
2.3.1.2. Le niveau d'éducation maternelle :	42
2.3.1.3. La catégorie socioprofessionnelle maternelle :	42
2.3.1.4. Les cours de préparation à l'accouchement :	43
2.3.1.5. L'expérience antérieure d'allaitement maternel :	43
2.3.1.6. Le tabagisme maternel :	43
2.3.2. Chez les femmes qui allaitaient à la sortie de la maternité :	43
2.3.2.1. La parité :	43
2.3.2.2. Le niveau d'éducation maternelle :	44
2.3.2.3. L'expérience antérieure d'allaitement maternel :	44
2.3.2.4. Les cours de préparation à l'accouchement :	44
2.3.2.5. Le tabagisme maternel :	44
2.4. Remarques concernant les variables étudiées :	44
3) TAUX D'ALLAITEMENT MATERNEL :	45
4) DUREE D'ALLAITEMENT MATERNEL :	46
4.1. Analyse à l'aide de courbes de Kaplan Meier et test du Log Rank :	46
4.2. Analyse multi-variée selon le modèle de Cox pas à pas descendant :	47
4.2.1. Groupes HAD et SDC :	47
4.2.2. Les autres variables :	47
4.2.2.1. La parité :	47
4.2.2.2. L'expérience antérieure de l'allaitement :	48
4.2.2.3. La reprise du travail à 3 mois de l'accouchement :	48
4.2.2.4. Le tabagisme maternel :	48
4.2.2.5. L'ancienneté de la décision d'allaiter :	49
4.2.2.6. L'allaitement maternel à la demande :	49
4.2.2.7. Remarque :	49
5) NOMBRE DE MERES ET D'ENFANTS AYANT CONSULTE OU ETE HOSPITALISES :	49
5.1. Consultations et hospitalisations maternelles:	49
5.1.1. Nombre de mères ayant consulté à 1 et 3 mois :	49
5.1.2. Nombre de mères hospitalisées :	50
5.2. Consultations et hospitalisations pédiatriques :	50
5.2.1. Nombre d'enfants ayant consulté :	50
5.2.2. Nombre d'enfants hospitalisés :	51
6) DIAGNOSTICS DE CONSULTATIONS ET HOSPITALISATIONS :	52

6.1. Diagnostics de consultations maternelles :	52
6.2. Diagnostics de consultations et hospitalisations pédiatriques :	53
6.2.1. Diagnostics de consultations pédiatriques :.....	53
6.2.2. Diagnostics d'hospitalisations pédiatriques :.....	53
7) MOTIFS D'ARRET DE L'ALLAITEMENT MATERNELL :	54
VI. CONCLUSION.....	55
VII. BIBLIOGRAPHIE	56
VIII. ANNEXES	60
1) Annexe 1 : ZONE GEOGRAPHIQUE CONCERNEE PAR LE RPDA	60
2) Annexe 2 : REPARTITION DES NOMBRES DE CONSULTATIONS ET HOSPITALISATIONS	61
3) Annexe 3 : LETTRE D'INFORMATION POUR LES FEMMES SORTANT EN HAD	62
4) Annexe 4 : LETTRE D'INFORMATION POUR LES FEMMES DU GROUPE SDC	63
5) Annexe 5 : FICHE RECAPITULATIVE POUR LES MERES	64
6) Annexe 6 : QUESTIONNAIRE UTILISE POUR L'APPEL A 1 MOIS	65
7) Annexe 7 : QUESTIONNAIRE UTILISE POUR L'APPEL A 3 MOIS	67
8) Annexe 8: DETAIL DES DIAGNOSTICS DE CONSULTATIONS PEDIATRIQUES.....	69
9) Annexe 9: DETAIL DES DIAGNOSTICS DE CONSULTATIONS MATERNELLES.....	71
10) Annexe 10: DETAIL DES DIAGNOSTICS DES HOSPITALISATIONS PEDIATRIQUES	73

I. INTRODUCTION

La durée de séjour à la maternité en France a considérablement diminué depuis une quarantaine d'années, passant de 12 jours après la naissance dans les années 1970 à 4,4 jours en 2010 (1). Durant cette période, la diminution progressive du nombre de maternités sur le territoire français a entraîné, pour les maternités restantes, la nécessité d'augmenter leur capacité de prise en charge des naissances.

En s'appuyant sur l'expérience de différents pays étrangers, les sorties précoces de maternité se sont développées progressivement en France. Elles concernaient 3% des accouchées en 1997 et 7% en 2002 (2).

Le retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) est défini en mai 2004 par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) (3), comme étant « le retour à domicile de la mère et de son nouveau-né dans les 48 heures suivant la naissance après un accouchement par voie basse non compliqué et dans les 96 heures suivant la naissance après un accouchement par césarienne ». Celui-ci «ne s'adresse à priori qu'aux couples mère-enfant à bas risque médical, social et psychologique (grade B) ». Le RPDA n'aura lieu qu'après consentement libre et éclairé de la patiente, associé à l'accord des professionnels de santé responsables de la mère et du nouveau-né.

L'ANAES préconise le respect des 3 conditions de base suivantes :

- _1) «Le bilan de l'état de santé physique et psychologique de la mère et de son enfant et l'évaluation des conditions sociales sont satisfaisants (...);
- _2) La mère a une compétence et une autonomie suffisantes pour l'allaitement, les soins au bébé et pour l'observation des signes d'alerte concernant elle-même ou son bébé ou bien ces compétences sont assurées avec le soutien à domicile ;
- _3) Le suivi est assuré à domicile par un ou des professionnels organisés et compétents pour le suivi médical, psychologique et social, pour l'accompagnement de l'allaitement et des soins de puériculture (grade C). (...) »

A Tours, depuis septembre 2009, un partenariat a été créé entre la maternité Olympe de Gouges (ODG) de niveau III du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU), et une structure privée d'hospitalisation à domicile, l'« HAD Val de Loire » (HAD VDL). La mise en place du RPDA s'est appuyée sur la circulaire de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) n°2004-44 du 4 février 2004 ainsi que sur les recommandations de l'ANAES (3). L'équipe périnatale de l'HAD VDL se compose de 5 sages-femmes détachées de la maternité ODG, réalisant une astreinte 24h/24h - 7j/7j, d'un médecin coordinateur et d'une assistante.

La sortie précoce est soumise à un certain nombre de critères médico-psycho-sociaux maternels et pédiatriques et s'adresse uniquement aux femmes résidant dans le bassin d'emploi de Tours (Annexe 1).

La mère est informée de cette possibilité et de ses modalités lors de la consultation du 4^{ème} mois ou lors de la 1^{ère} consultation au CHRU. L'équipe soignante de suites de couches propose une sortie précoce aux mères et leurs nouveau-nés répondants aux critères à J2 si accouchement par voie basse (ou J3 selon l'heure d'accouchement et les places disponibles) et à J3 si accouchement par césarienne. L'admission en HAD est autorisée après entretien avec une sage femme, consentement de la mère et accord médical. La mère et son nouveau-né reçoivent par la suite la visite à domicile d'une sage-femme quotidiennement pendant 5 à 8

jours, selon leurs besoins. Le certificat du huitième jour est réalisé par l'un des 19 pédiatres libéraux ayant signé une convention avec l'HAD VDL. Le suivi post-HAD est réalisé par les professionnels en périnatalité habituels.

La déclaration d'Innocenti en 1990 (4) et les Dix conditions pour le succès de l'allaitement, déclarées conjointement par l'Organisation Mondiale de la Santé(OMS) et l'Unicef (Fonds des Nations unies pour l'enfance) en 1989 (5) incitent tous les acteurs en périnatalité à promouvoir l'allaitement maternel.

Le taux d'allaitement à la naissance dans les années 2000 était de 99% en Norvège, 96% en Allemagne, 89% en Italie et 72% en Belgique (6). En France, ce taux est passé de 62,6% en 2003 à 68,7% en 2010, mais reste faible en comparaison (1,7).

L'Observatoire Régional de Santé (ORS) Centre retrouve à partir des données du certificat du huitième jour, un taux d'allaitement en 2009 de 62,9% en Indre-et-Loire et de 64% au CHRU de Tours (8).

Concernant la durée d'allaitement, il n'existe pas de données épidémiologiques nationales. Dans la région Centre en 2004, la durée moyenne d'allaitement maternel était de 17 semaines avec 83,3% des enfants allaités plus de 4 semaines et seuls 53% plus de 12 semaines (9).

On retrouve de nombreuses études, principalement étrangères, évaluant le recours aux soins maternels et pédiatriques ou le taux et/ou la durée d'allaitement maternel après sortie précoce de la maternité. Leurs résultats sont variables et parfois contradictoires. Au cours de ces études, outre les problèmes méthodologiques parfois soulevés, les définitions de « sortie précoce de la maternité », les caractéristiques des mères et des nouveau-nés en bénéficiant et les modalités de suivi sont extrêmement diverses (10,11). Leurs résultats ne peuvent donc être extrapolés à notre échelon local.

La diversité des structures et des modes d'organisation des sorties précoces d'une maternité à l'autre en France rend l'évaluation de la pratique du RPDA au niveau national difficile.

Nous nous sommes intéressé à l'influence du RPDA avec suivi en HAD Val De Loire sur l'allaitement maternel et le recours aux soins en comparaison à un séjour en suites de couches de durée habituelle.

Au cours de l'étude, toute femme allaitant son enfant au sein ou donnant des biberons de lait maternel au moins une fois par jour était considérée, à partir de la sortie de maternité, comme faisant un allaitement maternel. Toute femme alimentant son enfant uniquement au lait en poudre était considérée comme faisant un allaitement artificiel. L'allaitement maternel exclusif a été défini comme étant une alimentation uniquement au lait maternel et l'allaitement mixte, comme étant l'association d'un allaitement maternel et d'une alimentation au lait en poudre, quel que soit le nombre de biberons de lait artificiel donnés.

L'objectif principal était de déterminer le taux d'allaitement maternel à trois mois de l'accouchement.

Les objectifs secondaires étaient d'étudier le taux d'allaitement maternel à un mois de l'accouchement, la durée d'allaitement maternel, les motifs d'arrêt de l'allaitement maternel et le recours aux soins maternels et pédiatriques.

II. MATERIEL ET METHODE

1) TYPE D'ETUDE :

Nous avons réalisé une étude prospective, sur un échantillon représentatif de couples mère-enfant répondant aux critères de sortie précoce avec suivi en HAD Val De Loire, à partir duquel 2 groupes ont été constitués.

2) ECHANTILLON ETUDIE :

La sélection des dossiers a concerné des mères ayant accouché à la Maternité Olympe de Gouges du CHRU de Tours entre le 31/10/2010 et le 08/09/2011 et leurs enfants. Nous sommes allées sélectionner les dossiers une fois par semaine.

Deux groupes ont été constitués :

- un groupe hospitalisation à domicile « HAD » constitué de couples mère-enfant sortis précocement de la maternité avec suivi en HAD VDL.
- un groupe suites de couches « SDC » constitué de couples mère-enfant ayant eu une durée de séjour habituelle à la maternité (c'est-à-dire 3 à 5 jours après accouchement par voie basse ou 4 à 6 jours après accouchement par césarienne), par manque de place en HAD ou refus de la mère ou possible oubli de proposition de la sortie précoce, résidant dans la zone géographique couverte par l'HAD VDL (Annexe1) et répondant aux critères de l'HAD VDL.

Nous avons calculé un nombre de 700 sujets nécessaires pour démontrer une augmentation de 10% du taux d'allaitement maternel à trois mois dans le groupe HAD par rapport au groupe SDC, en se basant sur le taux d'allaitement maternel à trois mois retrouvé au cours de l'étude de De Lathouwer *et al* (12) effectuée en 2002 au CHRU de Tours.

Les critères d'inclusion/non inclusion maternels et pédiatriques, issus des critères de l'HAD VDL, sont résumés dans les tableaux 1 et 2.

CRITERES D'INCLUSION MATERNELS	CRITERES D'INCLUSION PEDIATRIQUES
- Aucun	- Score d'Apgar \geq 7 à 5 minutes - Pas de signe de déshydratation - Dépistage de la surdité prévu si non fait avant la sortie

Tableau 1 : Critères d'inclusion maternels et pédiatriques.

CRITERES DE NON INCLUSION MATERNELS	CRITERES DE NON INCLUSION PEDIATRIQUES
<ul style="list-style-type: none"> - Femme isolée - Pas de domicile fixe - Pas de couverture sociale française à jour - Pas de téléphone fonctionnel - Habitation hors du périmètre géographique - Antécédents nécessitant une surveillance dans le post-partum - Pathologie obstétricale du péri-partum nécessitant une surveillance - Résultats d'examens non récupérés ou non gérés à J2 - Examen de sortie de la mère anormal - Mauvais contrôle et gestion de la douleur à J2 - Difficulté d'instauration du lien mère-enfant - Femme non autonome pour elle et son enfant à J2 - Etat psychique préoccupant (sauf antécédent de dépression) - Conduites addictives (sauf tabagisme) 	<ul style="list-style-type: none"> - Nouveau-né d'âge gestationnel \leq 37SA - Difficultés d'instauration du lien mère-enfant - Nouveau-né hospitalisé en Unité de Pédiatrie en Maternité - Signes vitaux instables à J2 - Pathologie authentifiée décompensée ou dont la décompensation peut être prévisible à J2 - Pas de méconium ou d'urine à J2 - Alimentation non établie à J2 - Minolta \geq ou = 75ème percentile sur la courbe de Bhutani à J2 - Résultats d'examens non récupérés ou non gérés à J2 - Suspicion d'infection (CRP anormale)

Tableau 2 : Critères de non inclusion maternels et pédiatriques (2^{ème} jour après l'accouchement noté J2, J0 étant le jour de l'accouchement, SA= semaines d'aménorrhée).

3) VARIABLES ETUDIEES :

3.1. Allaitement maternel :

La principale variable étudiée était l'existence ou non d'un allaitement maternel à la sortie de la maternité, puis à 1 et 3 mois de l'accouchement. En cas d'allaitement maternel, nous avons précisé s'il s'agissait d'un allaitement maternel exclusif ou mixte.

Nous avons déterminé le taux d'allaitement maternel global, puis précisé les taux d'allaitement mixte et d'allaitement maternel exclusif dans chaque groupe, à 1 et 3 mois de l'accouchement, dans la population totale de l'étude.

Nous avons ensuite étudié, dans la population de femmes qui allaitaient à la sortie de la maternité, la durée d'allaitement maternel (allaitement maternel exclusif ou allaitement mixte) et les motifs d'arrêt de l'allaitement maternel. La durée d'allaitement maternel, exprimée en jours, correspondait à l'intervalle compris entre la date d'accouchement et la date de la dernière tétée ou la date de point de l'étude, soit 91 jours après l'accouchement.

Nous avons identifié 11 principaux facteurs influençant la poursuite de l'allaitement maternel (12–26). Nous les avons étudiés afin de les utiliser comme covariables en analyse multi-variée pour déterminer ceux qui influençaient la durée d'allaitement maternel dans notre étude. Ces covariables sont décrites dans le tableau 3.

COVARIABLES	DEFINITION
Age maternel	Age à l'accouchement, en années
Niveau d'éducation maternelle	4 catégories selon le plus haut diplôme obtenu : <ul style="list-style-type: none"> - non scolarisée - Brevet des collèges, CAP, BEP - Baccalauréat (de tous types) - Etudes supérieures
Catégorie socioprofessionnelle maternelle	6 catégories issues de la classification PCS 2003 de l'INSEE <ul style="list-style-type: none"> - Artisan, commerçant, agriculteur et chef d'entreprise - Cadre et profession intellectuelle supérieure - Profession intermédiaire - Employé - Ouvrier - Sans profession (étudiant, chômeur ou n'ayant jamais travaillé)
Parité	Mère primipare ou multipare
Tabagisme maternel	Fumeuse, quelle que soit la fréquence de ce tabagisme, entre l'accouchement et le premier appel : oui / non
Ancienneté de la décision d'allaiter	3 catégories : <ul style="list-style-type: none"> - Avant la grossesse - Pendant la grossesse - A l'accouchement
Participation à des cours de préparation à l'accouchement	Oui / non
Expérience antérieure d'allaitement maternel	Oui / non
Délai de mise au sein après l'accouchement	3 catégories : <ul style="list-style-type: none"> - Dans l'heure suivant accouchement - Plus d'une heure après l'accouchement - Ne sait pas
Reprise du travail à 3 mois de l'accouchement	Oui / non
Allaitement maternel à la demande	Lors du premier appel : oui / non

Tableau 3 : Covariables utilisées en analyse multi-variée et leurs définitions.

3.2. Recours aux soins maternels et pédiatriques :

Nous avons souhaité analyser les nombres de consultations et hospitalisations maternelles et pédiatriques dans le premier mois et dans les trois mois suivant l'accouchement dans chaque groupe. Nous avons ensuite étudié les diagnostics retenus lors de ces consultations et hospitalisations, dans chaque groupe.

Cependant au cours de l'analyse des résultats, nous avons constaté que les nombres de consultations et hospitalisations maternelles et pédiatriques ne suivaient pas une distribution normale (Annexe2). Ceci rendait l'interprétation de cette analyse difficile. Nous avons donc décidé d'étudier le nombre de mères et d'enfants ayant consulté et le nombre de mères et d'enfants hospitalisés dans le 1^{er} mois et dans les 3 mois suivant l'accouchement dans chaque groupe, quel que soit le nombre de consultations ou hospitalisations par mère et par enfant.

Nous avons pris en compte toutes les hospitalisations ainsi que les consultations médicales, avec une sage-femme, à la PMI ou dans les services d'urgence, à l'exclusion des consultations indiquées dans le tableau 4.

CONSULTATIONS MATERNELLES	CONSULTATIONS PEDIATRIQUES
<ul style="list-style-type: none"> - Consultations de suivi pour césarienne - Consultation post-natale - Consultations pour contraception - Consultations pour vaccination - Consultations de rééducation périnéale 	<ul style="list-style-type: none"> - Consultation du 8ème jour - Consultations mensuelles de suivi et vaccination sans autre motif - Consultations dans le cadre d'une autre étude médicale - Consultations de suivi prévues à la sortie de la maternité (pour luxation congénitale de hanche, malformation congénitale, souffle cardiaque...) - Consultations pour simple pesée à la PMI

Tableau 4 : Consultations maternelles et pédiatriques non prises en compte dans l'analyse des résultats.

Lorsque plusieurs diagnostics étaient rapportés pour une même consultation, nous avons retenu le diagnostic considéré comme principal, c'est-à-dire celui correspondant au motif initial de consultation. Si aucune pathologie n'a été diagnostiquée au décours d'une consultation, nous avons retenu pour diagnostic : « sans diagnostic ou conseils ».

Nous sommes allées consulter le dossier pour confirmer le diagnostic principal retenu si une hospitalisation en pédiatrie ou à la maternité ou une consultation aux urgences pédiatriques ou de gynécologie-obstétrique était mentionnée.

4) INFORMATION DES MERES ET RECUEIL DES DONNEES :

Les mères dont nous avons sélectionné les dossiers ont été informées de l'étude par courrier, remis par les sages femmes de l'HAD le jour de la sortie de la maternité pour le groupe HAD (Annexe3), et envoyé à domicile dans la semaine suivant la sortie pour le groupe SDC (Annexe4). Une fiche récapitulative, à compléter pour faciliter le recueil des données concernant les consultations et l'allaitement maternel, était jointe à chaque courrier (Annexe5).

Certaines données ont été recueillies dans les dossiers à la maternité lorsqu'elles y figuraient. Les autres l'ont été par questionnaires téléphoniques, de type entretiens semi-dirigés, à un mois et trois mois de l'accouchement (Annexes 6 et 7). L'accord des mères pour la participation à l'étude était demandé au début du premier appel après rappel de l'objectif et du déroulement de notre étude.

Nous avons envoyé par courrier un questionnaire de relance aux patientes non joignables à 1 mois et/ou 3 mois à partir de juin 2011.

III. ANALYSE DES DONNEES

Les caractéristiques des groupes, les taux d'allaitement maternel et le nombre de mères et d'enfants ayant consulté ou ayant été hospitalisés ont été comparés entre les groupes HAD et SDC. Les analyses uni-variées de ces données ont été réalisées avec le logiciel SPSS. Les données qualitatives ont été comparées par test du Chi-2, et les données quantitatives par t-test.

La durée d'allaitement maternel (en jours) a été comparée entre les deux groupes à l'aide de courbes de Kaplan Meier et du test du Log Rank (test d'égalité des distributions pour les différents niveaux de groupe). L'évènement étudié était l'arrêt de l'allaitement maternel. Puis elle a été étudiée en analyse multi-variée, sur l'ensemble des femmes allaitantes de notre échantillon d'étude, selon le modèle de Cox pas à pas descendant (rapport de vraisemblance), pour déterminer les facteurs influençant la durée d'allaitement maternel. Les variables rentrées dans le modèle de Cox étaient le groupe (HAD ou SDC) et les 11 covariables définies dans le tableau 3.

Pour le test du Chi-2, le t-test et le test du Log Rank, un seuil de signification du risque de première espèce à 5% était retenu ($p=0,05$).

La force de l'association entre les différentes variables étudiées et les deux groupes HAD et SDC ou entre les différentes variables étudiées et la durée de l'allaitement maternel était donnée par l'Odds Ratio (OR). La précision de l'OR était donnée par son intervalle de confiance à 95% (IC95).

Les diagnostics d'hospitalisations et de consultations dans les deux groupes ont été étudiés avec le logiciel Excel 2007.

IV. RESULTATS

1) ECHANTILLON ETUDIE:

Nous avons sélectionné 823 couples mère-enfant, dont 369 pour le groupe HAD et 454 pour le groupe SDC. 22 couples mère-enfant du groupe HAD et 45 du groupe SDC n'ont pas été inclus dans l'étude suite à respectivement 2 et 13 refus de participer à l'étude et 20 et 32 patientes que nous n'avons pas pu joindre. Nous avons exclu 6 couples mère-enfant du groupe HAD et 7 du groupe SDC, dont respectivement 4 et 4 pour lesquels l'étude était impossible du fait de difficultés de communication importantes et 2 et 3 pour motifs divers, dont 1 exclusion du groupe HAD pour naissance gémellaire car c'était la seule de notre étude.

L'étude a porté sur 743 couples mère-enfant dont 341 inclus dans le groupe HAD et 402 dans le groupe SDC. Nous avons perdu de vue (non joignables à 3 mois) 12 couples mère-enfant dans le groupe HAD et 7 dans le groupe SDC. L'effectif de notre échantillon d'étude au troisième mois était de 724 couples mère-enfant dont 329 dans le groupe HAD et 395 dans le groupe SDC (figure1).

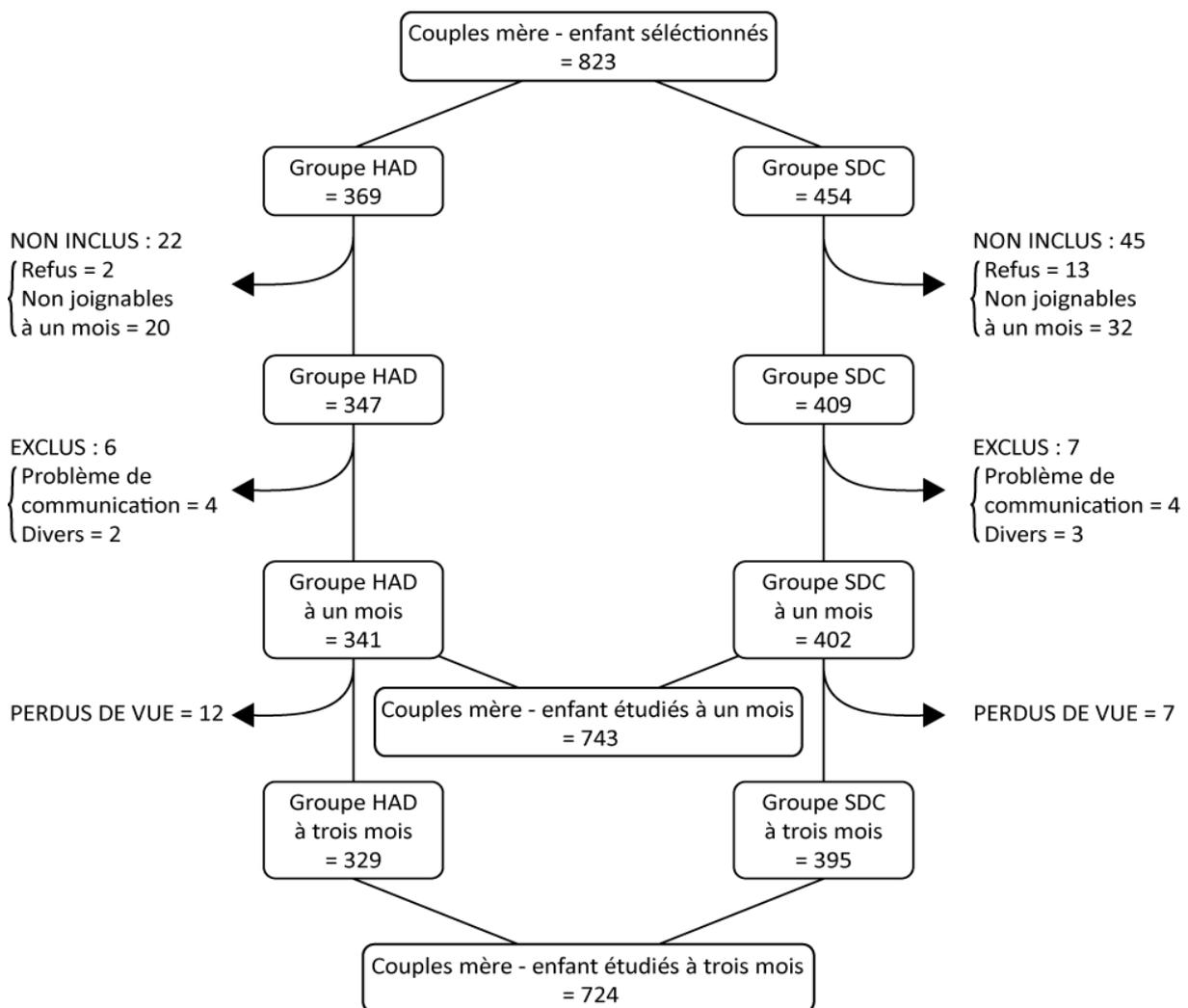


Figure 1 : Diagramme d'inclusion de l'étude.

2) DESCRIPTION DE LA TOTALITE DE L'ECHANTILLON ETUDIE :

Les caractéristiques de l'échantillon étudié sont décrites dans le tableau 5.

VARIABLE	HAD	SDC	TOTAL	p	OR et IC95
Age maternel (en années)	n=341	n=402	n=743	0,990	
Moyenne	30,85	30,85	30,85		
Ecart type	4,83	4,98	4,91		
Mode d'accouchement :	n=341	n=402	n=743	0,376	0,79 [0,47 ; 1,33]
Voie basse (VB)	315 (92,4%)	364 (90,5%)	679 (91,4%)		
Césarienne (C)	26 (7,6%)	38 (9,5%)	64 (8,6%)		
Parité :	n=341	n=402	n=743	0,000	2,27 [1,67 ; 3,08]
Multipares (M)	243 (71,3%)	210 (52,2%)	453 (61,0%)		
Primipares (P)	98 (28,7%)	192 (47,8%)	290 (39,0%)		
Niveau d'éducation maternelle:	n=341	n=402	n=743	0,000	
Non scolarisée	4 (1,2%)	1 (0,2%)	5 (0,7%)		
CAP, BEP, Brevet des collèges	76 (22,3%)	59 (14,7%)	135 (18,2%)		
Baccalauréat	61 (17,9%)	49 (12,2%)	110 (14,8%)		
Etudes supérieures	200 (58,7%)	293 (72,9%)	493 (66,4%)		
CSP maternelle :	n=341	n=402	n=743	0,010	
Commerçant, artisan, chef d'entreprise	7 (2,1%)	3 (0,7%)	10 (1,3%)		
Cadre, profession intellectuelle sup.	42 (12,3%)	69 (17,2%)	111 (14,9%)		
Profession intermédiaire	73 (21,4%)	119 (29,6%)	192 (25,8%)		
Employé	130 (38,1%)	126 (31,3%)	256 (34,5%)		
Ouvrier	4 (1,2%)	2 (0,5%)	6 (0,8%)		
Sans profession	85 (24,9%)	83 (20,6%)	168 (22,6%)		
Préparation à l'accouchement :	n=341	n=402	n=743	0,000	1,85 [1,38 ; 2,49]
Non (N)	165 (48,4%)	135 (33,6%)	300 (40,4%)		
Oui (O)	176 (51,6%)	267 (66,4%)	443 (59,6%)		
Expérience antérieure d'AM:	n=341	n=402	n=743	0,000	0,55 [0,41 ; 0,74]
Non (N)	156 (45,7%)	243 (60,4%)	399 (53,7%)		
Oui (O)	185 (54,3%)	159 (39,6%)	344 (46,3%)		
Tabagisme maternel :	n=341	n=402	n=743	0,001	0,52 [0,35 ; 0,77]
Non (N)	269 (78,9%)	353 (87,8%)	622 (83,7%)		
Oui (O)	72 (21,1%)	49 (12,2%)	121 (16,3%)		
Reprise du travail à 3 mois :	n=329	n=395	n=724	0,127	1,33 [0,92 ; 1,92]
Non (N)	270 (82,1%)	306 (77,5%)	576 (79,6%)		
Oui (O)	59 (17,9%)	89 (22,5%)	148 (20,4%)		

Tableau 5: Description de l'échantillon étudié. Les Odds Ratio (OR) sont donnés de la 1^{ère} ligne sur la 2^{ème} (VB/C, M/P, N/O) avec leurs intervalles de confiance à 95% (IC95), HAD= groupe hospitalisation à domicile, SDC= groupe suites de couches, CSP= catégorie socioprofessionnelle, AM= allaitement maternel, sup.=supérieure.

Il n'y avait pas de différence significative retrouvée entre les groupes HAD et SDC pour l'âge maternel (p=0,990), le mode d'accouchement (p=0,376) et la reprise du travail à 3 mois de l'accouchement (p=0,127).

On retrouvait une différence significative pour les autres variables.

Il y avait significativement plus de multipares dans le groupe HAD que dans le groupe SDC ($p=0,000$ et $OR = 2,27 [1,67 ; 3,08]$).

Il y avait plus de femmes ayant pour diplôme un CAP, un BEP ou un brevet des collèges dans le groupe HAD que dans le groupe SDC et plus de femmes ayant fait des études supérieures dans le groupe SDC que dans le groupe HAD ($p=0,000$).

Il y avait plus de mères exerçant une profession intermédiaire ou intellectuelle supérieure dans le groupe SDC que dans le groupe HAD et plus de mères exerçant une profession d'employée dans le groupe HAD que dans le groupe SDC ($p=0,010$).

Il y avait moins de femmes ayant participé à des cours de préparation à l'accouchement dans le groupe HAD que dans le groupe SDC (avec $p=0,000$ et $OR = 1,85 [1,38 ; 2,49]$).

Les femmes du groupe HAD ont plus souvent allaité auparavant que celles du groupe SDC ($p=0,000$ et $OR = 0,55 [0,41 ; 0,74]$).

Il y avait plus de mères fumeuses dans le groupe HAD que dans le groupe SDC ($p=0,001$ et $OR = 0,52 [0,35 ; 0,77]$).

3) DESCRIPTION DES FEMMES QUI ALLAITAIENT A LA SORTIE DE LA MATERNITE :

Les caractéristiques des femmes qui allaitaient à la sortie de la maternité dans l'échantillon étudié sont décrites dans le tableau 6.

VARIABLE	HAD	SDC	TOTAL	p	OR et IC95
Age maternel (en années)	n=228	n=265	n=493	0,604	
Moyenne	31,14	30,92	31,02		
Ecart type	4,70	4,81	4,76		
Parité :	n=228	n=265	n=493	0,000	2,43 [1,66 ; 3,54]
Multipares (M)	166(72,8%)	139 (52,5%)	305 (61,9%)		
Primipares (P)	62 (27,2%)	126 (47,5%)	188 (38,1%)		
Niveau d'éducation maternelle:	n=228	n=265	n=493	0,008	
Non scolarisée	4 (1,8%)	1 (0,4%)	5 (1,0%)		
CAP, BEP, Brevet des collèges	42 (18,4%)	32 (12,1%)	74 (15,0%)		
Baccalauréat	42 (18,4%)	33 (12,5%)	75 (15,2%)		
Etudes supérieures	140 (61,4%)	199 (75,1%)	339 (68,8%)		
CSP maternelle :	n=228	n=265	n=493	0,147	
Commerçant, artisan, chef d'entreprise	6 (2,6%)	2 (0,8%)	8 (1,6%)		
Cadre, profession intellectuelle sup.	34 (14,9%)	49 (18,5%)	83 (16,8%)		
Profession intermédiaire	53 (23,2%)	80 (30,2%)	133 (27,0%)		
Employé	76 (33,3%)	71 (26,8%)	147 (29,8%)		
Ouvrier	2 (0,9%)	1 (0,4%)	3 (0,6%)		
Sans profession	57 (25,0%)	62 (23,4%)	119 (24,1%)		
Ancienneté de la décision d'allaiter :	n=228	n=265	n=493	0,439	
Avant la grossesse	184 (80,7%)	221 (83,4%)	405 (82,2%)		
Pendant la grossesse	32 (14,0%)	36 (13,6%)	68 (13,8%)		
A l'accouchement	12 (5,3%)	8 (3,0%)	20 (4,1%)		
Délai de mise au sein :	n=228	n=265	n=493	0,411	
Ne sait pas	5 (2,2%)	4 (1,5%)	9 (1,8%)		
< ou = 1heure	198 (86,8%)	222 (83,8%)	420 (85,2%)		
> 1 heure	25 (11,0%)	39 (14,7%)	64 (13,0%)		
AM à la demande :	n=228	n=265	n=493	0,654	1,14 [0,65 ; 1,99]
Non (N)	27 (11,8%)	28 (10,6%)	55 (11,2%)		
Oui (O)	201 (88,2%)	237 (89,4%)	438 (88,8%)		
Préparation à l'accouchement:	n=228	n=265	n=493	0,000	2,04 [1,42 ; 2,95]
Non (N)	111 (48,7%)	84 (31,7%)	195 (39,6%)		
Oui (O)	117 (51,3%)	181 (68,3%)	298 (60,4%)		
Expérience antérieure d'AM :	n=228	n=265	n=493	0,000	0,46 [0,32 ; 0,67]
Non (N)	69 (30,3%)	128 (48,3%)	197 (40,0%)		
Oui (O)	159 (69,7%)	137 (51,7%)	296 (60,0%)		
Tabagisme maternel :	n=228	n=265	n=493	0,013	0,48 [0,27 ; 0,87]
Non (N)	195 (85,5%)	245 (92,5%)	440 (89,2%)		
Oui (O)	33 (14,5%)	20 (7,5%)	53 (10,8%)		
Reprise du travail à 3mois :	n=222	n=258	n=480	0,568	1,14 [0,73 ; 1,80]
Non (N)	181 (81,5%)	205 (79,5%)	386 (80,4%)		
Oui (O)	41 (18,5%)	53 (20,5%)	94 (19,6%)		

Tableau 6: Description des femmes qui allaitaient à la sortie de la maternité. Les Odds Ratio (OR) sont donnés de la 1^{ère} ligne sur la 2^{ème} (M/P, N/O) avec leurs intervalles de confiance à 95% (IC95), HAD= groupe hospitalisation à domicile, SDC= groupe suites de couches, CSP=catégorie socioprofessionnelle, AM=allaitement maternel, sup.=supérieure.

Parmi les femmes qui allaitaient à la sortie de la maternité, il n'y avait pas de différence significative retrouvée entre les groupes HAD et SDC pour l'âge maternel ($p=0,604$) la catégorie socioprofessionnelle maternelle ($p=0,147$), l'ancienneté de la décision d'allaiter ($p=0,439$), le délai de mise au sein après l'accouchement ($p=0,411$), l'allaitement maternel à la demande ($p=0,654$), la reprise du travail à 3 mois de l'accouchement ($p=0,568$).

On retrouvait une différence significative pour les autres variables.

Il y avait significativement plus de multipares dans le groupe HAD que dans le groupe SDC ($p=0,000$ et OR =2,43 [1,66 ; 3,54]).

Il y avait plus de femmes ayant pour diplôme un CAP, un brevet des collèges, un BEP ou un Baccalauréat dans le groupe HAD que dans le groupe SDC et plus de femmes ayant fait des études supérieures dans le groupe SDC ($p=0,008$).

Il y avait moins de femmes ayant suivi des cours de préparation à l'accouchement dans le groupe HAD que dans le groupe SDC ($p=0,000$ et OR =2,04 [1,42 ; 2,95]).

Il y avait plus de femmes ayant une expérience antérieure d'allaitement maternel dans le groupe HAD que dans le groupe SDC ($p=0,000$ et OR =0,46 [0,32 ; 0,67]).

Il y avait plus de femmes fumeuses dans le groupe HAD que dans le groupe SDC ($p=0,013$ et OR =0,48 [0,27 ; 0,87]).

4) ETUDE DES TAUX D'ALLAITEMENT MATERNEL :

L'analyse des taux d'allaitement maternel et artificiel dans chaque groupe est représentée dans le tableau 7.

VARIABLE	HAD	SDC	TOTAL	p	OR et IC95
Allaitement à la sortie de maternité :	n=341	n=402	n=743	0,787	0,96 [0,71 ; 1,30]
Allaitement artificiel (AA)	113 (33,1%)	137 (34,1%)	250 (33,6%)		
Allaitement maternel (AM)	228 (66,9%)	265 (65,9%)	493 (66,4%)		
DONT- AM exclusif	223 (65,4%)	260 (64,7%)	483 (65,0%)	0,937	
- Allaitement mixte	5 (1,5%)	5 (1,2%)	10 (1,3%)		
Allaitement à 1 mois :	n=341	n=402	n=743	0,611	1,08 [0,81 ; 1,45]
Allaitement artificiel (AA)	142 (41,6%)	160 (39,8%)	302 (40,6%)		
Allaitement maternel (AM)	199 (58,4%)	242 (60,2%)	441 (59,4%)		
DONT - AM exclusif	151 (44,3%)	202 (50,2%)	353 (47,5%)	0,123	
- Allaitement mixte	48 (14,1%)	40 (10,0%)	88 (11,8%)		
Allaitement à 3 mois :	n=329	n=395	n=724	0,801	0,96 [0,72 ; 1,29]
Allaitement artificiel (AA)	186 (56,5%)	227 (57,5%)	413 (57,0%)		
Allaitement maternel (AM)	143 (43,5%)	168 (42,5%)	311 (43,0%)		
DONT - AM exclusif	86 (26,1%)	117 (29,6%)	203 (28,0%)	0,233	
- Allaitement mixte	57 (17,3%)	51 (12,9%)	108 (14,9%)		

Tableau 7 : Taux d'allaitement maternel et artificiel à la sortie de la maternité, à 1 mois et à 3 mois de l'accouchement. Les Odds Ratio (OR) sont donnés de la 1^{ère} ligne sur la 2^{ème} (AA/AM) avec leurs intervalles de confiance à 95% (IC95), HAD= groupe hospitalisation à domicile, SDC= groupe suites de couches.

Il n'y avait pas de différence significative entre les taux d'allaitement maternel global dans les deux groupes à la sortie de la maternité (66,9% en HAD et 65,9% en SDC, p=0,787), à 1 mois de l'accouchement (58,4% en HAD et 60,2% en SDC, p=0,611) et à 3 mois de l'accouchement (43,5% en HAD et 42,5% en SDC, p=0,801).

Il n'y avait pas de différence significative entre les taux d'allaitement maternel exclusif dans les deux groupes à la sortie de la maternité (65,4% en HAD et 64,7% en SDC, p=0,937), à 1 mois de l'accouchement (44,3% en HAD et 50,2% en SDC, p=0,123) et à 3 mois de l'accouchement (26,1% en HAD et 29,6% en SDC, p=0,233).

Il n'y avait donc pas d'augmentation du taux d'allaitement maternel à 3 mois dans le groupe HAD.

5) DUREE D'ALLAITEMENT MATERNEL:

5.1. Analyse à l'aide de courbes de Kaplan Meier et test du Log Rank :

La durée d'allaitement maternel (en jours), étudiée chez les femmes allaitant à la sortie de la maternité dans chaque groupe, est représentée à l'aide de courbes de Kaplan Meyer dans la figure 2.

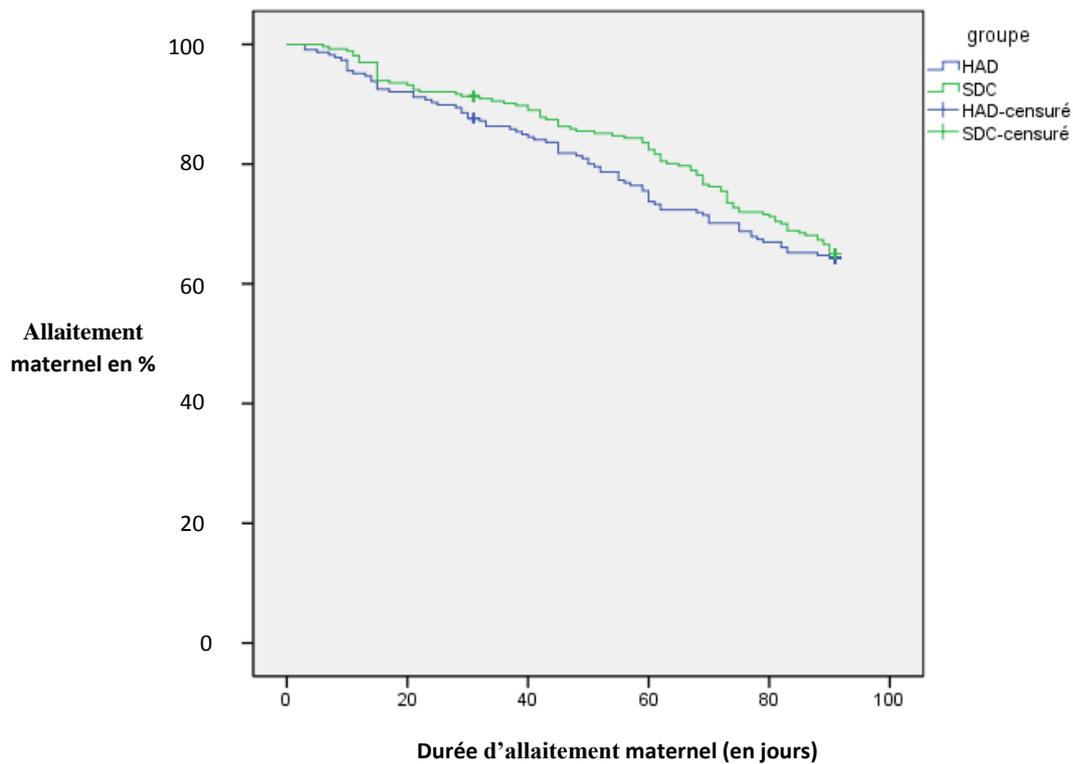


Figure 2 : Durée d'allaitement maternel (en jours) dans chaque groupe, représentée à l'aide de courbes de Kaplan Meier, l'évènement étudié étant l'arrêt de l'allaitement maternel (HAD=groupe hospitalisation à domicile, SDC= groupe suites de couches).

Après analyse à l'aide de courbes de Kaplan Meier et du test du Log Rank, avec pour évènement l'arrêt de l'allaitement maternel, il n'y avait pas de différence significative pour la durée d'allaitement maternel entre les deux groupes sur les 91 jours de l'étude (Test du Log Rank : $p=0,622$).

La durée d'allaitement maternel au 75^{ème} percentile était de 60 jours en HAD et 73 jours en SDC mais il n'y avait pas de différence significative.

5.2. Analyse multi-variée selon le modèle de Cox pas à pas descendant :

Les variables restantes à la dernière étape de l'analyse selon le modèle de Cox, ayant un lien avec la durée d'allaitement maternel, sont représentées dans le tableau 8.

VARIABLES	Codage dans le modèle de Cox	OR et IC95
Parité	Multipare=1, primipare=0	OR=4,07 [1,85 ; 8,96]
Expérience antérieure d'AM	Non=1, oui=0	OR=3,64 [1,68 ; 7,87]
Reprise du travail à 3 mois	Non=0, oui=1	OR=2,94 [2,13 ; 4,17]
Tabagisme maternel	Non=0, oui=1	OR=2,33 [1,56 ; 3,45]
Ancienneté de la décision d'allaiter	Avant la grossesse=1, pendant la grossesse=2, après l'accouchement=3	OR=1,55 [1,18 ; 2,02]
AM à la demande	Non=1, oui=0	OR=1,52 [1,00 ; 2,33]

Tableau 8 : Variables restantes à la dernière étape du modèle de Cox avec leurs valeurs de codage, les Odds Ratio (OR) et les intervalles de confiance à 95% (IC95), AM=allaitement maternel. Les variables rentrées dans le modèle de Cox étaient le groupe (hospitalisation à domicile ou suites de couches) et les 11 covariables définies dans le chapitre matériel et méthode.

On remarque qu'en analyse multi-variée l'appartenance au groupe HAD ou SDC n'avait pas d'influence sur la durée de l'allaitement maternel.

Six variables influençaient la durée d'allaitement maternel dans notre étude.

La multiparité était liée à un arrêt plus précoce de l'allaitement maternel (OR=4,07 [1,85 ; 8,96]).

Les mères qui n'avaient jamais allaité auparavant arrêtaient d'allaiter plus précocement (OR=3,64 [1,68 ; 7,87]).

Les mères qui avaient repris le travail à 3 mois de l'accouchement allaitaient moins longtemps (OR=2,94 [2,13 ; 4,17]).

Le tabagisme maternel était lié à un arrêt plus précoce de l'allaitement maternel (OR=2,33 [1,56 ; 3,45]).

Plus la décision d'allaiter était récente et plus l'arrêt de l'allaitement maternel était précoce (OR=1,55 [1,18 ; 2,02]).

Les mères qui ne faisaient pas d'allaitement à la demande arrêtaient d'allaiter plus précocement (OR=1,52 [1,00 ; 2,33]).

Parmi ces six covariables, l'analyse uni-variée par le test du Chi-2 retrouvait une différence significative entre les deux groupes chez les femmes qui allaitaient à la sortie de la maternité pour trois d'entre elles : la parité, l'expérience antérieure d'allaitement maternel, le tabagisme maternel.

6) ETUDE DU NOMBRE DE MERES ET D'ENFANTS AYANT CONSULTE OU AYANT ETE HOSPITALISES :

Il n'y a eu que 5 mères hospitalisées sur les 3 mois de l'étude, ce qui était peu pour en faire une analyse statistique. Nous listons simplement ces hospitalisations au paragraphe 8.2.

Les résultats de l'analyse du nombre de mères et d'enfants ayant consulté et du nombre d'enfants ayant été hospitalisés dans chaque groupe sont présentés dans le tableau 9.

VARIABLE	HAD	SDC	TOTAL	p	OR et IC95
Consultation maternelle au 1^{er} mois :	n=341	n=402	n=743	0,110	1,34 [0,94 ; 1,93]
Non (N)	280 (82,1%)	311 (77,4%)	591 (79,5%)		
Oui (O)	61 (17,9%)	91 (22,6%)	152 (20,5%)		
Consultation maternelle sur 3 mois :	n=329	n=395	n=724	0,063	1,36 [0,98 ; 1,88]
Non (N)	244 (74,2%)	268 (67,8%)	512 (70,7%)		
Oui (O)	85 (25,8%)	127 (32,2%)	212 (29,3%)		
Consultation pédiatrique au 1^{er} mois :	n=341	n=402	n=743	0,033	1,44 [1,03 ; 2,01]
Non (N)	266 (78,0%)	286 (71,1%)	552 (74,3%)		
Oui (O)	75 (22,0%)	116 (28,9%)	191 (25,7%)		
Consultation de l'enfant sur 3 mois :	n=329	n=395	n=724	0,017	1,43 [1,07 ; 1,93]
Non (N)	195 (59,3%)	199 (50,4%)	394 (54,4%)		
Oui (O)	134 (40,7%)	196 (49,6%)	330 (45,6%)		
Hospitalisation pédiatrique au 1^{er} mois :	n=341	n=402	n=743	0,496	1,42 [0,51 ; 3,96]
Non (N)	335 (98,2%)	392 (97,5%)	727 (97,8%)		
Oui (O)	6 (1,8%)	10 (2,5%)	16 (2,2%)		
Hospitalisation pédiatrique sur 3 mois :	n=329	n=395	n=724	0,011	2,53 [1,21 ; 5,27]
Non (N)	319 (97,0%)	366 (92,7%)	685 (94,6%)		
Oui (O)	10 (3,0%)	29 (7,3%)	39 (5,4%)		

Tableau 9: Nombre de mères et d'enfants ayant consulté et nombre d'enfants ayant été hospitalisés dans le 1^{er} mois et sur les 3 mois suivant l'accouchement. Les Odds Ratio (OR) sont donnés de la 1^{ère} ligne sur la 2^{ème} (N/O) avec leurs intervalles de confiance à 95% (IC95), HAD= groupe hospitalisation à domicile, SDC= groupe suites de couches.

Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes HAD et SDC pour le nombre de mères ayant consulté dans le 1^{er} mois ($p=0,110$), le nombre de mères ayant consulté sur les 3 mois ($p=0,063$) et le nombre d'enfants hospitalisés dans le 1^{er} mois ($p=0,496$).

Il y avait significativement moins d'enfants du groupe HAD ayant consulté dans le 1^{er} mois ($p=0,033$ et OR =1,44 [1,03 ; 2,01]).

Il y avait significativement moins d'enfants du groupe HAD ayant consulté sur les 3 mois ($p=0,017$ et OR =1,43 [1,07 ; 1,93]).

Il y avait significativement moins d'enfants du groupe HAD qui avaient été hospitalisés sur les 3 mois ($p=0,011$ et OR =2,53 [1,21 ; 5,27]).

7) DIAGNOSTICS DE CONSULTATIONS :

7.1. Diagnostics de consultations pédiatriques :

Pour pouvoir les étudier, nous avons regroupé les diagnostics de consultations pédiatriques en 9 catégories, figurant dans le tableau 10, de la façon suivante :

- **ORL** : tous les diagnostics de pathologies oto-rhino-laryngologiques (ORL) et respiratoires hautes
- **Respiratoire** : tous les diagnostics de pathologies respiratoires basses
- **Oculaire** : tous les diagnostics de pathologies oculaires
- **Cordon** : toutes les consultations concernant le cordon ombilical (qu'il y ait eu un diagnostic pathologique ou une inquiétude parentale sans pathologie diagnostiquée)
- **Dermatologie** : tous les diagnostics de pathologies dermatologiques
- **Digestif** : tous les diagnostics de pathologies du tube digestif
- **Poids** : toutes les consultations au cours desquelles des problèmes de prise de poids de l'enfant ont été identifiés et les consultations médicales pour surveillance pondérale
- **Sans diagnostic, conseils** : toutes les consultations au décours desquelles aucun diagnostic précis n'a été retenu (en dehors de celles concernant le cordon ombilical)
- **Autres** : toutes les consultations au décours desquelles le diagnostic retenu ne correspondait à aucune des catégories précédentes (diagnostics peu fréquents dans notre étude)

Des tableaux plus détaillés des diagnostics de consultations pédiatriques figurent en annexe (Annexe8).

DIAGNOSTICS	SDC dans le 1 ^{er} mois		SDC sur les 3 mois		HAD dans le 1 ^{er} mois		HAD sur les 3 mois	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
ORL	23	15,5	72	23,5	24	24,5	55	25,2
Respiratoire	1	0,7	18	5,9	1	1,0	9	4,1
Oculaire	15	10,1	27	8,8	10	10,2	14	6,4
Cordon	15	10,1	16	5,2	8	8,2	13	6,0
Dermatologie	12	8,1	36	11,7	7	7,1	16	7,3
Digestif	36	24,3	62	20,2	29	29,6	68	31,2
Poids	15	10,1	16	5,2	7	7,1	9	4,1
Sans diagnostic, conseils	22	14,9	34	11,1	3	3,1	7	3,2
Autres	9	6,1	26	8,4	9	9,2	27	12,4
Total	148	100,0	307	100,0	98	100,0	218	100,0

Tableau 10 : Diagnostics des consultations pédiatriques dans le 1^{er} mois et sur les 3 mois suivant l'accouchement, exprimés en nombre et en pourcentage (%= taux en pourcentage, SDC= groupe suites de couches, HAD= groupe hospitalisation à domicile).

7.1.1. Dans le 1^{er} mois :

La répartition des diagnostics de consultations pédiatriques dans le 1^{er} mois dans chaque groupe est présentée dans la figure 3.

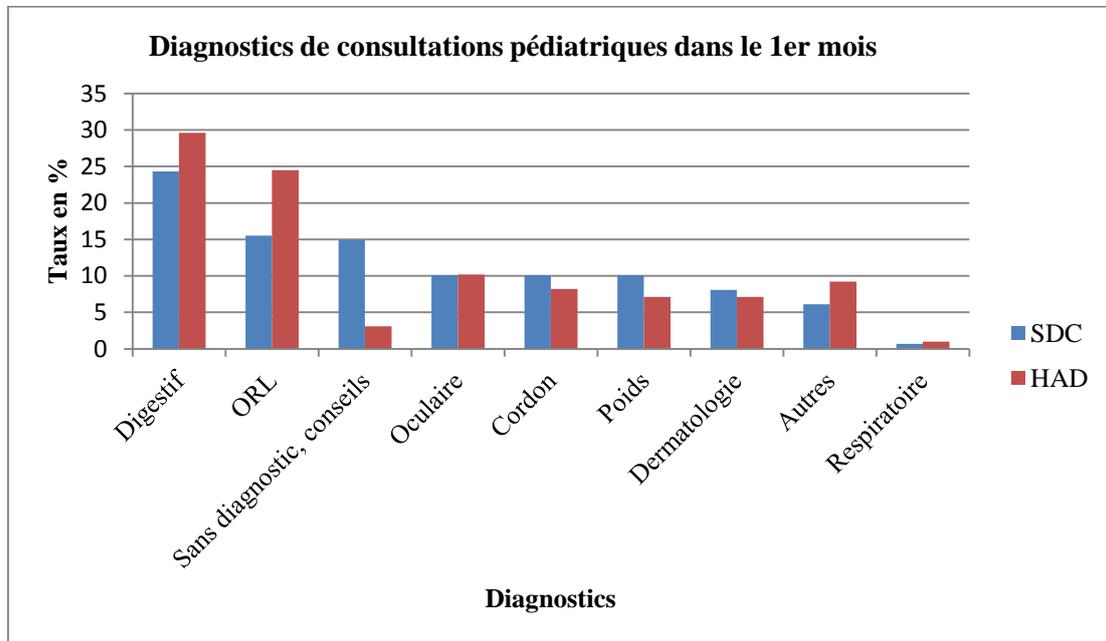


Figure 3: Proportion des diagnostics des consultations pédiatriques dans chaque groupe dans le 1^{er} mois (SDC= groupe suites de couches, HAD= groupe hospitalisation à domicile)

Dans le 1^{er} mois, les diagnostics de consultations pédiatriques les plus fréquents étaient d'ordre digestif dans les deux groupes (29,6% en HAD et 24,3% en SDC). La proportion de ces diagnostics était un peu plus importante dans le groupe HAD que dans le groupe SDC.

Parmi ces diagnostics, les plus fréquents étaient les coliques du nourrisson dans le groupe HAD (37,9%). Dans le groupe SDC il s'agissait de coliques du nourrisson et de constipation en proportions égales (30,6% et 30,6%) (Annexe8).

Dans le groupe HAD les diagnostics ORL étaient les deuxièmes plus fréquents (24,5%).

Dans le groupe SDC les diagnostics ORL étaient un peu moins fréquents (15,5%) et en proportion similaire aux consultations n'ayant abouti à aucun diagnostic ou pour conseil (14,9%).

Au sein des consultations pour pathologie ORL, le diagnostic le plus fréquent était celui d'affection rhinopharyngée dans les deux groupes (79,2% dans le groupe HAD et 91,3% dans le groupe SDC) (Annexe8).

On remarque qu'il y a eu moins de consultations sans diagnostic ou pour conseils dans le groupe HAD (3,1%) que dans le groupe SDC (14,9%).

7.1.2. Sur les 3 mois :

La répartition des diagnostics de consultations pédiatriques sur les 3 mois dans chaque groupe est présentée dans la figure 4.

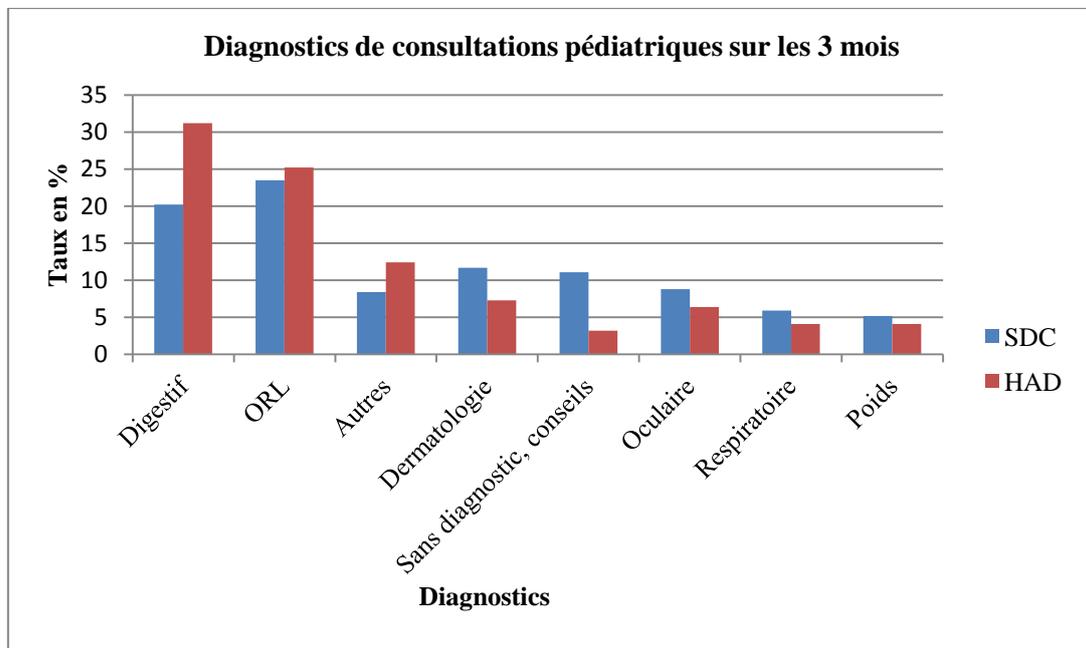


Figure 4 : Proportion des diagnostics de consultations pédiatriques dans chaque groupe sur les 3 mois (SDC= groupe suites de couches, HAD= groupe hospitalisation à domicile)

Sur les 3 mois de l'étude, pour le groupe HAD, les diagnostics de consultations pédiatriques les plus fréquents restaient ceux d'ordre digestif (31,2%) suivis des diagnostics ORL (25,2%).

Cet ordre est inversé pour les nourrissons du groupe SDC, avec 23,5% de consultations pour pathologies ORL et 20,2% de consultations pour pathologies digestives.

Parmi les consultations pour pathologies digestives, le diagnostic le plus fréquent était les coliques du nourrisson dans le groupe HAD (25,0%) et les régurgitations ou reflux gastro-œsophagien dans le groupe SDC (29,0%).

On note qu'il y a eu plus de consultations pour gastro-entérite aiguë dans le groupe HAD que dans le groupe SDC (respectivement 20,6% et 6,5% des consultations pour pathologie digestive) (Annexe8).

Parmi les consultations pour pathologie ORL, les affections rhinopharyngées restaient les plus fréquentes dans les deux groupes (83,6% dans le groupe HAD et 91,7% dans le groupe SDC) (Annexe8).

On remarque qu'il y a eu plus de consultations sans diagnostics ou pour conseils dans le groupe SDC (11,1%) que dans le groupe HAD (3,2%).

7.2. Diagnostics de consultations maternelles :

Nous avons regroupé les diagnostics de consultations maternelles en 9 catégories, qui figurent dans le tableau 11, de la façon suivante :

- **Seins** : tous les diagnostics de pathologies mammaires et mamelonnaires
- **Obstétrique** : tous les diagnostics de pathologies périnéales, vaginales et utérines
- **Problèmes d'allaitement**: toutes les consultations en rapport avec des problèmes d'allaitement et/ou des demandes de conseils
- **Digestif** : tous les diagnostics de pathologies digestives
- **Rhumatologie** : tous les diagnostics de pathologies rhumatologiques
- **Neuro-psy** : tous les diagnostics de pathologies neuropsychiatriques
- **Autres infections** : tous les diagnostics de pathologies infectieuses urinaires, ORL, dentaires et cutanées
- **Sans diagnostic** : toutes les consultations pour lesquelles nous n'avons pas pu recueillir de diagnostic médical précis (asthénie maternelle incluse)
- **Autres** : toutes les consultations au décours desquelles le diagnostic ne correspondait à aucune des catégories précédentes (diagnostics peu fréquents dans notre étude)

Des tableaux plus détaillés des diagnostics de consultations maternelles figurent en annexe (Annexe9).

Diagnostics	SDC dans le 1 ^{er} mois		SDC sur les 3mois		HAD dans le 1 ^{er} mois		HAD sur les 3mois	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Seins	20	17,1	30	15,6	18	22,8	18	14,2
Obstétrique	29	24,8	34	17,7	10	12,7	14	11,0
Pb allaitement	13	11,1	18	9,4	8	10,1	8	6,3
Digestif	14	12,0	21	10,9	4	5,1	8	6,3
Rhumatologie	6	5,1	11	5,7	8	10,1	14	11,0
Neuro-psy	2	1,7	7	3,7	5	6,3	5	3,9
Autres Infections	17	14,5	32	16,7	5	6,3	23	18,1
Sans diagnostic	8	6,8	18	9,4	11	13,9	18	14,2
Autres	8	6,8	21	10,9	10	12,7	19	15,0
TOTAL	117	100,0	192	100,0	79	100,0	127	100,0

Tableau 11 : Diagnostics de consultations maternelles dans le 1^{er} mois et sur les 3 mois suivant l'accouchement exprimés en nombre et en pourcentage (SDC= groupe suites de couches, HAD= groupe hospitalisation à domicile, %= taux en pourcentage et Pb allaitement = problèmes d'allaitement)

7.2.1. Dans le 1^{er} mois :

La répartition des diagnostics de consultations maternelles dans le 1^{er} mois dans chaque groupe est représentée dans la figure 5.

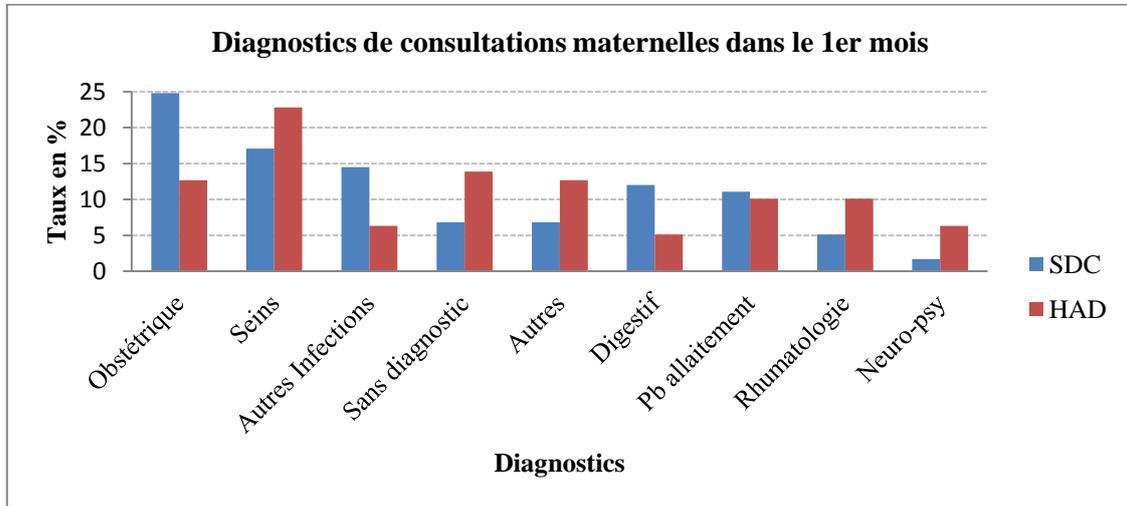


Figure 5 : Proportion des diagnostics de consultations maternelles dans le 1^{er} mois dans chaque groupe (SDC= groupe suites de couches, HAD= groupe hospitalisation à domicile)

Au cours du 1^{er} mois dans le groupe HAD, les diagnostics de consultations maternelles les plus fréquents étaient, par ordre décroissant, les pathologies mammaires (22,8%), la catégorie «Sans diagnostic» (13,9%), puis les pathologies obstétricales en proportion égale à la catégorie «Autres» (12,7%).

Dans le groupe SDC, les diagnostics obstétricaux étaient les plus fréquents (24,8%) et en proportion nettement plus importante que dans le groupe HAD, suivis des diagnostics de pathologies mammaires (17,1%).

Concernant les consultations pour pathologies obstétricales, il s'agissait principalement, dans les deux groupes, de contrôles de cicatrisation périnéale non surinfectée avec ou sans ablation de fils (55,2% en SDC et 40% en HAD) (Annexe9).

Parmi les consultations pour pathologies mammaires, le diagnostic le plus fréquent dans le groupe HAD était les crevasses du mamelon (33%). Dans le groupe SDC, il s'agissait d'engorgements mammaires (30%) (Annexe9).

Les infections diverses et les pathologies digestives étaient plus représentées dans le groupe SDC que dans le groupe HAD (respectivement 14,5% et 6,3% ; 12% et 5,1%).

La proportion de consultations pour des problèmes et/ou conseils d'allaitement dans le groupe HAD (10,1%) était proche de celle du groupe SDC (11,1%).

La catégorie « Sans diagnostic » était plus représentée dans le groupe HAD que dans le groupe SDC (respectivement 13,9% et 6,8%).

7.2.2. Sur les 3 mois :

La répartition des diagnostics de consultations maternelles sur les 3 mois dans chaque groupe est présentée dans la figure 6.

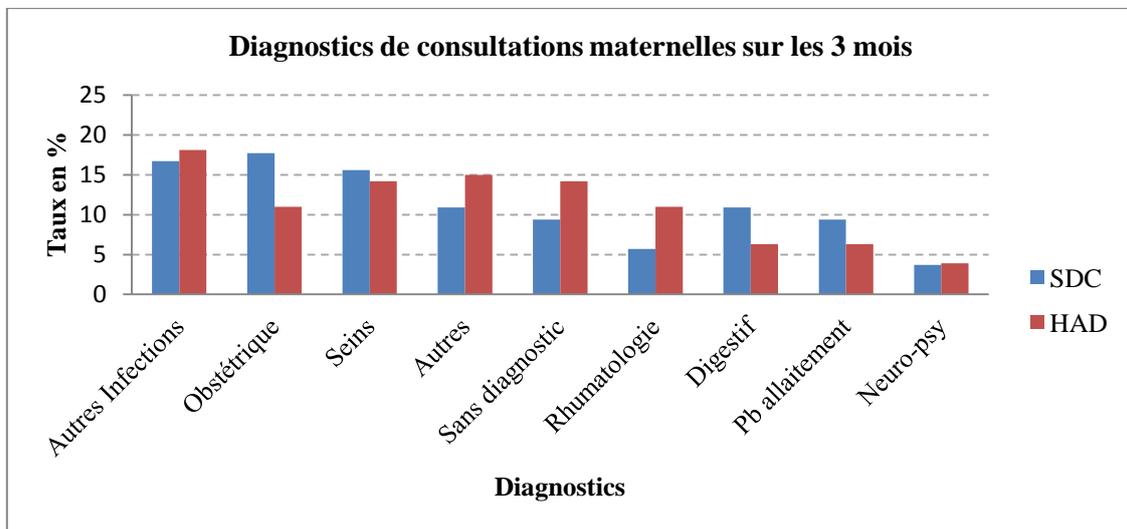


Figure 6 : Proportion des diagnostics de consultations maternelles sur les 3 mois dans chaque groupe (SDC= groupe suites de couches, HAD= groupe hospitalisation à domicile)

Sur les 3 mois de l'étude, les infections diverses étaient les diagnostics les plus fréquents du groupe HAD (18,1%). Elles représentaient le second diagnostic pour le groupe SDC (16,7%). Il s'agissait principalement de cystites aiguës (28,1% en SDC et 21,7% en HAD) et de rhinopharyngites (21,9% en SDC et 26% en HAD) (Annexe9).

Dans le groupe SDC, les diagnostics le plus fréquents restaient les pathologies obstétricales (17,7 %) et toujours en proportion plus importante que dans le groupe HAD (11%). Il s'agissait essentiellement des contrôles de cicatrisation périnéale ayant eu lieu au cours du premier mois. (Annexe9).

Les diagnostics de pathologies mammaires correspondaient à la troisième catégorie de diagnostic la plus fréquente dans les deux groupes, dans des proportions proches (15,6% en SDC et 14,2% en HAD). Les diagnostics les plus fréquents étaient les mêmes que ceux observés dans le premier mois.

La proportion de consultations pour des problèmes et/ou conseils d'allaitement restait proche dans les deux groupes (9,4% en SDC et 6,3% en HAD).

Les pathologies neuropsychiatriques se sont avérées être le diagnostic le moins fréquent pour les deux groupes dans des proportions similaires (3,7% en SDC et 3,9% en HAD).

8) DIAGNOSTICS D'HOSPITALISATIONS:

8.1. Diagnostics des hospitalisations pédiatriques :

Pour pouvoir les étudier, nous avons regroupé les diagnostics des hospitalisations pédiatriques en 5 catégories, figurant dans le tableau 12, de la façon suivante :

- **ORL** : toutes les hospitalisations pour affections rhinopharyngées
- **Respiratoire** : toutes les hospitalisations pour pathologies respiratoires basses
- **Digestif** : toutes les hospitalisations pour pathologies du tube digestif
- **Autres infections** : toutes les hospitalisations pour infection autre qu'ORL ou respiratoire basse
- **Divers** : toutes les hospitalisations au décours desquelles le diagnostic retenu ne correspondait à aucune des catégories précédentes

Des tableaux plus détaillés des diagnostics des hospitalisations pédiatriques figurent en annexe (Annexe10).

Diagnostics	SDC dans le 1 ^{er} mois		SDC sur les 3 mois		HAD dans le 1 ^{er} mois		HAD sur les 3 mois	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
ORL	1	10,0	12	37,5	1	16,7	4	40,0
Respiratoire	1	10,0	5	15,6	2	33,3	2	20,0
Digestif	3	30,0	5	15,6	0	0	1	10,0
Autres infections	1	10,0	4	12,5	1	16,7	1	10,0
Divers	4	40,0	6	18,8	2	33,3	2	20,0
Total	10	100,0	32	100,0	6	100,0	10	100,0

Tableau 12 : Diagnostics des hospitalisations pédiatriques dans le 1^{er} mois et sur les 3 mois suivant l'accouchement, exprimés en nombre et en pourcentage (%= taux en pourcentage, SDC= groupe suites de couches, HAD= groupe hospitalisation à domicile).

8.1.1. Dans le 1^{er} mois :

La répartition des diagnostics d'hospitalisations pédiatriques dans le 1^{er} mois dans chaque groupe est présentée dans la figure 7.

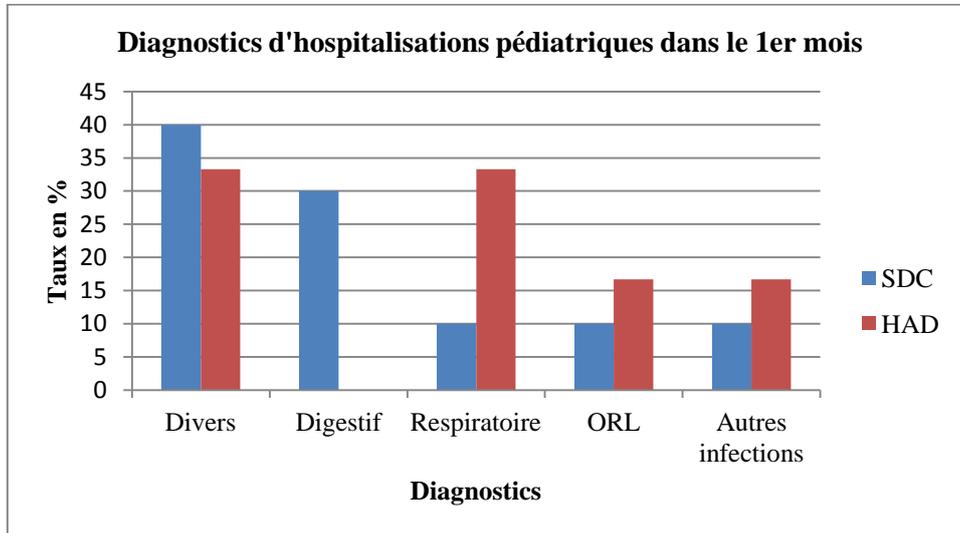


Figure 7: Proportion des diagnostics d'hospitalisations pédiatriques dans chaque groupe dans le 1^{er} mois (SDC= groupe suites de couches, HAD= groupe hospitalisation à domicile)

Dans le groupe HAD, les hospitalisations pédiatriques pour pathologies respiratoires étaient les plus fréquentes dans le 1^{er} mois (33,3%), dans les mêmes proportions que celles pour pathologies diverses (33,3%).

Dans le groupe SDC il s'agissait principalement d'hospitalisations pour pathologies diverses (40,0%), suivies des hospitalisations pour pathologies digestives (30,0%).

Cependant il y a eu peu d'hospitalisations dans le 1^{er} mois, il est donc difficile de comparer les taux des différentes catégories de diagnostics.

8.1.2. Sur les 3 mois :

La répartition des diagnostics d'hospitalisations pédiatriques sur les 3 mois dans chaque groupe est présentée dans la figure 8.

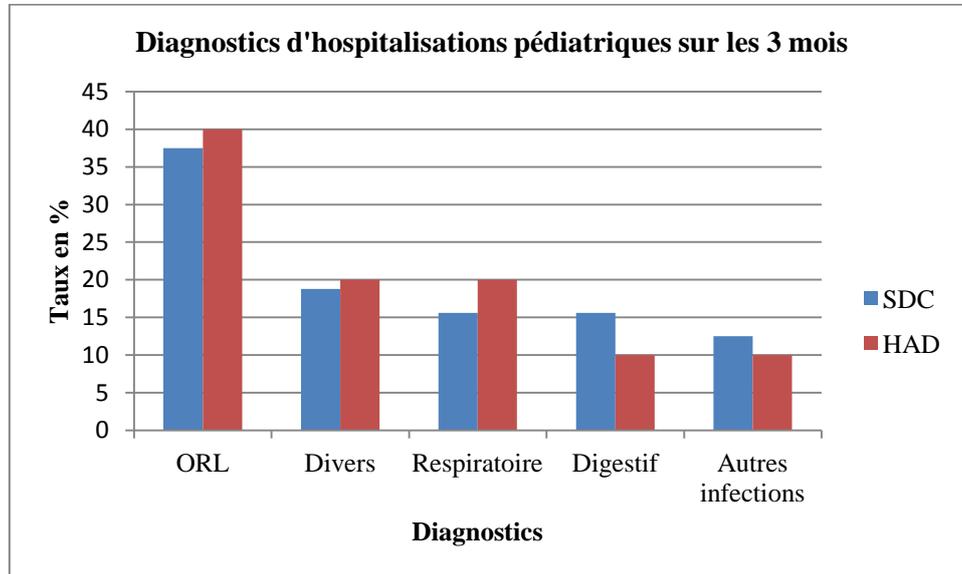


Figure 8 : Proportion des diagnostics d'hospitalisations pédiatriques dans chaque groupe sur les 3 mois (SDC= groupe suites de couches, HAD= groupe hospitalisation à domicile)

Sur les 3 mois de l'étude, les hospitalisations pédiatriques pour affections rhinopharyngées (catégorie ORL) étaient les plus fréquentes dans les deux groupes (40,0% dans le groupe HAD et 37,5% dans le groupe SDC).

Les différentes catégories de diagnostics étaient retrouvées dans des proportions similaires dans les deux groupes.

8.2. Diagnostics des hospitalisations maternelles :

Sur les 3 mois de l'étude, il y a eu 5 hospitalisations maternelles.

Il y a eu 3 hospitalisations dans le groupe SDC. Il s'agissait dans le 1^{er} mois post-partum d'une embolie pulmonaire et entre 1 et 3 mois d'une évacuation chirurgicale d'un thrombus de paroi vaginale postérieure et d'une cholécystite aiguë.

Il y a eu 2 hospitalisations dans le groupe HAD. Il s'agissait dans le 1^{er} mois post-partum d'une sub-occlusion intestinale et entre 1 et 3 mois d'un curetage sur rétention placentaire.

9) MOTIFS D'ARRÊT DE L'ALLAITEMENT MATERNEL :

Les motifs d'arrêt de l'allaitement maternel recueillis au cours des 3 mois de l'étude sont regroupés en 10 catégories, figurant dans le tableau 13, de la façon suivante :

- **Problèmes seins** : tous les arrêts d'allaitement maternel en rapport avec des pathologies et douleurs mammaires et/ou mamelonnaires
- **Reprise travail** : tous les arrêts d'allaitement maternel en rapport avec une reprise de travail « à venir » ou effective
- **Manque de lait** : tous les arrêts d'allaitement maternel en rapport avec le ressenti maternel d'une montée de lait insuffisante, d'un lait peu nourrissant, d'un nouveau-né non rassasié ou d'une diminution de lactation secondaire à un allaitement mixte
- **Contraintes de l'AM** : tous les arrêts d'allaitement maternel en rapport avec ce que l'allaitement avait de contraignant d'après la mère
- **Arrêt souhaité** : tous les arrêts d'allaitement maternel en rapport avec un arrêt souhaité par la mère ainsi que l'absence de plaisir à allaiter
- **Asthénie** : tous les arrêts d'allaitement maternel en rapport avec un vécu fatigant de cet allaitement
- **Pathologies mère** : tous les arrêts d'allaitement maternel en rapport avec des infections diverses, prises de médicament(s) et hospitalisation maternelle
- **Problèmes poids enfant** : tous les arrêts d'allaitement maternel en rapport avec des pertes, stagnations ou prises insuffisantes de poids du nourrisson
- **Problèmes position** : tous les arrêts d'allaitement maternel en rapport avec des problèmes de position d'allaitement, de succion ou de refus du sein
- **Pathologies enfant** : tous les arrêts d'allaitement maternel en rapport avec des troubles digestifs divers et hospitalisations pédiatriques

Motifs d'arrêt de l'allaitement maternel	SDC sur 3mois		HAD sur 3 mois	
	Nombre	%	Nombre	%
Pb seins	13	14,1	4	4,8
Reprise travail	26	28,3	14	16,7
Manque de lait	19	20,6	27	32,1
Contraintes de l'AM	4	4,4	8	9,5
Arrêt souhaité	2	2,2	6	7,1
Asthénie	12	13,0	7	8,3
Pathologies mère	1	1,1	4	4,8
Pb poids enfant	5	5,4	4	4,8
Pb position	8	8,7	4	4,8
Pathologies enfant	2	2,2	6	7,1
TOTAL	92	100,0	84	100,0

Tableau 13 : Motifs d'arrêt de l'allaitement maternel sur les 3 mois dans chaque groupe, exprimés en nombre et en pourcentage (SDC= groupe suites de couches ; HAD= groupe hospitalisation à domicile; %= taux en pourcentage; Pb= problèmes; AM= allaitement maternel).

La proportion des motifs d'arrêt de l'allaitement maternel dans chaque groupe est représentée dans la figure 9.

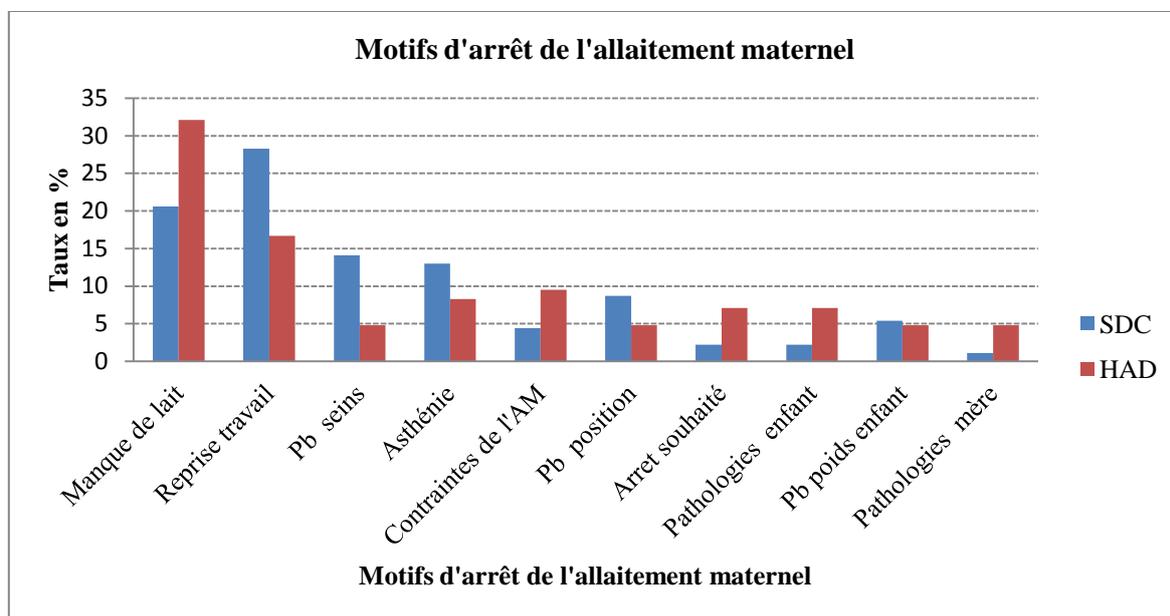


Figure 9: Proportion des motifs d'arrêt de l'allaitement maternel sur les 3 mois dans chaque groupe (SDC= groupe suites de couches, HAD= groupe hospitalisation à domicile).

La notion de manque de lait était le motif d'arrêt de l'allaitement maternel le plus fréquent dans le groupe HAD (32,1%) tandis qu'il était le second motif pour le groupe SDC (20,6%).

La reprise du travail était le motif d'arrêt de l'allaitement maternel le plus fréquent dans le groupe SDC (28,3%) tandis qu'il était le second pour le groupe HAD (16,7%).

Plus de femmes ont cessé l'allaitement pour un problème mammaire dans le groupe SDC (14,1%) par rapport au groupe HAD (4,8%).

L'asthénie était un motif d'arrêt d'allaitement maternel plus important dans le groupe SDC (13%) que dans le groupe HAD (8,3%).

La notion d'allaitement maternel contraignant était retrouvée plus fréquemment dans le groupe HAD que dans le groupe SDC (respectivement 9,5% et 4,4%).

V. DISCUSSION

1) RAPPEL DE NOS RESULTATS :

Les taux d'allaitement maternel à 1 et 3 mois de l'accouchement et la durée d'allaitement maternel sur les 3 mois de l'étude étaient comparables entre les deux groupes. Six des variables étudiées en analyse multi-variée étaient liées à un arrêt plus précoce de l'allaitement maternel : la multiparité, l'absence d'expérience antérieure d'allaitement maternel, une décision plus récente d'allaiter, la reprise du travail à 3 mois de l'accouchement, ne pas faire un allaitement à la demande et le tabagisme maternel.

La sortie précoce n'avait pas de répercussion sur le recours aux soins maternels et sur le nombre d'enfants hospitalisés dans le 1^{er} mois de vie. Par contre, elle était associée à un nombre moins important d'enfants hospitalisés sur les 3 mois et ayant consulté sur les deux périodes étudiées.

Les diagnostics de consultations maternelles les plus fréquents étaient les pathologies obstétricales pour le groupe SDC. Il s'agissait de pathologies mammaires dans le 1^{er} mois et de pathologies infectieuses sur les 3 mois pour le groupe HAD. Les consultations pédiatriques pour pathologies digestives et ORL étaient les plus fréquentes dans les deux groupes. Les principales causes d'hospitalisations pédiatriques dans le 1^{er} mois étaient des pathologies respiratoires et diverses (malaise, difficultés d'instauration de l'allaitement maternel) dans le groupe HAD. Pour le groupe SDC il s'agissait surtout de pathologies diverses (malaise, perte de poids...). Sur les 3 mois les principales causes d'hospitalisations pédiatriques étaient les affections rhinopharyngées dans les deux groupes.

Les 2 principaux motifs d'arrêt de l'allaitement maternel dans les deux groupes étaient la notion de manque de lait et la reprise du travail.

Nous allons d'abord discuter les limites de notre méthode en faisant apparaître les différents biais. Puis chacun de nos résultats sera commenté avec ceux de la littérature. Les principales caractéristiques de ces études (type d'étude, définition des durées de séjour à la maternité, échantillon étudié et éventuel mode de suivi après sortie précoce) ont été précisées lors de la première citation de chaque étude.

2) LIMITES DE LA METHODE :

2.1. Les biais de sélection :

2.1.1. Sélection des dossiers :

La sélection des couples mère-enfant a été réalisée sur dossiers. Pour le groupe HAD, on pouvait supposer que tous les critères d'inclusion/non inclusion étaient vérifiés par l'équipe soignante avant de proposer la sortie précoce. Pour le groupe SDC, certaines informations pouvant modifier notre décision n'ont peut-être pas été reportées dans les dossiers.

La sélection a été effectuée par deux personnes différentes. Bien que les critères d'inclusion/non inclusion aient été strictement définis au préalable, nous avons pu avoir des jugements différents face à certains dossiers.

2.1.2. Non joignables :

5,4% des couples mère-enfant sélectionnés pour le groupe HAD et 7% pour le groupe SDC n'ont jamais pu être contactés, les coordonnées relevées dans les dossiers étant erronées. Ces proportions étaient similaires dans les 2 groupes.

2.1.3. Refus :

Nous avons eu plus de refus de participer dans le groupe SDC (13 soit 2,9% des couples mère-enfant sélectionnés pour le groupe SDC) que dans le groupe HAD (2 soit 0,5%). Nous supposons que les femmes du groupe HAD, qui avaient déjà rempli un questionnaire de satisfaction à leur sortie d'HAD, étaient plus sensibles à l'intérêt de l'étude et donc plus disposées à y participer.

2.1.4. Perdus de vue :

Nous avons eu 19 perdus de vue en cours d'étude (2,6% de la population étudiée), dont un peu plus dans le groupe HAD (3,5%) que dans le groupe SDC (1,7%). Certaines femmes avaient changé de coordonnées, d'autres n'ont pas pu être recontactées. Cette plus grande proportion de perdus de vue dans le groupe HAD ne semblait pas s'expliquer par la reprise du travail car il n'y avait pas de différence significative entre les groupes concernant cette variable.

2.1.5. Exclus :

Nous avons exclu 6 couples mère-enfant (1,6%) du groupe HAD et 7 couples (1,5%) du groupe SDC. Ces proportions étaient similaires dans les 2 groupes.

Les proportions de refus, perdus de vue, non joignables et exclus de notre étude restaient faibles dans les deux groupes. L'échantillon étudié était relativement représentatif des couples mère-enfant répondant aux critères de sortie précoce avec suivi en HAD à Tours.

2.2. Les biais d'information :

Il existe un biais de mémorisation pour la date d'arrêt de l'allaitement maternel, le nombre, les dates et les diagnostics de consultations et hospitalisations. La fiche récapitulative, permettant de noter ces données au fur et à mesure, n'a été utilisée que par une centaine de femmes. Pour les hospitalisations et consultations dans les services d'urgence, nous avons vérifié les données dans les dossiers. Pour les soins de l'enfant elles consultaient le carnet de santé lorsqu'il était à disposition, sinon elles faisaient appel à leur mémoire et les dates étaient souvent approximatives.

Nous avons adressé des questionnaires de relance par courrier aux mères non joignables à 1 et 3 mois. Ceux-ci ne nous permettaient pas de faire préciser les informations en cas de besoin. Cependant le recueil par courrier n'a concerné que 17 couples mère-enfant.

Certains renseignements (consommation de tabac, niveau d'éducation maternelle...) ont pu être faussés du fait du caractère privé des réponses.

2.3. Les facteurs de confusion :

Notre étude n'était pas randomisée. La sortie précoce en HAD était conditionnée par la capacité d'accueil en HAD et surtout par le choix des mères. Des différences ont été retrouvées entre les deux groupes pour certaines caractéristiques maternelles pouvant constituer des facteurs de confusion.

2.3.1. Dans la totalité de l'échantillon étudié :

2.3.1.1. La parité :

Il y avait plus de multipares parmi les femmes sortant précocement ($p=0,000$ et OR (M/P) =2,27[1,67 ; 3,08]).

Une étude réalisée sur 128 232 naissances de 1994 à 2002 à partir du réseau sentinelle AUDIPOG, s'intéressant aux caractéristiques des femmes en fonction du délai de sortie de la maternité, montrait que les femmes bénéficiant d'une sortie précoce (dans les 3 jours suivant un accouchement par voie basse ou 5 jours si césarienne) étaient plus souvent multipares (2).

L'étude rétrospective de Malkin *et al* (27) sur 120 651 naissances de l'état de Washington, avec des critères d'inclusion/exclusion très différents des nôtres, évaluait la mortalité infantile dans la première année de vie en fonction de différents délais de sortie de la maternité : sortie précoce (dans les 30h post-partum), tardives (30 à 78h post-partum), très tardives (plus de 78h post-partum) et de délai indéterminé (entre 6 et 54h post-partum). Elle retrouvait un lien entre multiparité et sortie plus précoce ($p<0,01$).

2.3.1.2. Le niveau d'éducation maternelle :

Les femmes sortant précocement avaient un niveau d'études moins élevé ($p=0,000$).

L'étude de Heck *et al* (28) utilisant les données de sondages effectués entre 1999 et 2001 dans les 10 mois post-partum sur un échantillon aléatoire de 10 519 femmes ayant accouché en Californie, étudiait l'allaitement maternel en fonction de la durée de séjour à la maternité, considérée (pour un accouchement par voie basse) comme courte si moins de 2 nuits, standard si 2 nuits et longue si 3 nuits ou plus. Elle retrouvait, sans analyse statistique cependant, une tendance des femmes ayant un niveau d'éducation plus élevé à avoir une durée de séjour de 2 nuits à la maternité, correspondant plutôt à une sortie précoce dans notre étude.

2.3.1.3. La catégorie socioprofessionnelle maternelle :

Il y avait plus de femmes exerçant une profession d'employée et moins de femmes exerçant une profession intermédiaire ou intellectuelle supérieure dans le groupe HAD que dans le groupe SDC (avec $p=0,010$).

L'étude de Heck *et al* (28) retrouvait une tendance des femmes ayant des revenus plus élevés à avoir une durée de séjour à la maternité de 2 nuits post-partum, correspondant à une sortie précoce dans notre étude.

2.3.1.4. Les cours de préparation à l'accouchement :

Les femmes du groupe HAD avait moins souvent participé à des cours de préparation à l'accouchement que celles du groupe SDC ($p=0,000$ et OR (N/O)=1,85 [1,38 ; 2,49]). Lors de nos entretiens téléphoniques, les femmes multipares qui n'avaient pas suivi de cours de préparation à l'accouchement nous disaient souvent y avoir assisté lors de grossesse(s) antérieure(s).

2.3.1.5. L'expérience antérieure d'allaitement maternel :

Les femmes du groupe HAD avaient plus souvent allaité auparavant que celles du groupe SDC ($p=0,000$ et OR (N/O)=0,55 [0,41 ; 0,74]).

2.3.1.6. Le tabagisme maternel :

Il y avait plus de femmes fumeuses dans le groupe HAD ($p=0,001$ et OR (N/O) =0,52 [0,35 ; 0,77]).

2.3.2. Chez les femmes qui allaitaient à la sortie de la maternité :

2.3.2.1. La parité :

Nous avons retrouvé plus de multipares dans le groupe HAD que dans le groupe SDC ($p=0,000$ et OR (M/P)=2,43 [1,66 ; 3,54]).

L'étude d'Ekström *et al* (15) portait sur 488 femmes allaitantes de langue suédoise et leurs enfants en bonne santé, nés à terme par voie basse d'une grossesse simple. Elle étudiait, par questionnaire entre 9 et 12 mois post-partum, l'allaitement maternel chez des femmes primipares ou multipares, sorties dans les 72h post-partum (sortie précoce) avec suivi à domicile et consultation à la maternité dans les jours suivants, en comparaison à des sorties plus tardives. Elle retrouvait une association entre multiparité et sortie précoce ($p<0,01$).

L'étude de Svedulf *et al* (29), incluant 157 femmes allaitantes de langue suédoise suivies dans une même maternité après accouchement, étudiait l'allaitement maternel à 2 et 4 mois post-partum par questionnaire, chez des couples mère-enfant sortis de la maternité avant ou après 72h post-partum. Elle retrouvait aussi ce résultat ($p=0,00441$).

Dans l'étude de cohorte prospective nationale suédoise de Waldenström *et al* (30), 3293 femmes allaitantes et leurs enfants (exclusion des femmes ayant fait une fausse couche, ne parlant pas suédois et suivies dans des maternités ne participant pas à l'étude) étaient répartis en 6 groupes en fonction des durées de séjour à la maternité allant de moins de 24h à 120h ou plus après accouchement. Elle retrouvait une augmentation du taux de multipares avec la diminution de la durée de séjour ($p<0,001$).

L'étude française prospective de Chanot *et al* (31) comparait l'allaitement maternel et le recours aux soins pédiatriques dans le premier mois de vie, chez des femmes allaitantes et leurs enfants ayant bénéficié, soit d'une sortie précoce (définie comme dans notre étude) avec suivi en hospitalisation à domicile, soit d'un séjour de durée habituelle à la maternité. Les critères d'inclusion étaient proches des nôtres, mais l'échantillon d'étude était de petite taille (77 couples mère-enfant). Elle retrouvait un lien entre multiparité et sortie précoce ($p=0,046$).

2.3.2.2. Le niveau d'éducation maternelle :

Les femmes sortant précocement avaient un niveau d'études moins élevé ($p=0,008$).

L'étude prospective suédoise de Kvist *et al* (32) évaluait l'allaitement maternel chez 304 femmes allaitantes et leurs enfants, répondant tous à des critères de sortie précoce proches des nôtres, sortis de la maternité selon le choix de la mère avant (sortie précoce) ou après 72h post-partum. Elle montrait que les femmes sorties précocement avaient un niveau d'études moins élevé.

Les études de Waldenström *et al* (30) et de Svedulf *et al* (29), sur respectivement 3293 et 157 femmes allaitantes, avaient également ce résultat, tandis que celle d'Ekström *et al* (15), sur 488 femmes allaitantes, n'a pas retrouvé de lien entre ces deux variables.

2.3.2.3. L'expérience antérieure d'allaitement maternel :

Plus de femmes du groupe HAD avaient une expérience antérieure d'allaitement maternel ($p=0,000$ et OR (N/O)=0,46 [0,32 ; 0,67]).

Sur les trois études effectuées chez des femmes allaitantes ayant analysé cette variable, les études de Svedulf *et al* (29) sur 157 femmes et de Kvist *et al* (32) sur 304 femmes n'ont pas retrouvé de lien avec la sortie précoce de maternité, tandis que celle de Chanot *et al* (31) retrouvait plus de femmes ayant allaité antérieurement en cas de sortie précoce, mais sur un faible effectif de 77 femmes ($p=0,013$).

2.3.1.4. Les cours de préparation à l'accouchement :

Il y avait moins de femmes ayant suivi des cours de préparation à l'accouchement dans le groupe HAD que dans le groupe SDC ($p=0,000$ et OR (N/O)=2,04 [1,42 ; 2,95]).

2.3.2.5. Le tabagisme maternel :

Il y avait plus de femmes fumeuses dans le groupe HAD que dans le groupe SDC ($p=0,013$ et OR (N/O)=0,48 [0,27 ; 0,87]).

L'étude de Waldenström *et al* (30) retrouvait un lien entre sortie plus précoce, surtout dans les 24h après l'accouchement, et tabagisme évalué à 2 mois post-partum. Dans celle d'Ekström *et al* (15) les femmes fumeuses sortaient plus souvent dans les 72h suivant l'accouchement ($p=0,002$).

2.4. Remarques concernant les variables étudiées :

Pour le recours aux soins nous avons étudié le nombre de mères et d'enfants ayant consulté ou ayant été hospitalisés, variable qualitative qui n'a pas tenu compte du fait que certains d'entre eux ont consulté ou été hospitalisés plusieurs fois.

La sélection des dossiers n'a pas été poursuivie sur une année. Ceci induit un possible biais pour l'étude du recours aux soins. Cependant, septembre ou octobre ne sont pas les mois au cours desquels surviennent les principaux pics épidémiques ou les grosses chaleurs augmentant les risques de déshydratation des nouveau-nés.

Les facteurs influençant la poursuite de l'allaitement maternel étaient sélectionnés à partir de notre bibliographie. Ce n'était pas une liste exhaustive. Nous n'avons pas pris en compte des facteurs psychologiques tels que la confiance en soi ou le sentiment d'auto-efficacité, le soutien de l'entourage, des facteurs liés au système de santé comme le soutien de professionnels de santé et l'utilisation d'une tétine, souvent retrouvés dans la littérature.

Des études concernant l'allaitement maternel ou le recours aux soins après sortie précoce de la maternité ont pris en compte l'origine géographique maternelle, qui influençait parfois leurs résultats (14,25,28,33). Cette donnée ne figurait dans les dossiers que de façon inconstante, nous ne l'avons pas étudiée.

3) TAUX D'ALLAITEMENT MATERNEL :

Les taux d'allaitement maternel global, exclusif et mixte à la sortie de la maternité étaient comparables entre les deux groupes. Ceci n'a donc pas pu influencer les résultats obtenus à 1 et 3 mois de l'accouchement.

Les résultats pour les taux d'allaitement maternel global, exclusif et mixte à 1 et 3 mois de l'accouchement étaient très éloignés du seuil de significativité.

Pour le calcul de l'effectif nécessaire à notre étude, nous nous sommes basé sur le taux d'allaitement maternel global à 3 mois de l'accouchement d'une étude prospective de 2002 incluant 203 femmes ayant accouché au CHRU de Tours d'un enfant unique en bonne santé, d'âge gestationnel supérieur à 35SA (12). 115 femmes ont débuté un allaitement maternel à l'accouchement et 44% d'entre elles allaitaient toujours à 3 mois de l'accouchement, soit 25% de l'échantillon total. Or le taux d'allaitement maternel global à 3 mois dans notre échantillon total était de 43%, nettement plus élevé. Un échantillon d'étude plus grand aurait donc été nécessaire pour avoir un résultat significatif. Par ailleurs les critères d'inclusion de cette étude étaient différents des nôtres.

De nombreuses études ont évalué l'impact des sorties précoces sur les taux d'allaitement dans le post-partum, leurs résultats étaient variables. Mais elles étaient très hétérogènes pour les définitions de la sortie précoce et de l'allaitement maternel, les caractéristiques des groupes étudiés, les tailles d'échantillon d'étude, les modes de suivi après sortie et la période de post-partum étudiée, ce que soulignent deux revues de la littérature (10,11).

La majorité d'entre elles ne retrouvait pas d'association entre la durée de séjour à la maternité et le taux d'allaitement.

L'essai randomisé suisse de Boulvain *et al* (34), incluant 459 femmes ayant eu une grossesse unique non compliquée, a comparé l'allaitement maternel et le recours aux soins maternels et pédiatriques après une sortie de la maternité entre 24 et 48h post-partum ou une hospitalisation de 4 à 5 jours, avec suivi à domicile par des sages-femmes dans les deux groupes. Il n'y avait pas de différence pour le taux d'allaitement maternel global à 28 jours de l'accouchement.

L'étude prospective descriptive de Quinn *et al* (35), sur 101 primipares allaitantes anglophones ayant accouché par voie basse d'un enfant en bonne santé, ne retrouvait pas de différence entre celles qui sortaient à 24 h post-partum avec visite à domicile programmée et celles qui séjournaient 48 heures à l'hôpital, pour le taux d'allaitement global évalué de la 6^{ème} à la 8^{ème} semaine post-partum.

L'étude prospective de Cambonie *et al* (36) à Montpellier portait sur 135 femmes allaitantes réparties en deux groupes avec appariement : un groupe sortant précocement, dans les 72h post-partum si accouchement par voie basse et 120h si césarienne, et un groupe ayant une durée de séjour habituelle en maternité. Les taux d'allaitement exclusif et mixte à 10 semaines de l'accouchement étaient comparables entre les deux groupes.

Dans l'étude de Chanut *et al* (31), sur 77 femmes allaitantes, le taux d'allaitement maternel exclusif à 1 mois était équivalent entre sortie précoce et standard.

Les études suédoises de Kvist *et al* (32) et Svedulf *et al* (29), respectivement sur 304 et 157 femmes allaitantes, ne retrouvaient pas de différence entre sortie avant ou après 72h post-partum pour les taux d'allaitement exclusif et mixte à 2, 4 et 6 mois.

D'autres études retrouvaient une influence du délai de sortie de la maternité sur le taux d'allaitement maternel global ou exclusif.

L'essai randomisé de Sainz Bueno *et al* (37) évaluait l'allaitement maternel et le recours aux soins chez 430 mères en bonne santé ayant accouché par voie basse et leurs enfants nés à terme, selon le délai de sortie de maternité, considéré comme précoce si dans les 24 h post-partum (avec suivi à domicile) en comparaison à un séjour d'au moins 48 h. Il retrouvait un taux d'allaitement maternel global à 3 mois plus élevé chez les femmes sortant précocement ($p=0,016$ et risque relatif (RR)=0,62 [0,42 ; 0,91]) mais pas de différence pour les taux d'allaitement à 1, 6 et 9 mois de l'accouchement.

L'étude de Janson *et al* (38), sur 2829 enfants nés à terme en bonne santé, retrouvait un taux d'allaitement maternel exclusif à 6 mois plus élevé lorsque la durée de séjour à la maternité était de 4 à 7 jours en comparaison à des durées plus courtes, mais pas de différence pour le taux d'allaitement maternel global.

4) DUREE D'ALLAITEMENT MATERNEL :

4.1. Analyse à l'aide de courbes de Kaplan Meier et test du Log Rank :

La durée médiane d'allaitement maternel n'a pas pu être mesurée car la majorité des femmes allaitait toujours à la date de point de l'étude.

Deux études françaises prospectives évaluaient la durée d'allaitement maternel et les facteurs l'influençant, sans analyse de la durée de séjour à la maternité. Celle de Branger *et al* (18) suivait 148 femmes allaitantes, dont l'enfant n'a pas été transféré après la naissance, jusqu'à sevrage complet de l'allaitement maternel. Celle de Labarère *et al* (20) a recruté 353 femmes non hospitalisées en réanimation et ayant un enfant en bonne santé, dont 250 allaitantes suivies sur une période d'au moins six mois. Ces deux études retrouvaient une durée médiane d'allaitement maternel respectivement de 10 et 13 semaines (18,20).

A Tours, l'étude de De Lathouwer *et al* (12), retrouvait sur 115 femmes allaitantes une durée médiane d'allaitement maternel inférieure à 3 mois, toujours sans tenir compte du délai de sortie de la maternité.

L'étude de Waldenström *et al* (30), utilisant comme nous la méthode de Kaplan-Meier pour cette variable, n'a pas retrouvé d'association entre la durée d'allaitement maternel (étudiée chez 3293 femmes) et la durée de séjour à la maternité allant de un à six jours (Log Rank Test : $p=0,66$). L'essai randomisé de Boulvain *et al* (34) et l'étude prospective de Kvist *et al* (32), respectivement sur 459 et 430 femmes allaitantes, ne retrouvaient pas non plus de lien entre durée d'allaitement maternel et sortie précoce.

Cependant, dans une étude californienne sur un échantillon aléatoire de 10 519 femmes, celles ayant réalisé un court séjour en post-partum arrêtaient plus tôt l'allaitement maternel que celles ayant réalisé un séjour de durée standard (RR =1,1 [1,01 ; 1,23]) (28).

4.2. Analyse multi-variée selon le modèle de Cox pas à pas descendant :

4.2.1. Groupes HAD et SDC :

En analyse multi-variée, la durée de séjour à la maternité n'avait toujours pas d'influence sur la durée d'allaitement maternel.

Une étude suédoise chez 488 femmes retrouvait, en analyse multi-variée, un lien entre durée de séjour de plus de 72 heures à la maternité et augmentation de la durée d'allaitement maternel exclusif ($p<0,001$), mais pas de celle de l'allaitement maternel global (15).

L'analyse par le modèle de Cox dans l'étude de Waldenström *et al* (30), sur 3293 femmes, ne retrouvait pas de lien entre la durée d'allaitement maternel et les différentes durées de séjour à la maternité.

4.2.2. Les autres variables :

Seules six des covariables étudiées influençaient la durée d'allaitement maternel dans notre étude.

4.2.2.1. La parité :

La multiparité était très fortement liée à un arrêt plus précoce de l'allaitement maternel (OR=4,07 [1,85 ; 8,96]). Les résultats de la littérature varient.

La revue de la littérature de Noirhomme-Renard *et al* (22) a étudié les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de 3 mois à partir d'une sélection d'études menées dans des pays à haut niveau socioéconomique entre 2001 et 2007. Elle retrouvait la primiparité comme facteur associé à un allaitement maternel prolongé.

L'étude d'Ego *et al* (21) réalisée à Lille, analysait sur 312 femmes allaitantes les facteurs associés au sevrage prématuré d'allaitement maternel, défini par rapport au souhait initial d'allaiter au moins deux mois. En analyse multi-variée, la primiparité favorisait le sevrage prématuré à 1 mois post-partum.

Dans celle de Branger *et al* (18), menée sur 148 femmes, la multiparité était associée à l'augmentation de la durée d'allaitement en analyse multi-variée.

L'étude prospective française de Siret *et al* (17), incluant 509 nouveau-nés issus d'une grossesse unique au delà de 31SA nourris au sein, évaluait les facteurs associés à l'allaitement maternel jusqu'à 6 mois. Elle retrouvait en analyse multi-variée un lien entre multiparité et allaitement au sein à 1 mois (OR ajusté= 3,0[1,2-8,0]) mais pas à 6 mois post-partum.

Les études d'Ekström *et al* (15) et de Labarère *et al* (20), respectivement sur 488 et 250 femmes allaitantes, ne trouvaient pas d'association entre parité et durée d'allaitement maternel.

4.2.2.2. L'expérience antérieure de l'allaitement :

L'absence d'expérience antérieure d'allaitement maternel était associée à un arrêt plus précoce de l'allaitement maternel (OR =3,64 [1,68 ; 7,87]).

Ce résultat était retrouvé en analyse uni-variée dans l'étude de Labarère *et al* (20) sur 250 femmes et dans celle d'Ego *et al* (21) chez 312 femmes.

La revue de la littérature de Dennis (14), incluant différents types d'études dont des essais randomisés et des méta-analyses, concluait à une association entre la prolongation de l'allaitement et le fait d'avoir déjà allaité.

La revue de la littérature de Noirhomme-Renard *et al* (22) nuancait ce résultat, concluant à une durée d'allaitement maternel prolongée si l'expérience antérieure était jugée positive par les mères.

4.2.2.3. La reprise du travail à 3 mois de l'accouchement :

Les mères qui avaient repris le travail à 3 mois de l'accouchement allaitaient moins longtemps (OR =2,94 [2,13 ; 4,17]).

Les deux études suivantes s'intéressaient aux facteurs influençant l'arrêt de l'allaitement maternel et ses motifs. L'étude anglaise de Bick *et al* (26) évaluait 566 femmes ayant initié un allaitement maternel exclusif et l'étude de cohorte californienne de Taveras *et al* (39) incluait 1007 couples mère-enfant à bas risque médical ayant débuté un allaitement maternel exclusif. Elles trouvaient à 3 mois post-partum un résultat identique au nôtre en analyse multi-variée (respectivement $p=0,0001$; OR =3,16 [1,50 ; 6,67]IC99 et OR =2,4 [1,8 ; 3,3]IC95) (26,39).

L'étude de Fein *et al* (24), sur 1488 mères dont 76% initiaient un allaitement maternel, concluait que le travail à plein temps à 3 mois de l'accouchement diminuait la durée d'allaitement par rapport à l'absence de travail ($p<0,001$).

4.2.2.4. La tabagisme maternel :

Le tabagisme maternel était associé à une diminution de la durée de l'allaitement maternel (OR =2,33 [1,56 ; 3,45]).

Les études d'Ekström *et al* (15) sur 488 femmes, Waldenström *et al* (30) sur 3293 femmes, Heck *et al* (28) sur 10519 femmes, ainsi que deux revues de la littérature (14,22) ont conclu au même résultat, mais l'évaluation du tabagisme n'a pas été faite au même moment.

4.2.2.5. L'ancienneté de la décision d'allaiter :

Plus la décision d'allaiter était récente et plus l'arrêt de l'allaitement maternel était précoce (OR =1,55 [1,18 ; 2,02]).

Ce résultat était retrouvé dans deux revues de la littérature (14,22), en analyse uni-variée dans les études d'Ego *et al* (21) sur 312 femmes et de Branger *et al* (18) sur 148 femmes, et en analyse multi-variée dans les études de Siret *et al* (17) sur 509 femmes et de Labarère *et al* (20) sur 250 femmes.

4.2.2.6. L'allaitement maternel à la demande :

Les mères qui ne faisaient pas un allaitement à la demande arrêtaient d'allaiter plus précocement (OR =1,52 [1,00 ; 2,33]).

Le fait de planifier les horaires de tétées, donc de ne pas faire un allaitement à la demande, était aussi un facteur prédictif d'arrêt précoce de l'allaitement maternel dans les études de Labarère *et al* (20) sur 250 femmes et Ego *et al* (21) sur 312 femmes.

4.2.2.7. Remarque :

En analyse uni-variée, les femmes du groupe HAD étaient plus souvent multipares et fumeuses, or ces deux variables influençaient négativement la durée d'allaitement maternel dans notre étude. A l'inverse, elles avaient plus souvent une expérience antérieure de l'allaitement maternel, qui favorisait un allaitement prolongé. Ces variables étaient donc vraisemblablement des facteurs de confusion pour l'étude de la durée d'allaitement maternel entre les deux groupes.

5) NOMBRE DE MERES ET D'ENFANTS AYANT CONSULTE OU ETE HOSPITALISES :

5.1. Consultations et hospitalisations maternelles:

5.1.1. Nombre de mères ayant consulté à 1 et 3 mois :

Il n'y avait pas de différence entre les groupes HAD et SDC pour le nombre de mères ayant consulté dans le 1^{er} mois et sur les 3 mois.

Les résultats de la littérature étaient variables.

L'essai randomisé de Sainz Bueno *et al* (37) ne retrouvait pas de différence pour le nombre de consultations, quel qu'en soit le motif, dans les 6 mois post-partum, après séjour de moins de 24h ou de plus de 48h à la maternité chez 430 femmes.

L'essai randomisé de Boulvain *et al* (34) ne retrouvait pas de différence pour le nombre de mères ayant eu une ou plusieurs consultations de gynécologie dans le premier mois, après sortie entre 24 et 48h post-partum ou entre 4 et 5 jours post-partum chez 459 femmes.

L'étude de cohorte américaine de Mandl *et al* (40) évaluait le recours au système de santé de 1200 couples mère-enfant avec accouchement par voie basse et des critères de sélection proches des nôtres, selon différentes durées de séjour à la maternité (≤ 30 , 31-39, 40-48 ou ≥ 48 heures post-partum). Elle concluait que les femmes séjournant à la maternité plus de 48 heures consultaient plus le service des urgences dans les 3 semaines post-partum que celles séjournant entre 40 et 48 heures (OR ajusté=5,78 [1,19 ; 28,05]).

5.1.2. Nombre de mères hospitalisées :

Il y a eu trop peu d'hospitalisations maternelles pour réaliser une analyse statistique.

La revue de la littérature de Bravo *et al* (11) incluait 15 études quantitatives dont 5 essais randomisés et celle de Brown *et al* (10) identifiait 8 essais randomisés, décrivant les effets à différents niveaux d'une sortie précoce sur un couple mère-enfant en bonne santé.

Ces revues de la littérature et quatre études s'étant intéressées aux hospitalisations maternelles ne notaient pas de différence entre les différents délais de sortie de la maternité, sur des suivis allant de 3 semaines à 6 mois post-partum (10,11,32,34,37,40).

5.2. Consultations et hospitalisations pédiatriques :

5.2.1. Nombre d'enfants ayant consulté :

Moins d'enfants du groupe HAD ont consulté dans le 1^{er} mois ($p=0,033$ et OR (N/O) =1,44 [1,03 ; 2,01]) et sur les 3 mois de l'étude ($p=0,017$ et OR (N/O) =1,43 [1,07 ; 1,93]).

Dans la littérature, les types de consultations étudiées (services d'urgences, ambulatoire, les deux...) différaient.

L'étude de Chanot *et al* (31), sur 77 couples mère-enfant, ne retrouvait pas de différence pour le nombre de consultations médicales pédiatriques dans le premier mois de vie (aux urgences et en ambulatoire, non programmées, en tenant compte du nombre de consultations par enfant) entre la sortie précoce avec suivi en HAD ou la sortie standard.

Une étude cas-témoin de 2006 pour une thèse de doctorat en médecine évaluait l'impact des sorties précoces de maternité, telles que définies dans notre étude, sur les consultations aux urgences pédiatriques du CHRU de Tours dans les 28 premiers jours de vie, chez des nouveau-nés bien portant, d'âge gestationnel d'au moins 37SA. Le groupe cas était constitué de 312 nouveau-nés ayant consulté et le groupe témoin de 624 nouveau-nés n'ayant pas consulté. En analyse uni-variée, les nouveau-nés ayant consulté aux urgences dans le premier mois de vie avaient eu un séjour en maternité plus court ($p=0,040$). Par contre, en analyse multi-variée, la durée de séjour à la maternité n'était que la 6^{ème} variable influençant ces consultations, et de façon non significative ($p=0,0562$) (41).

L'essai randomisé de Gagnon *et al* (42) comparait 360 couples mère-enfant à bas risque médico-social ayant bénéficié soit d'une sortie précoce entre 6h et 36h post-partum avec suivi organisé à domicile et par téléphone, soit d'un séjour à la maternité de 48h à 72h après accouchement. Seules les consultations médicales pour problèmes d'alimentation, pleurs, troubles du sommeil ou en rapport avec le cordon ombilical ont été étudiées. Il n'y avait pas de différence pour le nombre de ces consultations entre les deux groupes.

L'étude de Mandl *et al* (40), sur 1200 nouveau-nés, ne retrouvait pas de différence pour les taux de consultations pédiatriques en soins primaires (incluant les consultations de suivi programmées) et dans les services d'urgences dans les 3 premières semaines de vie quelle que soit la durée de séjour, allant de moins de 30h à plus de 48h post-partum.

Il n'y avait pas de différence pour les nombres de consultations dans les services d'urgences ou en ambulatoire (non programmées) dans les 28 premiers jours de vie, après sortie dans les 24h post-partum ou plus tardive, dans l'étude de Sainz Bueno *et al* (37), sur 430 nouveau-nés.

Aucune de ces études ne retrouvait un nombre d'enfants ayant consulté ou un nombre de consultations pédiatriques moins important après une sortie précoce. Cependant, la différence retrouvée dans notre étude pour le nombre d'enfants ayant consulté dans le premier mois de vie, donc peu après la sortie de la maternité, était peu significative ($p=0,033$).

5.2.2. Nombre d'enfants hospitalisés :

Moins d'enfants du groupe HAD ont été hospitalisés dans 3 premiers mois de vie ($p=0,011$ et OR (N/O) =2,53 [1,21 ; 5,27]). Il n'y avait pas de différence pour le nombre d'enfants hospitalisés dans le premier mois.

Certaines études ont conclu à un lien positif entre sortie précoce de la maternité et nombre d'enfants hospitalisés ou taux d'hospitalisations pédiatriques, sur des durées de suivi variables.

L'étude cas-témoins rétrospective de Liu *et al* (43) évaluait le risque d'hospitalisation dans le premier mois de vie après sortie dans les 30h post-partum (sortie précoce) en comparaison à une sortie entre 30 et 78h post-partum. Le groupe cas était constitué de 2029 enfants ré-hospitalisés et le groupe témoins de 8657 enfants non ré-hospitalisés, avec exclusion des naissances multiples ou par césarienne ou avant 36SA. Il y avait une plus grande fréquence d'hospitalisation dans les 7, 14 et 28 premiers jours de vie chez les enfants sortis dans les 30h suivant la naissance (respectivement OR= 1,28 [1,11 ; 1,47] ; OR=1,16 [1,03 ; 1,32] ; OR=1,12 [1,00 ; 1,25]). Cependant la méthode de l'étude était critiquable.

L'essai randomisé de Boulvain *et al* (34), sur 459 nouveau-nés, retrouvait un nombre d'enfants hospitalisés dans les 6 premiers mois de vie plus élevé après sortie précoce ($p=0,004$ et RR =2,6 [1,3 ; 5,1]), mais pas dans le premier mois, comme dans notre étude.

D'autres auteurs n'ont pas retrouvé d'association entre ces variables.

L'essai randomisé de Sainz Bueno *et al* (37), sur 430 enfants, ne retrouvait pas de lien entre le nombre d'enfants hospitalisés dans les 28 premiers jours de vie et la sortie dans les 24h post-partum en comparaison à des séjours à la maternité de plus de 48h.

Dans l'étude française de Chanot *et al* (31), aucun enfant n'avait été hospitalisé dans le premier mois de vie. L'étude de Cambonie *et al* (36) retrouvait des taux d'hospitalisations pédiatriques similaires dans les groupes sortie précoce et standard dans les 10 premières semaines de vie, sans analyse statistique. Mais leurs effectifs étaient faibles (respectivement 77 et 135 enfants).

Dans l'étude de Kvist *et al* (32), sur 304 nouveau-nés, il n'y avait pas d'impact de la durée de séjour de plus ou moins de 72h sur les taux d'hospitalisations pédiatriques dans les 6 premiers mois de vie.

Il n'y avait pas non plus de différence pour les taux d'hospitalisations pédiatriques dans les 3 premières semaines de vie, entre les différentes durées de séjour à la maternité (de <30h à >48h post-partum) dans l'étude de Mandl *et al* (40), avec un effectif de 1200 enfants.

La différence pour le nombre d'enfants hospitalisés n'était significative que sur les 3 mois de notre étude et pas dans le premier mois. Cette différence semblait se faire après le premier mois de vie, or on peut supposer que l'impact de la sortie précoce sur la santé des enfants était alors moins important. D'autres facteurs influençaient probablement les hospitalisations pédiatriques dans les 3 premiers mois de vie.

6) DIAGNOSTICS DE CONSULTATIONS ET HOSPITALISATIONS :

6.1. Diagnostics de consultations maternelles :

Dans le 1^{er} mois, les diagnostics prédominants étaient les pathologies obstétricales pour le groupe SDC et mammaires pour le groupe HAD.

Sur les 3 mois, il s'agissait principalement de pathologies obstétricales pour le groupe SDC et infectieuses pour le groupe HAD.

Nous avons retrouvé peu de données dans la littérature concernant les diagnostics de consultations maternelles, ce que souligne la revue de littérature de Brown *et al* (10).

L'étude de Waldenström *et al* (30) ne retrouvait pas de différence entre les différentes durées de séjour (de 1 à 6 jours) pour les engorgements mammaires ou les mastites dans les 2 mois post-partum. Ces diagnostics étaient rapportés par les mères sans préciser s'ils faisaient suite à une consultation.

L'étude française de Cambonie *et al* (36) retrouvait une fréquence et une distribution des diagnostics de complications mammaires comparables entre les groupes « sortie précoce » et « sortie standard » dans le 1^{er} mois post-partum.

L'essai randomisé de Sainz Bueno *et al* (37) ne retrouvait pas de différence entre sortie après un séjour de moins de 24h ou de plus de 48h à la maternité pour les pathologies mammaires, infectieuses, vasculaires, orthopédiques, psychiatriques et pour les problèmes d'épisiotomie dans les 6 semaines post-partum.

Des diagnostics de consultations ne correspondant pas à ceux qui prédominaient dans notre étude ont été évalués dans la littérature.

Dans une étude, l'asthénie maternelle n'était pas associée à la sortie précoce (37).

L'étude de cohorte australienne de Thompson *et al* (44) évaluait la dépression post-natale dans les 6 mois chez 1266 femmes sortant avant ou après 72 heures de post-partum. Elle concluait que la dépression post-natale n'était pas liée à la sortie précoce, ce que notaient également deux essais randomisés (34,37).

6.2. Diagnostics de consultations et hospitalisations pédiatriques :

6.2.1. Diagnostics de consultations pédiatriques :

Sur les deux périodes étudiées, les consultations pour pathologies digestives et ORL étaient les plus fréquentes, dans des proportions similaires entre les deux groupes.

Nous avons trouvé peu d'études s'intéressant aux diagnostics de consultations pédiatriques en fonction de la durée de séjour à la maternité. Les types de consultations étudiées variaient et pour certaines il s'agissait plutôt des motifs de consultations.

L'étude française de Cambonie *et al* (36) retrouvait pour principaux motifs de consultations chez un pédiatre dans le premier mois, par ordre décroissant, les régurgitations, la mauvaise prise de poids et la conjonctivite, dans des proportions similaires dans les groupes « sortie précoce » et « sortie standard », sans analyse statistique.

Les principaux diagnostics de consultations pédiatriques dans le premier mois de vie dans l'essai de Sainz Bueno *et al* (37) étaient, par ordre décroissant, les pathologies orthopédiques et les pathologies infectieuses dans le groupe « sortie précoce » et inversement les pathologies infectieuses et les pathologies orthopédiques dans le groupe « sortie standard ».

Les principaux diagnostics de consultations pédiatriques dans les services d'urgences durant les 3 semaines post-partum dans l'étude de Mandl *et al* (40) étaient sans diagnostic (21,9%), ictère (15,6%) et fièvre (7,8%), sans différence en fonction de la durée de séjour à la maternité.

6.2.2. Diagnostics d'hospitalisations pédiatriques :

Dans le premier mois, les principales causes d'hospitalisations pédiatriques étaient des pathologies respiratoires et diverses dans le groupe HAD. Pour le groupe SDC, il s'agissait surtout de pathologies diverses.

Sur les 3 mois, les affections rhinopharyngées étaient la première cause d'hospitalisation pédiatrique dans les deux groupes. Il n'y a pas eu d'hospitalisation pour ictère.

Dans l'étude française de Cambonie *et al* (36), sur 135 couples mère-enfant, la principale cause d'hospitalisation dans les 10 semaines post-partum était l'infection respiratoire virale, sans distinction entre sortie précoce ou standard .

Dans l'étude de Mandl *et al* (40), portant sur 1200 nouveau-nés, l'ictère était la principale cause d'hospitalisation dans les 28 premiers jours de vie, indépendamment du délai de sortie de la maternité. Les taux des principaux diagnostics d'hospitalisations étaient comparables quelle que soit la durée de séjour à la maternité.

Dans l'étude de Vanpée *et al* (45), 7803 enfants nés dans une même maternité ont été suivis, pour proposer des mesures visant à diminuer les taux d'hospitalisations pédiatriques après sortie précoce de la maternité dans les 72h post-partum. Les principaux motifs d'hospitalisations pédiatriques dans la première semaine de vie après sortie précoce étaient l'hyperbilirubinémie (78%), l'anxiété parentale (9%) et les problèmes alimentaires (5%).

L'étude rétrospective de Liu *et al* (43), sur plus de 10000 enfants, retrouvait plus d'hospitalisations pour ictère, déshydratation, et sepsis dans les 7, 14 et 28 premiers jours de vie après sortie dans les 30h post-partum, mais elle comportait des erreurs méthodologiques.

7) MOTIFS D'ARRET DE L'ALLAITEMENT MATERNEL :

Les 2 principaux motifs d'arrêt de l'allaitement maternel dans les deux groupes, issus d'entretiens téléphoniques avec question ouverte, étaient la notion d'un manque de lait ressenti par la mère et la reprise du travail.

D'une étude à l'autre, les motifs d'arrêt de l'allaitement maternel étaient formulés et regroupés différemment et étudiés sur des périodes variables.

Dans l'étude de Quinn *et al* (35), sur les 32 femmes ayant cessé d'allaiter lors de l'appel entre 6 et 8 semaines après la naissance, le manque de lait et la reprise du travail (ou des études) étaient les principales raisons évoquées, quelle que soit la durée de séjour à la maternité.

Sur les 6 mois de l'étude de Kvist *et al* (32), le motif principal d'arrêt de l'allaitement maternel était la sensation de manque de lait dans les groupes « sortie précoce » et « standard ».

Le manque de lait apparaissait comme la cause la plus fréquente d'arrêt de l'allaitement selon la revue de la littérature de Dennis (14) et selon les études Bick *et al* (26) et Siret *et al* (17), sans prise en compte du délai de sortie de la maternité.

La reprise du travail figurait dans les 3 premiers motifs d'arrêt de l'allaitement dans trois études n'ayant également pas tenu compte de la durée de séjour à la maternité (17,26,39).

Les études de Cambonie *et al* (36) et de Sainz Bueno *et al* (37), ayant étudié la sortie précoce, retrouvaient aussi la reprise du travail comme un des trois motifs les plus fréquents d'arrêt de l'allaitement maternel, sans différencier en fonction de la durée de séjour en maternité.

VI. CONCLUSION

L'échantillon étudié correspondait à des couples mère-enfant à bas risque médical, social et psychologique.

La grande hétérogénéité des pratiques de sorties précoces et des modes de suivi après sortie dans les différentes études de la littérature rend la comparaison avec notre travail difficile.

Dans notre étude, les taux d'allaitement maternel à 1 mois et 3 mois et la durée d'allaitement maternel dans les 3 mois post-partum étaient comparables dans les deux groupes.

Parmi les six facteurs ayant un lien avec la durée de l'allaitement maternel, trois étaient intrinsèques à la femme (parité, expérience antérieure d'allaitement maternel, ancienneté de la décision d'allaiter) et en cela non influençables par une action extérieure.

La reprise du travail à 3 mois, en lien avec la durée du congé maternité, est un facteur que seule la politique de santé peut modifier. Dans un objectif de santé publique visant à promouvoir l'allaitement maternel, deux facteurs potentiellement modifiables ont été identifiés, à savoir l'allaitement à la demande et le tabagisme maternel.

Ceci permet de cibler des facteurs à l'attention des professionnels de santé, dans l'objectif de renforcer leur soutien aux femmes pour favoriser la prolongation de l'allaitement maternel, et ce quel que soit le mode de sortie.

Le retour précoce à domicile des accouchées (RPDA) avec suivi en Hospitalisation à Domicile (HAD), tel qu'il est mis en place à Tours, n'avait pas de répercussion sur le recours aux soins maternels. Par contre, il jouait un rôle dans le recours aux soins pédiatriques. S'il n'intervenait pas sur le nombre d'enfants hospitalisés dans le 1^{er} mois, il était associé à un nombre moins important d'enfants hospitalisés sur les 3 mois et ayant consulté sur les 2 périodes étudiées. Ces résultats différaient de ceux de la littérature. D'autres facteurs que la sortie précoce de maternité, comme les caractéristiques maternelles, ont pu influencer le recours aux soins pédiatriques.

Une étude complémentaire randomisée, pour obtenir deux groupes aux caractéristiques maternelles et pédiatriques comparables, et s'attachant à limiter les biais de sélection et d'information, pourrait être envisagée.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris: INSERM - U. 953; 2011.
2. Vendittelli F, Boniol M, Mamelle N. Sortie précoce dans le post-partum: état des lieux en France. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2005;53(4):373–82.
3. Recommandations pour la pratique clinique. Sortie précoce après accouchement. Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2004.
4. Déclaration d’Innocenti sur la protection, la promotion et l’encouragement de l’allaitement. Florence, Italie: Organisation Mondiale de la Santé et UNICEF; 1990.(<http://www.unicef.org>)
5. Données scientifiques relatives Dix Conditions Pour le Succès de l’Allaitement. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 1999.
6. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr*. 2005;8(1):39–46.
7. Blondel B, Supernant K, du Mazaubrun C, Breart G. Enquête nationale périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998. Paris: INSERM - U. 149; 2005.
8. Guillouët C. Exploitation des certificats de santé du 8e jour des enfants domiciliés en région Centre et nés en 2009. Orléans: ORS Centre; 2010.
9. Caille A, Cohonner C. Exploitation des certificats de santé du 9e mois des enfants nés en 2004 et domiciliés en région Centre. Orléans: ORS Centre; 2008.
10. Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(3):CD002958.
11. Bravo P, Uribe C, Contreras A. Early postnatal hospital discharge: the consequences of reducing length of stay for women and newborns. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(3):758–63.
12. De Lathouwer S, Lionet C, Lansac J, Body G, Perrotin F. Predictive factors of early cessation of breastfeeding. A prospective study in a university hospital. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol*. 2004;117(2):169–73.
13. Yngve A, Sjöström M. Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe. *Public Health Nutr*. 2001;4(2B):729–39.
14. Dennis C-L. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2002;31(1):12–32.
15. Ekström A, Widström A-M, Nissen E. Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women. *J Hum Lact*. 2003;19(2):172–8.

16. Lelong N, Saurel-Cubizolles MJ, Bouvier-Colle MH, Kaminski M. Durée de l'allaitement maternel en France. *Arch Pediatr*. 2000;7(5):571–2.
17. Siret V, Castel C, Boileau P, Castetbon K, Foix L'hélias L. Facteurs associés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à 6 mois à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère, Clamart. *Arch Pediatr*. 2008;15(7):1167–73.
18. Branger B, Cebron M, Picherot G, de Cornulier M. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. *Archives de Pédiatrie*. 1998;5(5):489–96.
19. Meedya S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women Birth*. 2010;23(4):135–45.
20. Labarère J, Dalla-Lana C, Schelstraete C, Rivier A, Callec M, Polverelli JF, et al. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry (France). *Arch Pediatr*. 2001;8(8):807–15.
21. Ego A, Dubos JP, Djavadzadeh-Amini M, Depinoy MP, Louyot J, Codaccioni X. Les arrêts prématurés d'allaitement maternel. *Arch Pediatr*. 2003;10(1):11–8.
22. Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 2009;22(3):112–20.
23. Ryan AS, Zhou W, Arensberg MB. The effect of employment status on breastfeeding in the United States. *Womens Health Issues*. 2006;16(5):243–51.
24. Fein SB, Roe B. The effect of work status on initiation and duration of breast-feeding. *Am J Public Health*. 1998;88(7):1042–6.
25. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2009;38(3):259–68.
26. Bick DE, MacArthur C, Lancashire RJ. What influences the uptake and early cessation of breast feeding? *Midwifery*. 1998;14(4):242–7.
27. Malkin JD, Garber S, Broder MS, Keeler E. Infant mortality and early postpartum discharge. *Obstet Gynecol*. 2000;96(2):183–8.
28. Heck KE, Schoendorf KC, Chávez GF, Braveman P. Does postpartum length of stay affect breastfeeding duration? A population-based study. *Birth*. 2003;30(3):153–9.
29. Svedulf CI, Bergbom Engberg IL, Berthold H, Höglund IE. A comparison of the incidence of breast feeding two and four months after delivery in mothers discharged within 72 hours and after 72 hours post delivery. *Midwifery*. 1998;14(1):37–47.
30. Waldenström U, Aarts C. Duration of breastfeeding and breastfeeding problems in relation to length of postpartum stay: a longitudinal cohort study of a national Swedish sample. *Acta Paediatr*. 2004;93(5):669–76.

31. Chanot A A, Semet J-C, Arnaud C, Dali-Youcef A, Abada K, Gayzard B, et al. Sorties précoces de maternité et hospitalisation à domicile: expérience ariégeoise. *Arch Pediatr*. 2009;16(6):706–8.
32. Kvist LJ, Persson E, Lingman GK. A comparative study of breast feeding after traditional postnatal hospital care and early discharge. *Midwifery*. 1996;12(2):85–92.
33. Madden JM, Soumerai SB, Lieu TA, Mandl KD, Zhang F, Ross-Degnan D. Effects on breastfeeding of changes in maternity length-of-stay policy in a large health maintenance organization. *Pediatrics*. 2003;111(3):519–24.
34. Boulvain M, Perneger TV, Othenin-Girard V, Petrou S, Berner M, Irion O. Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial. *BJOG*. 2004;111(8):807–13.
35. Quinn AO, Koepsell D, Haller S. Breastfeeding incidence after early discharge and factors influencing breastfeeding cessation. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1997;26(3):289–94.
36. Cambonie G, Rey V, Sabarros S, Baum T-P, Fournier-Favre S, Mazurier E, et al. Early postpartum discharge and breastfeeding: an observational study from France. *Pediatr Int*. 2010;52(2):180–6.
37. Sainz Bueno JA, Romano MR, Teruel RG, Benjumea AG, Palacín AF, González CA, et al. Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme, with domiciliary follow-up. *Am. J. Obstet. Gynecol*. 2005;193(3 Pt 1):714–26.
38. Janson S, Rydberg B. Early postpartum discharge and subsequent breastfeeding. *Birth*. 1998;25(4):222–5.
39. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics*. 2003;112(1 Pt 1):108–15.
40. Mandl KD, Brennan TA, Wise PH, Tronick EZ, Homer CJ. Maternal and infant health: effects of moderate reductions in postpartum length of stay. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1997;151(9):915–21.
41. Dejean (épouse Joucq) E. Les consultations des nouveau-nés aux urgences pédiatriques: impact du raccourcissement de la durée de séjour en maternité. Etude cas/témoins réalisée durant l'année 2006 à Tours (Indre et Loire) [Thèse Médecine]. Tours: Université François Rabelais; 2008.
42. Gagnon AJ, Edgar L, Kramer MS, Papageorgiou A, Waghorn K, Klein MC. A randomized trial of a program of early postpartum discharge with nurse visitation. *Am. J. Obstet. Gynecol*. 1997;176(1 Pt 1):205–11.
43. Liu LL, Clemens CJ, Shay DK, Davis RL, Novack AH. The safety of newborn early discharge. The Washington State experience. *JAMA*. 1997;278(4):293–8.
44. Thompson JF, Roberts CL, Currie MJ, Ellwood DA. Early discharge and postnatal depression: a prospective cohort study. *Med. J. Aust*. 2000;172(11):532–6.

45. Vanpée M, Rylander E, Bergius H, Marchini G. Sortie précoce de maternité des nouveau-nés bien portants: expérience Scandinave. *Arch Pediatr.* 2009;16(6):709–10.

VIII. ANNEXES

1) Annexe 1 : ZONE GEOGRAPHIQUE CONCERNEE PAR LE RPDA



ARTANNES
BALLAN MIRE
BERTHENAY
CHAMBRAY LES TOURS
CERELLES
CHANCEAUX SUR CHOISILLE
CHARENTILLY
DRUYES
FONDETTES
JOUE LES TOURS
LA MEMBROLLE SUR CHOISILLE
LUYNES
LA RICHE
METTRAY
MONTBAZON
MONTS
NOTRE DAME D'OE
PARCAY MESLAY
PERNAY
ROCHECORBON
SAVONNIERES
SEMBLANCAY
SORIGNY
ST AVERTIN
ST CYR SUR LOIRE
ST ETIENNE DE CHIGNY
ST GENOUPH
ST PIERRE DES CORPS
ST ROCH
TOURS
VEIGNE
VILLANDRY

2) Annexe 2 : REPARTITION DES NOMBRES DE CONSULTATIONS ET HOSPITALISATIONS

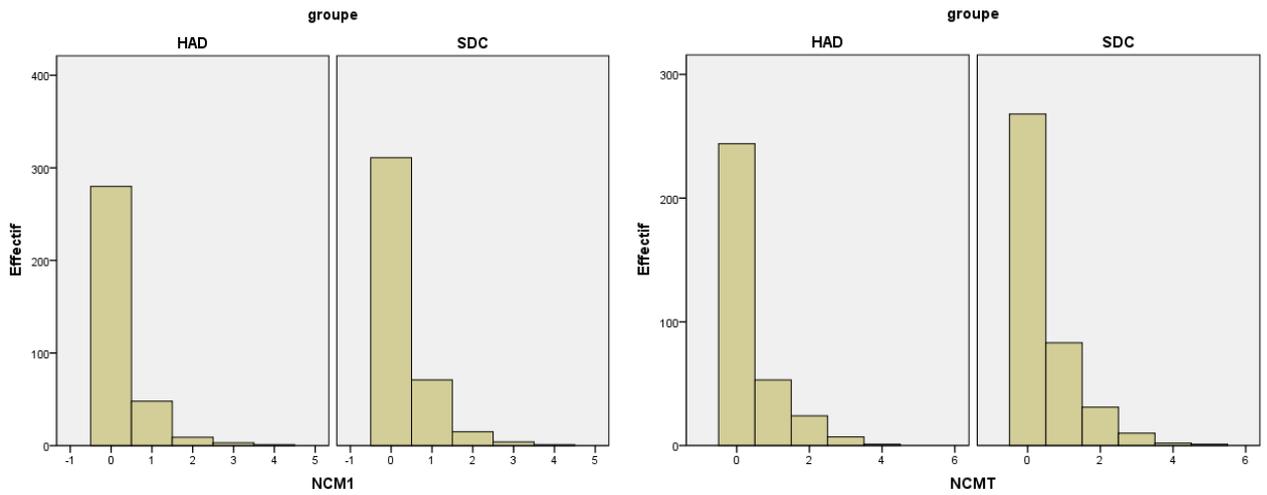


Figure 1: Nombre de consultations maternelles dans le 1er mois (NCM 1) et sur les 3 mois (NCMT)

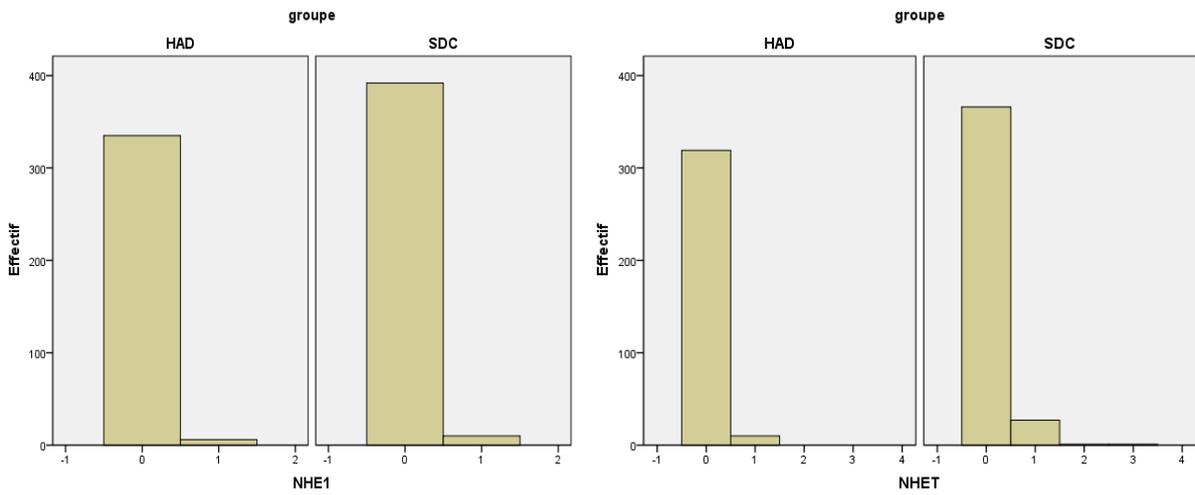


Figure 2: Nombre d'hospitalisations pédiatriques dans le 1er mois (NHE1) et sur les 3 mois (NHET)

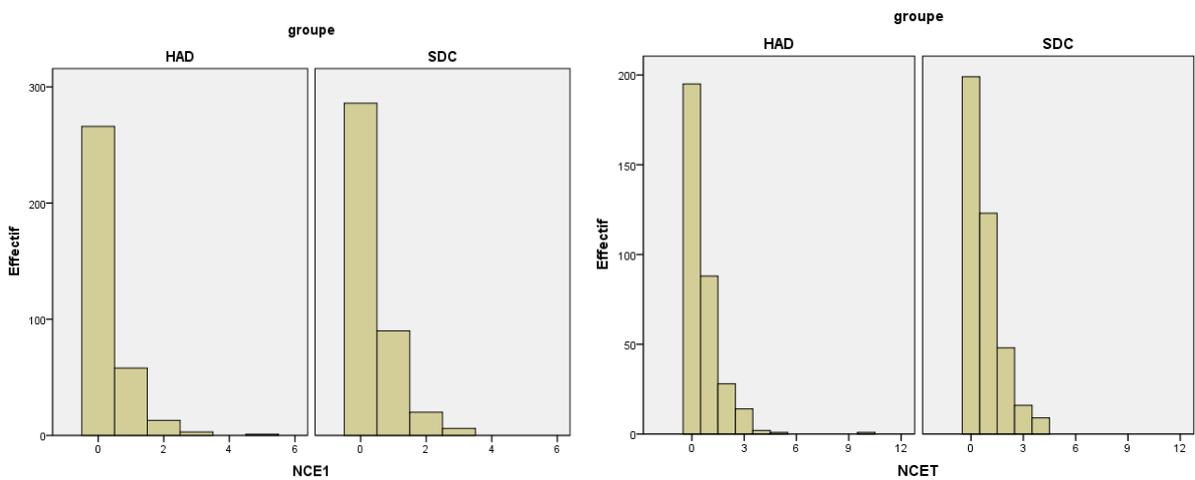


Figure 3: Nombre de consultations pédiatriques dans le 1er mois (NCE1) et sur les 3 mois (NCET)

3) Annexe 3 : LETTRE D'INFORMATION POUR LES FEMMES SORTANT EN HAD



MEDECINE FCETALE, REPRODUCTION et GENETIQUE

CENTRE OLYMPE DE GOUGES
2 BD TONNELLE - 37044 TOURS CEDEX 9

☎ 02.47.47.92.80 📠 Télécopie 02.47.47.92.93

Madame,

Dans le cadre de notre thèse en Médecine Générale, nous réalisons, sous la direction du Professeur Lehr-Drylewicz, une étude sur les suites de votre hospitalisation à domicile, via l'HAD Val de Loire.

Notre objectif est d'étudier le mode d'allaitement et le nombre de consultation chez des femmes qui, comme vous, bénéficieront d'une sortie précoce en hospitalisation à domicile, ainsi que chez celles qui auront réalisé un séjour de durée standard à la maternité Olympe de Gouges.

En pratique, si vous acceptez, nous vous contacterons par téléphone, à un et trois mois de votre accouchement. L'entretien téléphonique durera environ 5 minutes. Nous reviendrons sur l'ensemble des consultations qui auront eu lieu depuis votre sortie d'HAD pour vous et votre enfant, ainsi que sur son alimentation.

Nous mettons à votre disposition une fiche récapitulative de ces éventuelles consultations, dans les trois premiers mois après votre sortie (à glisser par exemple dans le carnet de santé de votre enfant) afin de faciliter notre futur entretien.

Les données recueillies au cours de ces entretiens seront anonymes et confidentielles, dans le respect du secret médical.

Si vous ne souhaitez pas participer à cette étude, il vous suffit de le signaler à la sage-femme d'HAD.

Nous vous remercions par avance de votre collaboration.

Recevez, Mesdames, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Pr A-M Lehr-Drylewicz
Médecin coordinateur de l'HAD
VDL

Sylvie Tiercin
Médecin généraliste
remplaçant

Myriam Hubert
Médecin généraliste
remplaçant

Dr J. Potin
Gynécologue-obstétricien

Dr J. Poinsot
Pédiatre

4) Annexe 4 : LETTRE D'INFORMATION POUR LES FEMMES DU GROUPE SDC



MEDECINE FCETALE, REPRODUCTION et GENETIQUE

CENTRE OLYMPE DE GOUGES
2 BD TONNELLE - 37044 TOURS CEDEX 9

☎ 02.47.47.92.80 📠 Télécopie 02.47.47.92.93

Madame,

Dans le cadre de notre thèse en Médecine Générale, nous réalisons, sous la direction du Professeur Lehr-Drylewicz, une étude sur les suites de votre hospitalisation à la maternité Olympe de Gougues.

Notre objectif est d'étudier le mode d'allaitement et le nombre de consultation chez des femmes qui, comme vous, ont bénéficié d'une hospitalisation à la maternité, ainsi que chez celles qui sont sorties précocement de la maternité, via l'hospitalisation à domicile Val de Loire.

En pratique, si vous acceptez, nous vous contacterons par téléphone, à un et trois mois de votre accouchement. L'entretien téléphonique durera environ 5 minutes. Nous reviendrons sur l'ensemble des consultations qui auront eu lieu depuis votre sortie de la maternité pour vous et votre enfant, ainsi que sur son alimentation.

Nous mettons à votre disposition une fiche récapitulative de ces éventuelles consultations dans les trois premiers mois après votre sortie (à glisser par exemple dans le carnet de santé de votre enfant) afin de faciliter notre futur entretien.

Les données recueillies au cours de ces entretiens seront anonymes et confidentielles, dans le respect du secret médical.

Nous vous remercions par avance de votre collaboration.

Recevez, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Pr A-M Lehr-Drylewicz
Médecin coordinateur de l'HAD
VDL

Sylvie Tiercin
Médecin généraliste
remplaçant

Myriam Hubert
Médecin généraliste
remplaçant

Dr J. Potin
Gynécologue-obstétricien

Dr J. Poinsot
Pédiatre

5) Annexe 5 : FICHE RECAPITULATIVE POUR LES MERES

CONSULTATIONS POUR VOUS

DATE DE CONSULTATION	MOTIF DE CONSULTATION	DIAGNOSTIC RETENU

CONSULTATIONS POUR VOTRE ENFANT

DATE DE CONSULTATION	MOTIF DE CONSULTATION	DIAGNOSTIC RETENU
Si allaitement maternel initial suivi d'un arrêt complet Date de passage au lait artificiel exclusif :		

6) Annexe 6 : QUESTIONNAIRE UTILISE POUR L'APPEL A 1 MOIS

Nous vous précisons que les données recueillies restent anonymes et confidentielles, dans le respect du secret professionnel.

Nom et prénom :

n° de dossier :

Questionnaire rempli le :

par :

Lettre d'information reçue :

Acceptez-vous de répondre à l'étude ? OUI NON

1) **Quel est votre plus haut niveau d'étude ?**

2) **Avez-vous un emploi ?**

OUI / NON

3) **Si oui, quelle est votre profession :**

4) **Quel est le mode d'alimentation de votre enfant ?**

- Allaitement artificiel
- Allaitement maternel exclusif
- Allaitement mixte

5) **Avez-vous participé à des cours de préparation à l'accouchement pendant cette grossesse ?**

OUI / NON

6) **Pour les femmes multipares : avez-vous déjà allaité ?**

OUI / NON

7) **Fumez vous actuellement ?**

OUI / NON

(Questions 9 à 12 UNIQUEMENT pour les femmes qui allaitaient à la sortie de la maternité)

8) **A quel moment avez-vous décidé d'allaiter votre enfant ?**

Avant la grossesse / Pendant la grossesse / Après l'accouchement / Ne sait pas

9) **La première tétée a-t-elle eu lieu dans l'heure qui a suivi l'accouchement?**

OUI / NON/ Ne sait pas

11) **Faites-vous un allaitement à la demande?**

OUI / NON

12) **Avez vous arrêté complètement l'allaitement maternel entre votre sortie de maternité et les « 1 mois » de votre enfant ?**

OUI / NON

Si oui: - Date d'arrêt :

- Le motif principal:

POUR LA MERE:

1) **Avez-vous été ré-hospitalisée depuis votre sortie de la maternité ?** **OUI / NON**

Si oui : - Nombre d'hospitalisation(s):

- Date(s):

- Lieu(x):

- Motif(s):

- Diagnostic(s) retenu(s):

2) Avez-vous consulté (médecin généraliste, gynécologue, sage-femme, Urgences, autres) depuis la sortie de la maternité ? OUI / NON

Si oui : Nombre de consultation(s) :

a- 1^{ère} Consultation:

- Date :

- Motif :

- Diagnostic médical retenu:

b- 2^{ème} Consultation :

- Date :

- Motif :

- Diagnostic médical retenu:

c- 3^{ème} Consultation :

- Date :

- Motif :

- Diagnostic médical retenu:

POUR L'ENFANT :

1) Votre enfant a-t-il été ré hospitalisé depuis la sortie de la maternité? OUI / NON

Si oui : Nombre d'hospitalisation(s):

Date(s):

Lieu(x):

Motif(s):

Diagnostic(s) retenu(s):

2) Avez-vous eu besoin de consulter pour votre enfant (médecin généraliste, pédiatre, PMI, Urgences, autres) depuis la sortie de la maternité? OUI / NON

Si oui : Nombre de consultation(s) :

a- 1^{ère} Consultation :

- Date :

- Motif :

- Diagnostic médical retenu:

b- 2^{ème} Consultation:

- Date :

- Motif :

- Diagnostic médical retenu :

c- 3^{ème} Consultation :

- Date :

- Motif :

- Diagnostic médical retenu:

7) Annexe 7 : QUESTIONNAIRE UTILISE POUR L'APPEL A 3 MOIS

Nom et prénom :

n° de dossier :

Questionnaire rempli le :

par :

1) Quel est le mode d'alimentation de votre enfant?

- Allaitement artificiel
- Allaitement maternel exclusif
- Allaitement mixte

1. Pour les femmes qui allaitaient au premier appel et ayant arrêté l'allaitement depuis, préciser :

- Date d'arrêt:
- Le motif principal:

3) Avez-vous repris le travail ?

OUI / NON

Si oui : Date de reprise :

POUR LA MERE :

4) Avez-vous été ré hospitalisée depuis notre dernier entretien?

OUI / NON

Si oui : Nombre d'hospitalisation(s):

- Date(s): Lieu(x):
- Motif(s):
- Diagnostic(s) retenu(s):

5) Avez-vous consulté (médecin généraliste, gynécologue, sage-femme, Urgences, autres) depuis notre dernier entretien ?

OUI / NON

Si oui : Nombre de consultation(s) :

d- 1^{ère} Consultation:

- Date :
- Motif :
- Diagnostic retenu:

e- 2^{ème} Consultation :

- Date :
- Motif :
- Diagnostic retenu:

f- 3^{ème} Consultation :

- Date:
- Motif :
- Diagnostic retenu:

POUR L'ENFANT :

6) Votre enfant a-t-il été ré hospitalisé depuis notre dernier entretien? OUI / NON

Si oui : Nombre d'hospitalisation(s) :

- Date(s) : Lieu(x) :
- Motif(s) :
- Diagnostic(s) retenu(s) :

7) Avez-vous eu besoin de consulter pour votre enfant (médecin généraliste, pédiatre, PMI, Urgences, autres) depuis notre dernier entretien? OUI / NON

Si oui : Nombre de consultation(s) :

d- 1^{ère} Consultation :

- Date :
- Motif :
- Diagnostic retenu:

e- 2^{ème} Consultation:

- Date :
- Motif :
- Diagnostic retenu:

f- 3^{ème} Consultation :

- Date :
- Motif :
- Diagnostic retenu:

8) Annexe 8: DETAIL DES DIAGNOSTICS DE CONSULTATIONS PEDIATRIQUES

Détail des diagnostics ORL :

DIAGNOSTICS	SDC dans le 1 ^{er} mois	SDC sur les 3 mois	HAD dans le 1 ^{er} mois	HAD sur les 3 mois
Affections rhinopharyngées	21 (91,3%)	66 (91,7%)	19 (79,2%)	46 (83,6%)
Otités (moyenne aigue ou séreuse)	0	3 (4,2%)	1 (4,2%)	5 (9,1%)
Stridor	0	1 (1,4%)	3 (12,5%)	3 (5,5%)
Laryngo-malacie	1 (4,3%)	1 (1,4%)	0	0
Kyste nasal	1 (4,3%)	1 (1,4%)	0	0
Tympanos congestifs	0	0	1 (4,2%)	1 (1,8%)
TOTAL	23 (100,0%)	72 (100,0%)	24 (100,0%)	55 (100,0%)

Détail des diagnostics respiratoires :

DIAGNOSTICS	SDC dans le 1 ^{er} mois	SDC sur les 3 mois	HAD dans le 1 ^{er} mois	HAD sur les 3 mois
Bronchiolite	1 (100,0%)	17 (94,4%)	1 (100,0%)	9 (100,0%)
Asthme	0	1 (5,6%)	0	0
TOTAL	1 (100,0%)	18 (100,0%)	1 (100,0%)	9 (100,0%)

Détail des diagnostics de pathologies oculaires :

DIAGNOSTICS	SDC dans le 1 ^{er} mois	SDC sur les 3 mois	HAD dans le 1 ^{er} mois	HAD sur les 3 mois
Conjonctivite ou imperforation du canal lacrymal	15 (100,0%)	27 (100,0%)	10 (100,0%)	14 (100,0%)
TOTAL	15 (100,0%)	27 (100,0%)	10 (100,0%)	14 (100,0%)

Détail des diagnostics de pathologies du cordon ombilical :

DIAGNOSTICS	SDC dans le 1 ^{er} mois	SDC sur les 3 mois	HAD dans le 1 ^{er} mois	HAD sur les 3 mois
Retard de chute du cordon	1 (6,7%)	1 (6,3%)	1 (12,5%)	1 (7,7%)
Trouble de cicatrisation	2 (13,3%)	3 (18,8%)	1 (12,5%)	2 (15,4%)
Inquiétude parentale sans diagnostic	12 (80,0%)	12 (75,0%)	6 (75,0%)	10 (76,9%)
TOTAL	15 (100,0%)	16 (100,0%)	8 (100,0%)	13 (100,0%)

Détail des diagnostics de pathologies dermatologiques :

DIAGNOSTICS	SDC dans le 1 ^{er} mois	SDC sur les 3 mois	HAD dans le 1 ^{er} mois	HAD sur les 3 mois
Acné	7 (53,8%)	7 (19,4%)	0	2 (12,5%)
Atopie, eczéma	1 (7,7%)	9 (25,0%)	0	1 (6,3%)
Eruption allergique suspectée	0	1 (2,8%)	1 (14,3%)	1 (6,3%)
Varicelle	0	3 (8,3%)	0	1 (6,3%)
Roséole	0	0	0	1 (6,3%)
Mycose	0	0	1 (14,3%)	1 (6,3%)
Gale	0	1 (2,8%)	0	0
Surinfection d'une plaie	1 (7,7%)	1 (2,8%)	0	0
Érythème périnéal	1 (7,7%)	3 (8,3%)	3 (42,9%)	3 (18,8%)
Erythème toxique	1 (7,7%)	1 (2,8%)	0	0
Eruption aspécifique	2 (15,4%)	5 (13,9%)	1 (14,3%)	3 (18,8%)
Suspicion d'intolérance aux protéines de lait de vache	0	2 (5,6%)	0	1 (6,3%)
Croutes de lait	0	1 (2,8%)	0	0
BCGite	0	1 (2,8%)	0	1 (6,3%)
Dermite séborrhéique	0	1 (2,8%)	1 (14,3%)	1 (6,3%)
TOTAL	13 (100,0%)	36 (100,0%)	7 (100,0%)	16 (100,0%)

DETAIL DES DIAGNOSTICS DE CONSULTATIONS PEDIATRIQUES (Suite)

Détail des diagnostics de pathologies digestives :

DIAGNOSTICS	SDC dans le 1 ^{er} mois	SDC sur les 3 mois	HAD dans le 1 ^{er} mois	HAD sur les 3 mois
Régurgitations, reflux gastro-œsophagien	10 (27,8%)	18 (29,0%)	7 (24,1%)	14 (20,6%)
Coliques du nourrisson	11 (30,6%)	16 (25,8%)	11 (37,9%)	17 (25,0%)
Constipation	11 (30,6%)	14 (22,6%)	7 (24,1%)	8 (11,8%)
Gastro-entérite aigue	0	4 (6,5%)	0	14 (20,6%)
Muguet	1 (2,8%)	5 (8,1%)	4 (13,8%)	6 (8,8%)
Suspicion de sténose du pylore	1 (2,8%)	2 (3,2%)	0	0
Météorisme abdominal	1 (2,8%)	1 (1,6%)	0	0
Diarrhée aspécifique	0	0	0	8 (11,8%)
Intolérance aux protéines de lait de vache	0	0	0	1 (1,5%)
Ictère au lait de mère	1 (2,8%)	1 (1,6%)	0	0
Rectorragies isolées	0	1 (1,6%)	0	0
TOTAL	36 (100,0%)	62 (100,0%)	29 (100,0%)	68 (100,0%)

Détail des diagnostics de problèmes de poids :

DIAGNOSTICS	SDC dans le 1 ^{er} mois	SDC sur les 3 mois	HAD dans le 1 ^{er} mois	HAD sur les 3 mois
Surveillance pondérale	7 (46,7%)	8 (50,0%)	3 (42,9%)	3 (33,3%)
Stagnation pondérale	4 (26,7%)	4 (25,0%)	4 (57,1%)	6 (66,7%)
Perte de poids	4 (26,7%)	4 (25,0%)	0	0
TOTAL	15 (100,0%)	16 (100,0%)	7 (100,0%)	9 (100,0%)

Détail des diagnostics « autres » :

DIAGNOSTICS	SDC dans le 1 ^{er} mois	SDC sur les 3 mois	HAD dans le 1 ^{er} mois	HAD sur les 3 mois
Adressé aux urgences	1 (11,1%)	9 (34,6%)	3 (33,3%)	9 (33,3%)
Viroses	2 (22,2%)	3 (11,5%)	2 (22,2%)	4 (14,8%)
Hydrocèle	1 (11,1%)	1 (3,8%)	0	0
Suspicion d'augmentation excessive du périmètre crânien	1 (11,1%)	1 (3,8%)	0	0
Crise génitale	2 (22,2%)	2 (7,7%)	2 (22,2%)	2 (7,4%)
Hernie ombilicale	0	1 (3,8%)	1 (11,1%)	2 (7,4%)
Suspicion d'infection bactérienne	0	1 (3,8%)	0	1 (3,7%)
Vestige d'arc branchial probable	0	1 (3,8%)	0	0
Section du frein de la langue	0	1 (3,8%)	0	0
Smegma	0	0	0	1 (3,7%)
Cristaux urinaires probables	0	0	0	1 (3,7%)
Avis cardiologique (souffle cardiaque, tachycardie)	2 (22,2%)	3 (11,5%)	0	3 (11,1%)
Avis spécialisé pour mydriase	0	0	0	1 (3,7%)
Traumatisme crânien bénin	0	2 (7,7%)	0	2 (7,4%)
Atrophie testiculaire	0	1 (3,8%)	0	0
Kyste palpébral	0	0	1 (11,1%)	1 (3,7%)
TOTAL	9 (100,0%)	26 (100,0%)	9 (100,0%)	27 (100,0%)

9) Annexe 9: DETAIL DES DIAGNOSTICS DE CONSULTATIONS MATERNELLES

Pathologies mammaires:

DIAGNOSTICS	SDC dans le 1 ^{er} mois	SDC sur les 3 mois	HAD dans le 1 ^{er} mois	HAD sur les 3 mois
Crevasses du mamelon	4 (20%)	4(13,3%)	6 (33%)	6 (33%)
Engorgement mammaire	6 (30%)	7 (23,3%)	3 (16,6%)	3 (16,6%)
Douleurs mamelonnaires ou mastodynies diverses	4 (20%)	6 (20%)	2 (11%)	2 (11%)
Lymphangite	5 (25%)	6 (20%)	2 (11%)	2 (11%)
Galactophorite et abcès mammaire	1 (5%)	6 (20%)	2 (11%)	2 (11%)
Mycose du mamelon	0	0	2 (11%)	2 (11%)
Kyste mammaire bénin	0	1 (3,3%)	0	0
Intolérance au Bromokin®	0	0	1 (5,6%)	1 (5,6%)
TOTAL	20 (100,0%)	30 (100,0%)	18 (100,0%)	18 (100,0%)

Pathologies obstétricales :

DIAGNOSTICS	SDC dans le 1 ^{er} mois	SDC sur les 3 mois	HAD dans le 1 ^{er} mois	HAD sur les 3 mois
Suivi de cicatrisation périnéale (+/-ablation fils)	16 (55,2%)	16 (47%)	4 (40%)	4 (28,6%)
Infection vaginale (mycosique ou bactérienne)	9 (31%)	10 (29,4%)	0	1 (7,1%)
Déchirure, surinfection et abcès sur épisiotomie	2 (6,9%)	2 (5,9%)	1 (10%)	1 (7,1%)
Douleur pelvienne post-partum	0	1(2,9%)	1 (10%)	3 (21,4%)
Lochies	0	0	2 (20%)	2 (14,3%)
Métrorragie sous contraception hormonale	1 (3,4%)	2 (5,9%)	0	0
Rétention placentaire	1 (3,4%)	1 (2,9%)	0	0
Endométrite du post-partum	0	0	0	1 (7,1%)
Métrorragie sur déchirure vaginale	0	1 (2,9%)	0	0
Retour de couche	0	0	1 (10%)	1 (7,1%)
Kyste vaginal	0	1 (2,9%)	0	0
Ptose vésicale	0	0	1 (10%)	1 (7,1%)
TOTAL	29 (100,0%)	34 (100,0%)	10 (100,0%)	14 (100,0%)

Pathologies digestives :

DIAGNOSTICS	SDC dans le 1 ^{er} mois	SDC sur les 3 mois	HAD dans le 1 ^{er} mois	HAD sur les 3 mois
Hémorroïdes/ Crise hémorroïdaire	7 (50%)	10 (47,6%)	2 (50%)	3 (37,5%)
Constipation	5 (35,7%)	5 (23,8%)	1 (25%)	1 (12,5%)
Fissure anale	0	2 (9,5%)	0	3 (37,5%)
Gastroentérite aiguë	2 (14,3%)	4 (19%)	1 (25%)	1 (12,5%)
TOTAL	14 (100,0%)	21 (100,0%)	4 (100,0%)	8 (100,0%)

Pathologies neuropsychiatriques :

DIAGNOSTICS	SDC dans le 1 ^{er} mois	SDC sur les 3 mois	HAD dans le 1 ^{er} mois	HAD sur les 3 mois
Baby-blues, « baisse de moral »	2 (100,0%)	2 (28,6%)	2 (40%)	2 (40%)
Crise anxiété généralisée, anxiété	0	4 (57,1%)	1 (20%)	1 (20%)
Migraine, migraine ophtalmique	0	1 (14,3%)	1 (20%)	1 (20%)
Crise convulsive	0	0	1 (20%)	1 (20%)
TOTAL	2 (100,0%)	7 (100,0%)	5 (100,0%)	5 (100,0%)

DETAIL DES DIAGNOSTICS DE CONSULTATIONS MATERNELLES (Suite)

Pathologies rhumatologiques :

DIAGNOSTICS	SDC dans le 1 ^{er} mois	SDC sur les 3 mois	HAD dans le 1 ^{er} mois	HAD sur les 3 mois
Lumbago, dorso-lombalgie post-partum	3 (50%)	4 (36,4%)	3 (37,5%)	5 (35,7%)
Autres pathologies musculo-tendineuses post-partum (membre supérieur ou inférieur, trapèze)	2 (33,3%)	3 (27,3%)	2 (25%)	3 (21,4%)
Coxalgie post-partum	0	0	2 (25%)	3 (21,4%)
Névrалgie cervico-brachiale	0	3 (27,3%)	0	0
Syndrome du canal carpien	1 (16,7%)	1 (9,1%)	1 (12,5%)	2 (14,3%)
Algodystrophie de hanche	0	0	0	1 (7,1%)
TOTAL	6 (100,0%)	11 (100,0%)	8 (100,0%)	14 (100,0%)

Autres pathologies infectieuses :

DIAGNOSTICS	SDC dans le 1 ^{er} mois	SDC sur les 3 mois	HAD dans le 1 ^{er} mois	HAD sur les 3 mois
Cystite aiguë	7 (41,2%)	9 (28,1%)	2 (40%)	5 (21,7%)
Viroses	5 (29,4%)	6 (18,8%)	0	4 (17,4%)
Pyélonéphrite aiguë	1 (5,9%)	1 (3,1%)	0	2 (8,7%)
Infection dentaire (abcès, carie)	0	0	1 (20%)	2 (8,7%)
Orgelet	0	0	1 (20%)	1 (4,3%)
Panaris	0	1 (3,1%)	0	0
Rhinopharyngite, rhinite, pharyngite	1 (5,9%)	7 (21,9%)	0	6 (26%)
Sinusite	0	3 (9,4%)	0	1 (4,3%)
Angine (virale ou bactérienne)	0	2 (6,3%)	1 (20%)	1 (4,3%)
Otite (moyenne aiguë ou externe)	2 (11,8%)	2 (6,3%)	0	0
Laryngite	1 (5,9%)	1 (3,1%)	0	1 (4,3%)
TOTAL	17 (100,0%)	32 (100,0%)	5 (100,0%)	23 (100,0%)

Autres diagnostics:

DIAGNOSTICS	SDC dans le 1 ^{er} mois	SDC sur les 3 mois	HAD dans le 1 ^{er} mois	HAD sur les 3 mois
Insuffisance veineuse ou lymphatique	1 (12,5%)	2 (9,5%)	0	0
Hypotension orthostatique	0	2 (9,5%)	0	2 (10,5%)
Thrombose veineuse superficielle	0	0	2 (20%)	2 (10,5%)
Anémie	0	1 (4,8%)	0	0
Crise d'asthme	0	1 (4,8%)	0	0
Pathologies maxillo-faciales non infectieuses	1 (12,5%)	1 (4,8%)	1 (10%)	1 (5,3%)
Suivi d'hypertension artérielle post-partum	0	0	3 (30%)	3 (15,8%)
Suivi de crise convulsive	0	0	2 (20%)	2 (10,5%)
Suivi de rétention placentaire post-Cytotec®	1 (12,5%)	1 (4,8%)	0	0
Suivi d'hyperthyroïdie	0	0	0	2 (10,5%)
Eczéma	1 (12,5%)	2 (9,5%)	0	2 (10,5%)
Piqûre d'insecte	0	2 (9,5%)	0	0
Urticaire	0	1 (4,8%)	0	0
Alopécie	0	0	0	1 (5,3%)
Demande d'hospitalisation	0	2 (9,5%)	0	1 (5,3%)
Avis gynécologue	1 (12,5%)	2 (9,5%)	0	0
Avis cardiologue	1 (12,5%)	1 (4,8%)	0	1 (5,3%)
Avis phlébologue	1 (12,5%)	1 (4,8%)	0	0
Avis psychiatre	0	0	1 (10%)	1 (5,3%)
Avis dermatologue	0	1 (4,8%)	0	0
Suspicion de coqueluche non confirmée	0	0	1 (10%)	1 (5,3%)
Suspicion de pyélonéphrite non confirmée	1 (12,5%)	1 (4,8%)	0	0
TOTAL	8 (100,0%)	21 (100,0%)	10 (100,0%)	19 (100,0%)

10) Annexe 10: DETAIL DES DIAGNOSTICS DES HOSPITALISATIONS PEDIATRIQUES

Détail des diagnostics d'hospitalisations pour pathologies respiratoires basses:

DIAGNOSTICS	SDC dans le 1 ^{er} mois	SDC sur les 3 mois	HAD dans le 1 ^{er} mois	HAD sur les 3 mois
Bronchiolite aigue	0	3 (60,0%)	2 (100,0%)	2 (100,0%)
Infection broncho-pulmonaire bactérienne	1 (100,0%)	1 (20,0%)	0	0
Asthme du nourrisson	0	1 (20,0%)	0	0
TOTAL	1 (100,0%)	5 (100,0%)	2 (100,0%)	2 (100,0%)

Détail des diagnostics d'hospitalisations pour pathologies digestives :

DIAGNOSTICS	SDC dans le 1 ^{er} mois	SDC sur les 3 mois	HAD dans le 1 ^{er} mois	HAD sur les 3 mois
Régurgitations	0	1 (20,0%)	0	0
Reflux gastro-œsophagien	1 (33,3%)	1 (20,0%)	0	0
Sténose du pylore	1 (33,3%)	2 (40,0%)	0	0
Gastro-entérite aiguë	1 (33,3%)	1 (20,0%)	0	1 (100,0%)
TOTAL	3 (100,0%)	5 (100,0%)	0	1 (100,0%)

Détail des diagnostics d'hospitalisations pour autres infections :

DIAGNOSTICS	SDC dans le 1 ^{er} mois	SDC sur les 3 mois	HAD dans le 1 ^{er} mois	HAD sur les 3 mois
Pyélonéphrite aiguë	0	2 (50,0%)	1 (100,0%)	1 (100,0%)
Omphalite et érythrodermie à staphylocoque	1 (100,0%)	1 (25,0%)	0	0
Fièvre virale	0	1 (25,0%)	0	0
TOTAL	1 (100,0%)	4 (100,0%)	1 (100,0%)	1 (100,0%)

Détail des diagnostics d'hospitalisations « divers » :

DIAGNOSTICS	SDC dans le 1 ^{er} mois	SDC sur les 3 mois	HAD dans le 1 ^{er} mois	HAD sur les 3 mois
Malaise sur régurgitation	1 (25,0%)	2 (33,3%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)
Malaise sur fausse route	0	1 (16,7%)	0	0
Perte de poids	1 (25,0%)	1 (16,7%)	0	0
Dacryocystite et kyste nasal	1 (25,0%)	1 (16,7%)	0	0
Myoclonies du sommeil	1 (25,0%)	1 (16,7%)	0	0
Difficultés d'instauration de l'allaitement maternel	0	0	1 (50,0%)	1 (50,0%)
TOTAL	4 (100,0%)	6 (100,0%)	2 (100,0%)	2 (100,0%)

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

HUBERT Myriam
TIERCIN Sylvie

Thèse n°

74 pages – 13 tableaux – 9 figures.

Résumé :

Les sorties précoces de maternité se développent en France avec des modes de suivi variés. Peu d'études françaises évaluent leur retentissement.

Notre étude prospective a évalué l'impact du retour précoce des accouchées avec suivi en Hospitalisation à Domicile (HAD) sur le taux et la durée d'allaitement maternel et le recours aux soins maternels et pédiatriques dans les 3 mois post-partum, en comparaison à un séjour en suites de couches (SDC) de durée habituelle. 743 mères ayant accouché entre le 31/10/10 et le 08/09/11 au CHRU de Tours et leurs enfants ont été inclus, 341 dans le groupe HAD et 402 dans le groupe SDC. Il n'y avait pas de différence pour les taux et la durée d'allaitement maternel, le nombre de mères ayant consulté sur la durée totale de l'étude et le nombre d'enfants hospitalisés dans le premier mois. Moins d'enfants du groupe HAD ont consulté dans le premier mois ($p=0,033$; $OR=1,44[1,03 ; 2,01]$) et sur les 3 mois ($p=0,017$; $OR=1,43[1,07 ; 1,93]$). Moins d'enfants du groupe HAD ont été hospitalisés sur les 3 mois ($p=0,011$; $OR=2,53[1,21 ; 5,27]$). Les variables liées à l'arrêt plus précoce de l'allaitement maternel étaient la multiparité ($OR=4,07[1,85 ; 8,96]$), l'absence d'expérience antérieure d'allaitement maternel ($OR=3,64[1,68 ; 7,87]$), la reprise du travail à 3 mois post-partum ($OR=2,94[2,13 ; 4,17]$), le tabagisme maternel ($OR=2,33[1,56 ; 3,45]$), une décision plus récente d'allaiter ($OR=1,55[1,18 ; 2,02]$), l'absence d'allaitement à la demande ($OR=1,52[1,00 ; 2,33]$). La sortie précoce n'influait pas l'allaitement maternel. Nos résultats pour le recours aux soins pédiatriques étaient différents de la littérature, d'autres facteurs ont pu intervenir.

Mots clés :

- Sortie précoce de maternité
- Allaitement maternel
- Consultations maternelles
- Consultations pédiatriques
- Hospitalisations pédiatriques

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Franck PERROTIN

Membres : Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE

Madame le Professeur Anne Marie LEHR-DRYLEWICZ

Monsieur le Docteur Philippe BERTRAND

Monsieur le Docteur Jacques POINSOT

Monsieur le Docteur Jérôme POTIN

Date de la soutenance : Jeudi 10 mai 2012

