

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD – CHARLES MERIEUX
FORMATION SAGE-FEMME - Site de LYON

**SUIVI MEDICAL DU PREMIER MOIS DU NOUVEAU-NE A TERME
EN REGION LYONNAISE**

Mémoire présenté par Laure DIONISI

Née le 12 mars 1992

En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme

Promotion 2016



FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD – CHARLES MERIEUX
FORMATION SAGE-FEMME - Site de LYON

**SUIVI MEDICAL DU PREMIER MOIS DU NOUVEAU-NE A TERME
EN REGION LYONNAISE**

Mémoire présenté par Laure DIONISI

Née le 12 mars 1992

En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme

Promotion 2016

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire et en particulier :

- Madame le Docteur Prudon, pédiatre et expert thématique de ce travail, pour sa disponibilité, ses précieux conseils et son professionnalisme ;
- Madame Balsan, sage-femme enseignante et guidante, pour son aide méthodologique et ses conseils ;
- Rémi Béranger, pour sa disponibilité et ses réponses à mes questions statistiques ;
- Mesdames Demurger, Dubié, Louzas, Rat, cadres des services de maternité de la Croix Rousse et de l'Hôpital Femme Mère Enfant, pour m'avoir permis d'accéder aux dossiers médicaux des patientes ;
- Les sages-femmes présentes dans les services au moment de l'étude et les patientes pour leur disponibilité et leur accueil.

Merci également à ma famille et mes proches pour leurs encouragements et leur soutien tout au long de la réalisation de ce travail de recherche.

A Lucie, pour son amitié sincère et ses conseils dans la relecture de ce travail ;

A Jean-Pierre, pour son expertise, son aide statistique et son soutien ;

A toi Maman, pour ta patience sans limites, tes encouragements, et ton aide précieuse tout au long de ma formation ;

A la promotion sage-femme et en particulier : Audrey, Sophie, Laetitia, Sara, Juliette pour tous nos bons moments durant ces quatre années passées ensemble.

Pour toi, Papa

GLOSSAIRE

| | |
|------------------|--|
| ANAES : | Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé |
| CNGOF : | Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français |
| CIANE : | Collectif Intra associatif autour de la Naissance |
| CNAM : | Caisse Nationale d'Assurance Maladie |
| CPEF : | Centre de Planification et d'Education Familiale |
| CSP : | Code de la Santé Publique |
| DMS : | Durée Moyenne de Séjour |
| DREES : | Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques |
| ENP : | Enquête Nationale Périnatale |
| EPIFANE : | EPIdémiologie en France de l'Alimentation et de l'état Nutritionnel des Enfants pendant leur première année de vie |
| HAS : | Haute Autorité de Santé |
| HCL : | Hospices Civils de Lyon |
| INSERM : | Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale |
| OCDE : | Organisation de Coopération et de Développement Economique |
| OMS : | Organisation Mondiale de la Santé |
| PMI : | Protection Maternelle Infantile |
| PRADO : | PRogramme d'Accompagnement du Retour à Domicile |
| RPPS : | Répertoire Partagé des Professionnels de Santé |
| SOPREA : | SORTie Précoce après Accouchement |
| UNAF : | Union Nationale des Associations Familiales |

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| <u>INTRODUCTION</u> | 1 |
| 1. <u>CONTEXTE D’ETUDE ET PROBLEMATIQUE</u> | 2 |
| 1.1 Durée moyenne de séjour en maternité en France : aspect organisationnel et économique..... | 2 |
| 1.2 Les sorties précoces de maternité : aspect médical..... | 3 |
| 1.3 Situation en France : organisation du retour à domicile..... | 5 |
| 1.3.1 Mise au point sur le retour à domicile..... | 5 |
| 1.3.2 Etablissements et acteurs intervenants dans le suivi du couple mère-enfant..... | 6 |
| 1.4 La Problématique..... | 10 |
| <u>2. L’ETUDE</u> | 12 |
| 2.1 Méthodologie..... | 12 |
| 2.1.1 Objectifs et hypothèses de recherche..... | 12 |
| 2.1.2 Caractéristiques de la population et critères de sélection..... | 12 |
| 2.1.3 Type de recherche, durée et modes d’intervention..... | 13 |
| 2.1.4 Recueil et analyse des données..... | 14 |
| 2.2 Présentation des résultats..... | 14 |
| 2.2.1 Présentation de la population..... | 14 |
| 2.2.2 Le suivi du premier enfant pendant son premier mois de vie..... | 17 |
| 2.2.3 Le suivi envisagé pour l’enfant né en 2015..... | 21 |
| 2.2.4 Résultats croisés..... | 23 |

| | |
|---|--------|
| <u>3. ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION</u> | 25 |
| 3.1 L'étude..... | 25 |
| 3.1.1 <i>Les forces de l'étude</i> | 25 |
| 3.1.2 <i>Les faiblesses de l'étude</i> | 25 |
| 3.2 Synthèse des principaux résultats..... | 27 |
| 3.3 Discussion..... | 28 |
| 3.3.1 <i>La population d'étude</i> | 28 |
| 3.3.2 <i>Les choix des parents pour le suivi du premier enfant et du suivant</i> | 29 |
| 3.3.3 <i>Les besoins des mères à la sortie de maternité et les sources d'informations complémentaires utilisées</i> | 33 |
| 3.4 Propositions d'amélioration : sortie de maternité et retour à domicile ; exemples à l'étranger..... | 34 |
| <u>CONCLUSION</u> | 37 |
| <u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u> | 39 |
| <u>ANNEXES</u> | |

INTRODUCTION

S'il apparaît que la durée moyenne de séjour tend à se réduire partout dans le monde, la France fait partie des cinq pays ayant la durée de séjour en maternité la plus longue, soit 4,1 jours en moyenne en 2013 contre 2,9 jours dans la moyenne des pays de l'OCDE (1). La réduction de la durée de séjour en maternité en France semble toutefois être indéniable, et ce, à la fois pour des raisons économiques, organisationnelles mais également pour le confort des patientes. Pourtant il apparaît que, si les patientes éprouvent une globale insatisfaction concernant le suivi postnatal, elles estiment que la durée du séjour en maternité ne serait pas remise en cause et n'affecterait pas la qualité de leur suivi ni de celui du nouveau-né. Une partie d'entre elles (20%) trouve même la durée du séjour trop longue (2).

De nouvelles recommandations ont ainsi été émises par la HAS en 2014 permettant de définir les conditions optimales de sortie du nouveau-né et de sa mère (3). Les professionnels de santé libéraux, ainsi que la PMI, sont donc les acteurs prépondérants de ce suivi après la naissance pour permettre un relai entre la ville et l'hôpital.

Pour autant, comment se passe aujourd'hui le retour à domicile des mères et de leur nouveau-né ? Vers quel(s) professionnel(s) de santé, les mères choisissent-elles de se tourner en priorité et pour quelle(s) raison(s) ? Quel est le suivi qu'elles ont privilégié pour leur premier enfant et celui envisagé pour le suivant ? Et enfin, quels besoins expriment-elles qui pourraient être anticipés par les professionnels de santé, notamment les sages-femmes ?

L'objectif de cette étude est de décrire l'organisation du suivi pédiatrique après la sortie de maternité du premier enfant sain et né à terme de la multipare. Un autre objectif pour nous est de connaître les attentes des parents concernant ce suivi. Nous verrons dans une première partie les données en France concernant le séjour en maternité et son évolution. Les caractéristiques (nombre, rôle) des différents professionnels pouvant intervenir au cours du premier mois de vie de l'enfant seront également mentionnées. Dans une seconde partie, nous présenterons l'étude et ses résultats. Enfin, une dernière partie sera consacrée à l'analyse de ces résultats au regard des données apportées par la littérature. Les dispositifs mis en place à l'étranger concernant le suivi postnatal nous serviront de modèle pour proposer des pistes d'améliorations concrètes.

1. CONTEXTE DE L'ETUDE ET PROBLEMATIQUE

1.1 Durée moyenne de séjour (DMS) en maternité en France : aspect organisationnel et économique

Ces dix dernières années, on observe un raccourcissement de la DMS en maternité dans tous les pays. Ainsi en 2013, la DMS des pays de l'OCDE était inférieure à 3 jours alors qu'elle était de plus de 3,5 jours en 2000 (1).

Ce constat est le même en France puisque que pour un accouchement normal, la DMS est passée de 6,2 jours en 1995 à 4,2 jours en 2011 (4). Néanmoins, depuis 2005, cette diminution est très progressive, d'environ 1% par an en moyenne (soit -8,5% entre 2005 et 2013) (4).

Parallèlement, le taux de sorties précoces (soit une durée de séjour en maternité de 3 jours ou moins) a augmenté passant de 1,7% en 1994 à plus de 9% en 2005 (5). Néanmoins, ce taux dépendait fortement de la région et du statut de l'établissement où avait eu lieu l'accouchement avec une prédominance pour l'Ile de France et pour les établissements de type CHU réalisant plus de 2000 accouchements par an. Ce taux dépendait aussi des caractéristiques individuelles des patientes et notamment de la parité (6).

L'évolution de cette DMS peut s'expliquer en partie par une réorganisation globale des services et de l'offre en maternité. Nous pouvons également souligner la réduction du nombre de maternités passant de 1369 en 1975 à 535 en 2010 en France métropolitaine (7).

Cette réduction s'est accélérée à partir de 1998 avec la création des types de maternité imposant une restructuration de celles-ci avec principalement une augmentation du nombre d'accouchements dans les maternités de type II (disposant d'un service de néonatalogie) et III (assurant en priorité le suivi de grossesses à risque avec une unité de réanimation néonatale).

Entre 2002 et 2012, nous avons ainsi observé une hausse des accouchements dans les établissements en réalisant plus de 3000 par an (à raison de plus de 200%) tandis qu'une diminution de plus de 50% a été observée dans ceux pratiquant moins de 500 accouchements par an (8). De même, le nombre de lits dans les services d'obstétrique a pratiquement été divisé de moitié en 30 ans alors que la natalité restait stable. En 1996, en France métropolitaine, on comptait ainsi 725 000 accouchements pour 814 maternités alors qu'en 2010 il y avait 775 000 accouchements pour 535 maternités.

Le taux d'utilisation des lits de maternité a donc fortement augmenté durant cette période passant ainsi de 22 accouchements par lit en 1975 à 47 en 2010 (7).

L'aspect économique est également une raison pouvant expliquer cette durée de séjour en maternité. En effet, même si la France bénéficie, comme les autres pays d'une réduction de sa DMS, cette dernière reste néanmoins supérieure d'un tiers à celle des autres membres de l'OCDE, plaçant ainsi la France en 29^{ème} position sur 32 pays (1).

Or, cette durée encore élevée est favorisée par un dispositif qui impose deux tarifications distinctes pour l'obstétrique : l'accouchement et le séjour de la mère, qui s'additionne à celui de l'hospitalisation du nouveau-né. La problématique du coût est également à prendre en compte. En effet, si la diminution de la DMS serait profitable à l'établissement de santé, ce constat est plus discutable pour l'assurance maladie puisque cette dernière dispose d'un tarif fixé et donc d'une facturation identique pour un séjour allant de deux à sept jours (9).

D'un autre côté, les maternités apparaissent aujourd'hui dans une situation financière globalement très précaire. Aussi, si l'on prend en compte uniquement les établissements publics (réalisant à eux seuls plus des 2/3 de l'activité d'obstétrique et près de 75% des accouchements par voie basse avec complication) (7), les coûts moyens de la naissance ont progressé d'environ 10% entre 2006 et 2010 (9). Ainsi, le tarif de l'accouchement unique par voie basse sans complication chez une primipare est fixé à 2435 euros et celui de son nouveau né (lorsqu'il n'a pas de problème significatif et eutrophe) à 921 euros. Ces tarifs apparaissent alors inférieurs pour la mère et son nouveau-né respectivement de 5,1% et de 16,6% aux coûts pour l'hôpital (9).

Autrement dit, si la durée moyenne de séjour en France rejoignait celle de l'OCDE, il en résulterait, selon les estimations, une économie théorique brute de 318 millions d'euros pour l'assurance maladie (4).

1.2 Les sorties précoces de maternité : aspect médical

Si nous avons vu précédemment que la DMS était influencée par des facteurs économiques et organisationnels, l'aspect médical est également important.

En 2004, l'ANAES a publié des recommandations sur les sorties précoces des nouveau-nés en définissant une sortie précoce comme étant une sortie entre J0 et J2 inclus pour un accouchement par voie basse et entre J0 et J4 inclus pour un accouchement par césarienne (J0 étant le jour de l'accouchement) (10).

Néanmoins, dès 2005, de nombreuses institutions telles que l'Académie de Médecine mettaient en garde contre une sortie précoce. Celle-ci évaluait que l'autonomie des fonctions vitales de l'enfant n'étaient atteintes qu'entre J3 et J5 de même que la montée de lait qui se faisait le plus souvent entre J2 et J4 (11).

De même, une étude réalisée entre 2008 et 2009 à Toulouse, montrait que les mères ayant plus souvent recours aux urgences pédiatriques étaient des primipares. Leur durée de séjour en maternité avait été inférieure à 4 jours dans la majorité des cas. De plus, il s'agissait souvent d'un allaitement artificiel, pour des nouveau-nés eutrophes (12).

Enfin, une étude sur les nouveau-nés en Suède, a montré que lors de sorties précoces, les ré-hospitalisations étaient plus fréquentes et que le motif d'hospitalisation principal était l'ictère lorsqu'il s'agissait d'une sortie précoce (13).

Compte tenu de ces risques, il apparaît qu'une organisation optimale de la sortie de maternité doit être adoptée. D'une part la précision de toutes les informations importantes sur le carnet de santé paraît indispensable pour le suivi médical. Les conditions d'accouchement ou les résultats des bilans faits pendant le séjour pour prévenir le risque infectieux en sont des exemples éloquents. D'autre part, la mise en place d'une fiche de liaison pourrait être une solution à adopter pour informer le médecin traitant sur l'état de santé de la mère et de l'enfant (14).

En 2014, la HAS a donc actualisé ses recommandations. Celle-ci a redéfini la sortie précoce à une sortie au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse et au cours des 96h après une naissance par césarienne afin de prendre en compte tous les risques existants pour la mère et son nouveau né.

De plus, la HAS a précisé les conditions de sortie optimales afin de pouvoir diminuer le taux de ré-hospitalisations et de permettre une meilleure organisation après la sortie de maternité. Elle précise notamment que « *la date de la première visite médicale doit être fixée avant la sortie de maternité, quelle que soit la durée du séjour.* » (3).

Enfin, celle-ci ajoute un élément concernant « *le parcours de soin* » du nouveau né en cas de sortie précoce à savoir :

- Un examen le jour de la sortie et un autre entre J6 et J10 effectués par un pédiatre.

- Le professionnel référent du suivi (qui peut être une sage-femme) devra, de son côté, organiser une visite dans les 24h après la sortie puis une autre, systématique, sera planifiée selon son appréciation personnelle. Une dernière visite peut être proposée (3).

Dans ce cadre législatif instauré dès 2004, l'Hôpital Femme Mère Enfant a choisi de mettre en place, entre 2008 et 2015, des visites à domicile par une sage-femme hospitalière lorsque la sortie était précoce afin de vérifier l'absence de complication maternelle ou néonatale (nommée SOPREA). De même, le dispositif PRADO (qui sera détaillé ultérieurement), assure quant à lui la visite d'une sage-femme libérale aux patientes ayant bénéficié d'une sortie standard. Néanmoins, il vise à terme les sorties précoces.

1.3 Situation en France : organisation du retour à domicile

1.3.1 Mise au point sur le retour à domicile

En 2006, l'enquête nationale réalisée par la DREES sur plus de 2600 patientes, révélait que près de 20% des mères étaient insatisfaites de la qualité de la prise en charge après la sortie de maternité alors que, dans le même temps, autant de patientes estimaient être resté trop longtemps en maternité.

Par ailleurs, plus de 72% des mères ont trouvé qu'il n'y avait aucune organisation pour le suivi à domicile de leur enfant après la sortie de maternité et 68% estimaient que ce suivi était également peu organisé pour elles. De même, près de 23% des mères ont trouvé insuffisants voire inexistantes les conseils sur la préparation à la sortie du bébé et 11% n'ont globalement pas été satisfaites de l'accompagnement à l'allaitement maternel. Enfin, elles étaient près de 8% à ne pas savoir à qui s'adresser en cas de problème pour la mère ou le nouveau né (2).

De même, une enquête de l'UNAF en 2010 recueillant 952 témoignages concernant la naissance et ses suites entre 2004 et 2009 a montré, là encore, que 17% des interrogées estimaient que la durée de séjour en maternité était trop longue et, 19% jugeaient avoir un soutien insuffisant à l'allaitement maternel tandis que 13% trouvaient que le personnel de maternité n'était pas assez à l'écoute.

Enfin, 27% des patientes auraient aimé être globalement plus soutenues (15).

Parallèlement, une étude du CIANE parue en 2012 rejoint ce constat et montre que sur 5417 naissances ayant eu lieu dans plus de la moitié des cas après 2009, plus de 30% des primipares ayant séjourné 3 jours ou moins et plus de 50% de celles ayant séjourné 6 jours ou plus estimaient que la durée de séjour en maternité était trop longue.

De même, quelque soit la durée de séjour en maternité, 16,6% des primipares se sentaient « angoissées » ou « désemparées » au moment du retour à domicile. Enfin, 26% ont senti un manque d'accompagnement global et de soutien à l'allaitement. Cependant, dès lors que les patientes bénéficiaient d'un accompagnement à domicile, elles en étaient satisfaites (16).

Selon ces différentes études, la durée de séjour en maternité aurait peu d'impact sur le vécu des patientes concernant la qualité du suivi en post partum. Néanmoins, il semble primordial pour elles de pouvoir être accompagnées et soutenues dans leur projet de mère. C'est l'objectif du travail en réseau qui permettrait notamment aux femmes de mieux vivre le retour à domicile, notamment lors d'une première naissance et de créer une continuité des soins. Ainsi, en 2010, 98% des établissements étaient membres d'un réseau de santé périnatal alors qu'ils n'étaient que 41% en 2003 (17).

1.3.2 Etablissements et acteurs intervenants dans le suivi du couple mère-enfant

1.3.2.1 La Protection Maternelle Infantile (PMI)

- Organisation

Les services de PMI ont été créés par ordonnance du 2 novembre 1945 à l'origine pour lutter contre la mortalité infantile (18). Ses missions ont évolué suivant les différents plans de périnatalité pour s'ouvrir vers la protection et la promotion de la santé, de la famille et de l'enfance (19).

Ces services départementaux sont placés sous l'autorité du conseil général (suite aux successives lois de décentralisation) et sous l'autorité hiérarchique d'un médecin qui a été titulaire pendant minimum trois ans en PMI (20).

En 2013, on dénombrait en France métropolitaine, 2502 centres de PMI. Le Rhône comptait quant à lui, 19 CPEF et 200 points d'accueil « maison du Rhône » mais c'est le département qui comptabilisait le moins de centres généraux (19 centres contre plus de 50 dans la Loire) (21).

La loi 89-899 du 18 décembre 1983 précise les cinq axes prioritaires de la PMI selon une composante sanitaire, sociale et éducative (22) :

- La surveillance et la prise en charge médicosociale de la femme enceinte : consultations pré et post natales, surveillance régulière du déroulement de la grossesse et de la croissance fœtale, dépistage précoce de pathologies maternelles et fœtales, prévention en matière d'hygiène, d'alimentation, lutte contre le tabagisme...
- La prévention médicosociale en faveur des enfants de moins de 6 ans
- L'accueil du jeune enfant avec instruction des demandes d'agréments des assistantes maternelles et obligation de formation, fonctionnement des établissements d'accueil d'enfants de moins de six ans...
- Le soutien aux parents par la transmission d'informations et de conseils à domicile notamment, un accompagnement par des professionnels (médecins, sages-femmes, infirmières puéricultrices, psychologues...) réalisant des consultations totalement gratuites pour les parents pour échanger sur le retour à domicile, l'allaitement, la prise en charge et le suivi du nourrisson...
- Le recueil et le traitement d'informations en épidémiologie et en santé publique (notamment via l'analyse des données des certificats de santé).

- Professionnels exerçant au sein de la PMI

Les médecins : Ils peuvent assurer les consultations des nourrissons sur la base des vingt examens médicaux obligatoires prévus par la loi et ce de façon gratuite pour les familles (23,24).

Les sages-femmes de PMI, quant à elles, effectuent essentiellement la surveillance des grossesses à risque médico-social (précarité notamment).

En post natal, elle a principalement un rôle d'accompagnement et de prévention avec, en particulier, des consultations de contraception (par le biais du CPEF) et de soutien à l'allaitement maternel. Concernant leur statut, les sages-femmes de PMI appartiennent à la fonction publique territoriale et travaillent donc en collaboration avec les maternités mais aussi les médecins et les sages-femmes dans le cadre de leur activité libérale.

Dans le Rhône, au 1er janvier 2015, on dénombrait 32 sages-femmes exerçant dans ce secteur soit environ 4% du total dans le département (contre 5% au niveau national) (25). A noter que la PMI doit disposer d'une sage-femme pour 1500 enfants (20).

D'un autre côté, la puéricultrice de PMI est, quant à elle, centrée sur les soins à l'enfant en assurant notamment des consultations ou des visites à domiciles afin d'évaluer la croissance de l'enfant et donner des conseils de puériculture (24).

De plus, elle accompagne la sage-femme dans son rôle de prévention et d'accompagnement à l'établissement du lien mère-enfant (26). On compte une puéricultrice pour 250 enfants (20).

1.3.2.2 La sage femme

Reconnue comme profession médicale, la sage-femme a un rôle majeur dans le suivi des femmes et de leur nouveau-né lors des situations physiologiques de la grossesse, de l'accouchement et du post partum, en référence aux compétences définies à l'article L.4151-1 du CSP. Elle assure donc une prise en charge globale du couple mère enfant dans le cadre de la physiologie et du dépistage de la pathologie (27).

Au cours des suites de naissances, elle doit veiller à garantir la santé de la mère et de son nouveau né ainsi qu'à l'établissement d'une relation mère-enfant de qualité (28).

L'effectif de cette profession en France est en augmentation régulière ces vingt dernières années. Selon le RPPS, on en dénombrait en activité moins de 15 000 en 2000 contre 21 600 au 1^{er} janvier 2015 (29).

Concernant la densité de la profession, dans le département du Rhône, on compte un peu plus de 183 sages-femmes pour 100 000 femmes en âge de procréer alors qu'en France métropolitaine elles sont en moyenne 148 pour 100 000 femmes en 2015 (29).

Selon la HAS, un « *professionnel référent du suivi* » en post partum doit être choisi par les parents avant la naissance afin de repérer les situations à risque et d'orienter la femme, si nécessaire, vers un spécialiste au moment des suites de naissances. Ce professionnel « *conseille également la femme et le couple sur la planification des soins futurs (sur le premier mois) pour la mère et l'enfant* » (3).

De même et toujours selon la HAS, concernant le nouveau-né, celui-ci « *bénéficie de 2 examens à la maternité : un examen dans les 2 heures suivant sa naissance réalisé par une sage-femme ou un pédiatre, et un examen avant toute sortie de maternité [...] par un pédiatre[...]. Cet examen a notamment pour but de s'assurer que le nouveau-né ne présente pas de pathologies [...]. Une fois le « bas risque » attesté par un pédiatre, le suivi du nouveau-né peut être réalisé par une sage-femme ou un médecin.* » (3). La sage femme a donc pleinement son rôle à jouer durant cette période.

Concernant les sages-femmes hospitalières, on en dénombrait en janvier 2015 plus de 14 000 au niveau national (25). Sur les 814 sages-femmes exerçant dans notre département au 1^{er} janvier 2015, 581 avaient une activité hospitalière (en établissement public, privé à but non lucratif ou lucratif) représentant 71% d'exercice hospitalier. Parmi elles, 60% exerçaient à l'hôpital public (25). C'est donc ce mode d'exercice qui est priorisé, aussi bien au niveau national qu'au niveau départemental. Les parents vont les rencontrer le plus souvent dès la période prénatale mais, après la naissance, la sage-femme va être amenée à leur prodiguer des conseils sur le retour à domicile et à organiser le suivi après la sortie de maternité.

Concernant les sages-femmes libérales, on en dénombre 187 (en incluant celles ayant une activité mixte c'est-à-dire libérale et hospitalière) au 1^{er} janvier 2015 dans le Rhône soit 23% du total dans notre département, soit un taux légèrement inférieur au niveau national (qui est de près de 26%) (25).

Ce sont les actrices prépondérantes du suivi après la sortie de maternité puisqu'elles permettent de créer un relai ville-hôpital important en participant notamment aux visites à domicile après la sortie de maternité. Elles peuvent ainsi exercer indépendamment ou dans le cadre du PRADO.

Ce dispositif (PRADO) a été mis en place en 2010 par la CNAM pour les patientes qui le souhaitent dès J3. Deux visites sont organisées et prises en charge à 100% par l'assurance maladie jusqu'au 12^{ème} jour après la naissance : une première visite dans les 48h suivant la sortie et au plus tard dans les 7 jours et une deuxième sera effectuée selon l'appréciation de la sage-femme (Annexe I). Le programme est ouvert à toute patiente majeure, sans comorbidité ni complication, ayant accouché par voie basse d'un premier enfant sain et né à terme ne présentant aucun problème d'alimentation et dont le poids est corrélé à l'âge gestationnel.

Il a été mis en place au départ dans deux départements (les Yvelines et la Haute Savoie) puis généralisé à toute la France entre 2013 et 2014.

En 2014, on comptait ainsi plus de 120 000 bénéficiaires dans 400 maternités pour un potentiel de plus de 500 000 naissances (30). Cependant, le PRADO ne concerne pas uniquement le secteur de l'obstétrique puisqu'il dispose d'autres volets médicaux (comme la chirurgie ou l'orthopédie) et vise à terme une économie de 326 millions d'euros (30). A l'inverse, le coût total du dispositif par bénéficiaire a été estimé à 107 euros soit 16,5 millions d'euros pour 130 000 bénéficiaires (4).

1.3.2.3 Les pédiatres et médecins généralistes libéraux

Selon le Code de la Santé Publique, plusieurs examens de santé sont réalisés pour l'enfant de la naissance jusqu'à l'âge de 6 ans et en particulier au cours de la première année de vie où ils sont au nombre de neuf (31). De même, « *les examens sont faits soit par un médecin d'une consultation de protection maternelle et infantile, soit par un médecin choisi par les parents de l'enfant [...]. Ils ont pour objet la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations.* » (31). Les résultats des examens sont inscrits dans le carnet de santé de l'enfant. Trois examens sont assujettis à l'établissement d'un certificat de santé obligatoire qui sera remis au médecin responsable du service de PMI du département : celui réalisé dans les huit premiers jours de vie, au cours du neuvième mois et au cours du vingt-quatrième mois (32).

Notre département possède un assez grand nombre de pédiatres libéraux puisqu'on en comptait 108 en 2013, soit 1 professionnel pour 240 naissances alors que la moyenne nationale est de 1 pédiatre pour 296 naissances (21).

A l'inverse, concernant les médecins généralistes, ils étaient, cette même année, 1528 dans le Rhône avec une moyenne d'un professionnel pour 17 naissances alors que la moyenne nationale était d'un généraliste pour 15 naissances (21).

1.4 La problématique

Nous venons donc de voir que des réorganisations successives ont imposé aux maternités de réduire les durées de séjour des mères et de leur nouveau-né. Cependant, force est de constater que malgré une globale insatisfaction des patientes quant à la qualité du suivi en post-partum, celles-ci estiment que la durée du séjour ne serait pas en cause. Néanmoins, il est primordial de garder une continuité des soins afin de leur permettre de prendre confiance dans leur rôle de mère et de les accompagner dans cette nouvelle étape. C'est le rôle des réseaux de soins (tel que le réseau AURORE dans notre région) créés afin d'assurer un lien entre la ville et l'hôpital et dont les principaux acteurs sont les professionnels de santé libéraux mais également la PMI.

Néanmoins, comment vont s'organiser les parents entre la sortie de maternité et la visite pédiatrique de la fin du premier mois ? Malgré l'expansion du secteur libéral en France, comment expliquer une recrudescence des consultations aux urgences, en particulier pour les nouveau-nés sans pathologie ? Sur quels critères les parents choisissent-ils les professionnels de santé qui vont intervenir dans le suivi de leur enfant après la sortie de maternité ? Quel(s) type(s) de besoin(s) les mères mettent-elles en évidence pour leur nouveau-né et/ou pour elle-même ? Et enfin, quels sont les changements qui interviennent dans la prise en charge du nouveau-né entre le premier enfant et le dernier ?

Pour répondre à ces questions nous avons choisi de faire un état des lieux de la situation en interrogeant, en maternité, les mères multipares ayant accouché pour la première fois d'un enfant sain né à terme entre 2010 et 2014. Nous leur avons également demandé le type de suivi qui sera a priori choisi pour l'enfant né en 2015.

2. L'ETUDE

2.1 Méthodologie

2.1.1 Objectifs de l'étude et hypothèses de recherche

Le but de cette étude était de faire un état des lieux concernant le suivi pédiatrique ayant lieu après la sortie de maternité et tout au long du premier mois de vie d'un premier enfant dans la famille.

L'objectif principal de cette étude était donc de décrire l'organisation du suivi pédiatrique du premier enfant sain et né à terme de la multipare entre la sortie de maternité et la fin du premier mois. L'objectif secondaire était des connaître les attentes des parents concernant ce suivi.

Il s'agissait d'étudier à la fois le rôle des différents professionnels de santé acteurs et les modalités de prise en charge des nouveau-nés en répertoriant les structures existantes pour les accompagner. Il s'agissait également d'évaluer le mode de suivi et les apports des conseils donnés aux parents.

Les hypothèses de recherche en lien avec l'objectif principal étaient les suivantes:

- Le raccourcissement de la durée moyenne de séjour en maternité contraint les parents à consulter en urgence pendant le premier mois de vie.
- En dehors de l'examen pédiatrique du premier mois, la sage femme libérale a un rôle important dans le suivi des nouveau-nés en post partum.
- Les parents envisagent le même suivi pédiatrique pour leur premier enfant que pour le suivant.

L'hypothèse de recherche en lien avec l'objectif secondaire était que

- Les primipares ont plus besoin de conseils et d'accompagnement par les professionnels de santé que les multipares.

2.1.2 Caractéristiques de la population et critères de sélection

Cette étude s'est déroulée sur une période de trois mois du 22 juin au 28 septembre 2015. L'objectif était d'interroger 100 patientes multipares ayant accouché auparavant dans une maternité des Hospices Civils de Lyon.

Notre étude portait donc sur trois maternités du CHU à savoir : l'Hôpital Femme Mère Enfant et l'Hôpital de la Croix Rousse, deux maternités de type III situées pour la première à Bron et la deuxième dans le quatrième arrondissement de Lyon. Enfin, l'étude incluait également le Centre Hospitalier Lyon Sud, maternité de type II située en périphérie de Lyon, à Pierre Bénite. Notre questionnaire a pu être testé auprès de huit patientes début mai, ce qui a permis de le corriger et de débiter notre étude le 22 juin 2015.

Choix de la population d'étude :

Nous avons interrogé en maternité les patientes multipares. Cela permettait à posteriori et sur un même lieu, de repérer tous les intervenants professionnels ayant gravité autour de l'enfant après la sortie de maternité.

De plus, nous avons choisi d'étudier le suivi du premier enfant puisque les choix faits pour celui-ci, échappent, par définition, à une expérience parentale antérieure. Cela évite ainsi les biais de classement.

Nous avons donc choisi d'inclure dans cette étude :

- les premiers enfants sains et nés à terme (≥ 37 SA) de la multipare ayant accouché à partir de 2010 (pour être le plus proche de la date de l'étude et ainsi éviter les biais de mémorisation de la patiente).
- le nouveau-né resté en maternité avec sa mère.

Ont été exclus de cette étude les nouveau-nés hospitalisés, y compris ceux ayant séjournés en unité Kangourou ainsi que les nouveau-nés hypotrophes pour le terme, définis sur la base de la littérature au 3^{ème} percentile (33). Pour des raisons pratiques, et pour un suivi homogène, nous avons également exclu les patientes ne parlant ou ne comprenant pas le français ainsi que celles ayant séjourné hors de la région pendant le premier mois de vie.

2.1.3 Type de recherche, durée et modes d'intervention

Il s'agissait ici d'une étude descriptive, rétrospective et multicentrique.

Dans un premier temps, les sages femmes présentes dans les services de maternité m'ont aidé à répertorier les patientes multipares et à exclure celles ne pouvant être interrogées.

Ensuite, j'ai pris connaissance des dossiers des patientes (via le dossier informatisé du service : Gulper) afin de vérifier si les critères d'inclusion et d'exclusion étaient respectés pour chacune.

Après avoir pris connaissance du dossier, j'ai interrogé directement la patiente dans sa chambre (questionnaire auto-administré) après recueil du consentement d'usage et information au sujet de l'étude c'est-à-dire :

- Le questionnaire est anonyme,
- La durée moyenne du questionnaire est de 10 à 15 minutes,
- Celui-ci comporte 3 parties : une première partie d'informations générales (fiche signalétique), une deuxième partie portant sur les différents types de professionnels rencontrés pour ce premier enfant et enfin une troisième partie concernant leurs attentes, leurs souhaits d'accompagnement, les soucis organisationnels et matériels de cette période ainsi que le choix opté pour le suivi du nouvel enfant (né en 2015) (questionnaire en Annexe II).

Au total, nous avons consulté 230 dossiers mais 130 ne répondaient pas aux critères d'inclusion de l'étude. L'objectif de 100 réponses a finalement pu être atteint fin septembre 2015.

2.1.4 Recueil et analyse des données

Dans un premier temps, notre questionnaire a été analysé à l'aide du logiciel informatique Excel. Dans un second, nous avons comparé certaines données entre elles afin de savoir s'il y avait un lien significatif entre les variables. Pour ce faire, nous avons utilisé le test du Chi2 pour les variables qualitatives et avec des échantillons supérieurs ou égaux à 30. Lorsque l'effectif attendu était inférieur à 5, nous avons réalisé un test exact de Fisher à l'aide du logiciel BiostaTGV. Le seuil de significativité (p) a été fixé à 0,05.

2.2 Présentation des résultats

2.2.1 Présentation de la population

Notre étude comptait 80% de deuxièmes paires et 20% de troisièmes paires et toutes avaient eu leur premier enfant entre 2010 et 2014 avec une année médiane de 2012.

En ce qui concerne l'âge des parents, les pères étaient 41% (n=41) à avoir entre 30 et 34 ans au moment de la naissance de leur premier enfant tandis que 45% (n=45) des mères avaient entre 26 et 29 ans. Une seule mère avait moins de 20 ans et 3 mères contre 18 pères avaient plus de 35 ans. La totalité des participants vivaient en couples ou étaient mariés au moment de la naissance du premier enfant.

Le congé paternité avait duré 14 jours pour 50% des pères, 3 jours pour 38% d'entre eux et 12% avaient eu un mois de repos après la naissance.

La très grande majorité, soit 95 personnes (95%), habitaient dans le département du Rhône et parmi elles, 29,5% (n=28) vivaient à Lyon.

Avant la naissance, les structures connues par les patientes étaient : la PMI à 68%, un cabinet médical ou une maison de santé à proximité de leur domicile à 30% et une maternité proche de chez elles à 21%.

Par ailleurs, 65% des femmes s'étaient déjà occupées de nourrissons avant d'être mère et avaient donc de l'expérience.

Concernant l'environnement social des mères, 87% d'entre elles se sont senties soutenues par leur entourage au moment de la naissance de leur premier enfant et 64% ont été rassurées par au moins un professionnel de santé durant le post-partum.

Parmi ces dernières, 44% (n=28) ont cité la PMI, 23,5% (n=15) leur sage femme, 12,5% (n=8) leur pédiatre, 9% (n=6) leur médecin traitant. Les 11% restants (n=7) ont cité la maternité, l'obstétricien ou le psychologue comme étant un soutien pour elles. Enfin, 3% (n=3) des patientes ont trouvé du soutien grâce aux associations de parents ou dans les maisons de la parentalité.

Parmi les femmes ne se sentant pas soutenues (soit 10% n=10), 80% (n=8) disent qu'elles n'en avaient pas besoin et 20% (n=2) ne connaissaient personne compte tenu de leur arrivée récente dans la région.

Notre étude comptait en majorité des mères ayant fait des études supérieures. Environ 60% (n=63) avaient poursuivi des études au-delà du baccalauréat. Néanmoins, ces patientes n'avaient pas une catégorie socio professionnelle à hauteur de leur diplôme puisqu'elles étaient 21% (n=21) faisant partie des cadres et 21% appartenant à celle des professions intermédiaires. Au total, 17% des mères étaient sans emploi au moment de la naissance de leur premier enfant.

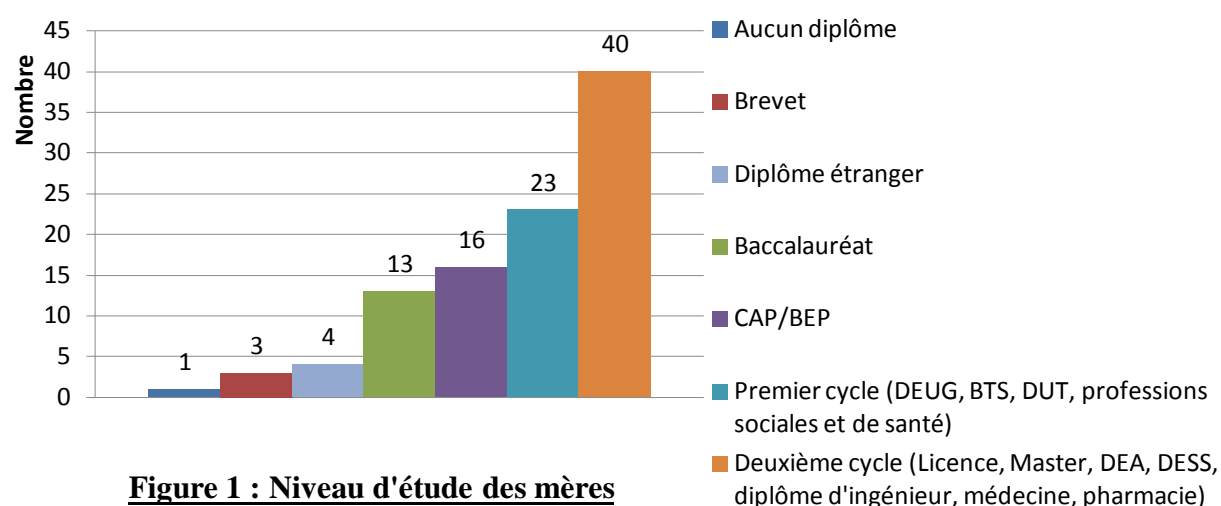


Figure 1 : Niveau d'étude des mères

Tableau I : Caractéristiques globales des participantes à l'étude

| Caractéristiques | Pourcentage (Effectif (=n)) | Moyenne (écart type) et [intervalle] |
|--|-----------------------------------|---|
| Age gestationnel à la naissance (SA révolues) | | 39,52 |
| 37 | 10% | |
| 38-40 | 66% | |
| ≥41 | 24% | |
| Poids de naissance (grammes) | | 3326 (413,5) [2650-4680] |
| Sexe | | |
| Masculin | 59% | |
| Féminin | 41% | |
| Mode accouchement | | |
| Voie basse eutocique | 68% | |
| Voie basse instrumentale | 18% | |
| Césarienne programmée | 3% | |
| Césarienne en travail | 11% | |
| Durée de séjour (en jours) | | 4,16 (2,82) |
| Voie basse eutocique | | 3,98 |
| Voie basse instrumentale | | 3,88 |
| Césarienne | | 5,36 |
| Allaitement | | |
| Maternel | 69% | |
| Artificiel | 23% | |
| Mixte | 8% | |
| Durée d'allaitement (maternel non exclusif) | | 74 jours (102,57) |
| ≤7 jours | 4% (n=3) | |
| < 1 mois | 18% (n=14) | |
| ≥ 1 mois | 78% (n=60) | |
| ≥ 3 mois | 44% (n=34) | |
| ≥ 6 mois | 16% (n=12) | |

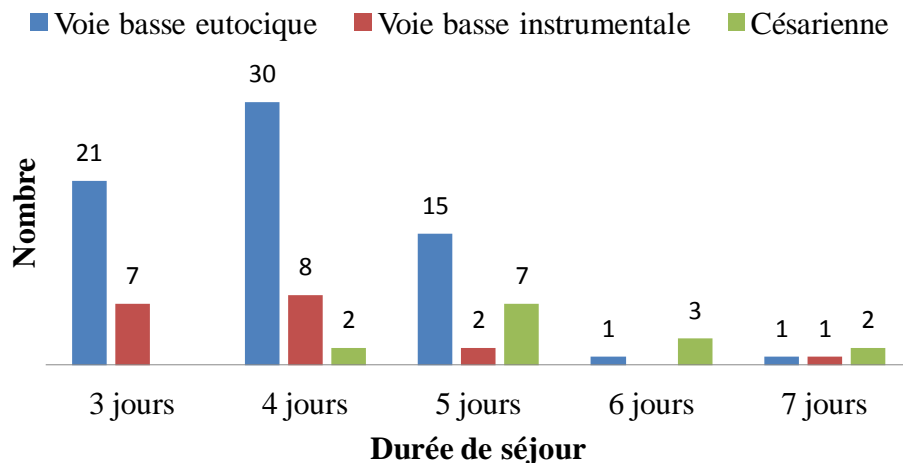


Figure 2 : Durée du séjour en maternité en fonction de la voie d'accouchement

Ainsi, dans notre étude et tous modes d'accouchement confondus, les patientes étaient restées majoritairement 4 jours en maternité (dans 40% des cas, n=40). Elles étaient 32% à séjourner au moins 5 jours et 28% étaient quant à elles restées 3 jours à la maternité au moment de la naissance du premier enfant.

2.2.2 Le suivi du premier enfant pendant son premier mois de vie

2.2.2.1 Concernant l'examen pédiatrique réalisé à la fin du premier mois

Nous constatons que 99% (n=99) des personnes interrogées avaient pu réaliser cet examen. Les parents ont fait appel à un pédiatre libéral dans 62% des cas (n=62), tandis que le médecin traitant a été choisi dans 28% des cas.

Le médecin généraliste de PMI a quant à lui été sollicité par 9% des patientes interrogées. Une seule personne nous a indiqué qu'elle n'avait pas eu l'information concernant cet examen.

Parmi les raisons qui ont permis aux parents de choisir le professionnel assurant la visite pédiatrique, nous retrouvons majoritairement la proximité du cabinet de leur domicile, citée à 34% comme raison principale et à plus de 60% comme raison secondaire. Enfin 3% évoquent que leur choix prioritaire a été guidé par des raisons financières.

Tableau II : Raisons évoquées par les parents concernant le choix du professionnel réalisant la visite pédiatrique

| | Raison principale | Raison secondaire |
|---|-------------------|-------------------|
| Proximité cabinet | 34 | 23 |
| Médecin de famille | 21 | 1 |
| Conseils de l'entourage | 16 | 4 |
| Conseils d'autres professionnels de santé | 13 | 2 |
| Disponibilité | 6 | 3 |
| Raison financière | 3 | 0 |
| Pédiatre indisponible | 1 | 1 |
| Autre raison | 5 | 3 |
| TOTAL | 99 | 37 |

Enfin, concernant la satisfaction des parents par rapport au professionnel choisi pour la visite pédiatrique, sur 99 patientes, nous constatons que 83% étaient satisfaites ou très satisfaites des réponses apportées par le professionnel. A l'inverse, 10% l'étaient peu et 5% n'étaient pas du tout satisfaites du professionnel. Enfin, 2% n'ont pas donné leur avis.

2.2.2.2 D'autres consultations ont été réalisées pendant le premier mois par les parents.

Ils étaient 88 (88%) à avoir choisi un autre professionnel. Parmi ces 88%, 46% ont consulté un seul professionnel de santé, 30% en ont consulté deux et 12% en ont consulté trois. Au total, 12% des patientes n'ont donc consulté aucun professionnel de santé pour leur enfant entre la sortie de maternité et la visite pédiatrique.

Sur les 88 patientes ayant rencontré au moins un professionnel, 141 consultations ont été réalisées par différents professionnels de santé.

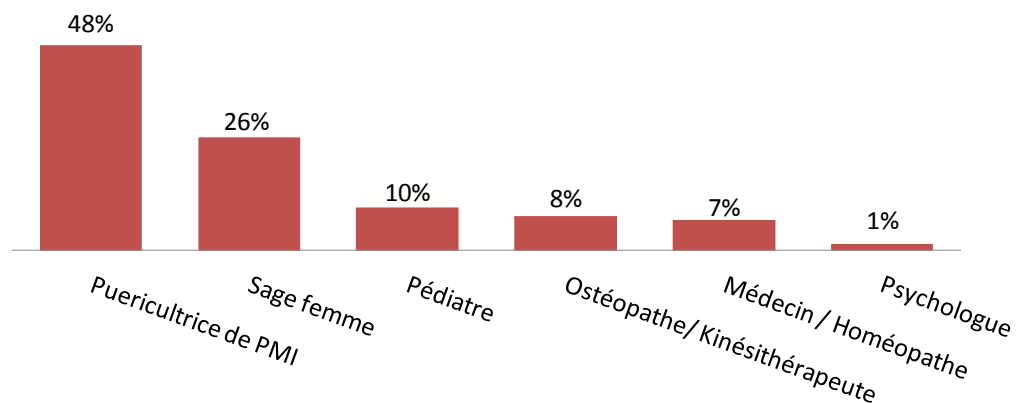


Figure 3 : Professionnels de santé rencontrés pendant le premier mois de vie de l'enfant

La puéricultrice de PMI a ainsi suivi une majorité de patientes avec 67 consultations (48%). La sage femme a quant à elle été rencontrée par 26% des parents (n=37) avec une préférence de ceux-ci (dans 57% des cas (n=21)) pour leur sage femme libérale. De même, 35% des parents (n=13) sont retournés à la maternité ou ont vu la sage femme de SOPREA en cas de sortie précoce. Enfin 8% (n=3) ont consulté une sage femme de PMI dans le cadre de leur allaitement notamment.

Concernant la satisfaction des patientes vis-à-vis de ces professionnels, sur les 67 patientes allant voir la puéricultrice de PMI, plus de 86% (n=58) étaient satisfaites ou très satisfaites de la prise en charge, et que près de 6% (n=4) l'étaient rarement ou pas du tout. Un peu plus de 7% (n=5) n'ont pas répondu.

De même, concernant les autres professionnels et hormis la puéricultrice de PMI, sur les 60 patientes ayant consulté pendant le premier mois, 76,5% (n=46) étaient satisfaites ou très satisfaites de la prise en charge et 20% (n=12) n'ont pas répondu à notre question. Nous retrouvons donc 3,5% de patientes (n=2) qui ont trouvé que le professionnel répondait peu à leurs attentes. Il s'agissait d'une sage femme dans les deux cas.

Lorsque les patientes avaient besoin d'informations complémentaires c'est-à-dire pour 83 patientes sur 100, celles-ci ont cité 155 sources différentes. Ainsi, les patientes allaient en priorité demander des conseils à leur entourage (à 36% soit n=57). De même, 53 patientes cherchaient des informations sur internet, qui représentait donc 34% des informations utilisées.

Par ailleurs, 16 (10%) sont allées consulter un autre professionnel de santé lorsqu'elles n'étaient pas satisfaites des réponses apportées, et 15 (environ 10%) ont recherché des informations dans des livres pour jeunes parents. Les autres pistes d'informations moins utilisées par les parents étaient les associations d'allaitement maternel (représentant 4% soit n=6) et les réunions de parents (3%, n=5). La pharmacie, le carnet de santé et les séances de préparation à la naissance ont été cités par trois personnes différentes comme représentant une source d'information pour elles (soit 2%).

2.2.2.3 Concernant les contrôles de poids du nouveau né

Dans notre étude, 82% des parents ont réalisé des pesées pendant le premier mois. Concernant les professionnels sollicités, dans plus de 90% des cas (n=74), les patientes se sont rendues chez un seul professionnel. Les 10% restants (n=8) ont utilisé deux modes de pesée (voir organigramme ci après). Lorsque les parents ont choisi un seul professionnel, il s'agissait de la PMI dans 81% des cas (n=60).

C'est ensuite la sage femme qui était sollicitée avec 9,5% de pesée (n=7) et 8% (n=6) ont pesé leur enfant à domicile par une balance louée en pharmacie. Enfin 1,5% (n=1) sont allées chez un pédiatre.

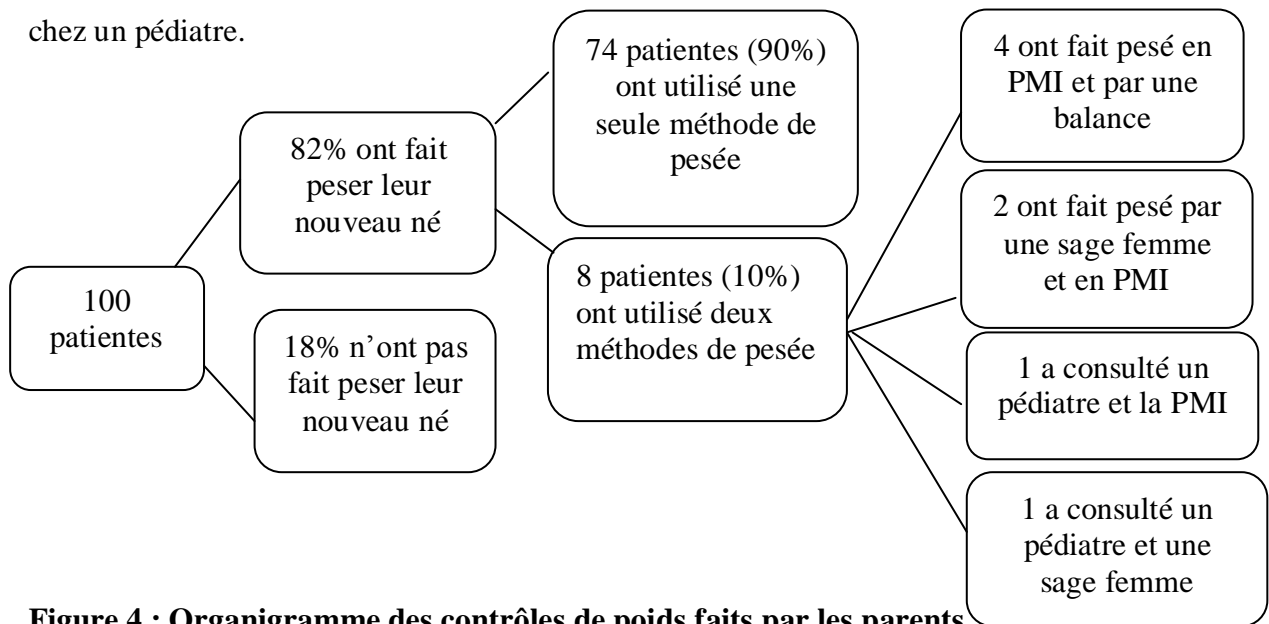


Figure 4 : Organigramme des contrôles de poids faits par les parents

2.2.2.4 Concernant les consultations aux urgences

Dans notre étude, 29 patientes (29%) ont consulté en urgence durant le premier mois de vie de leur enfant.

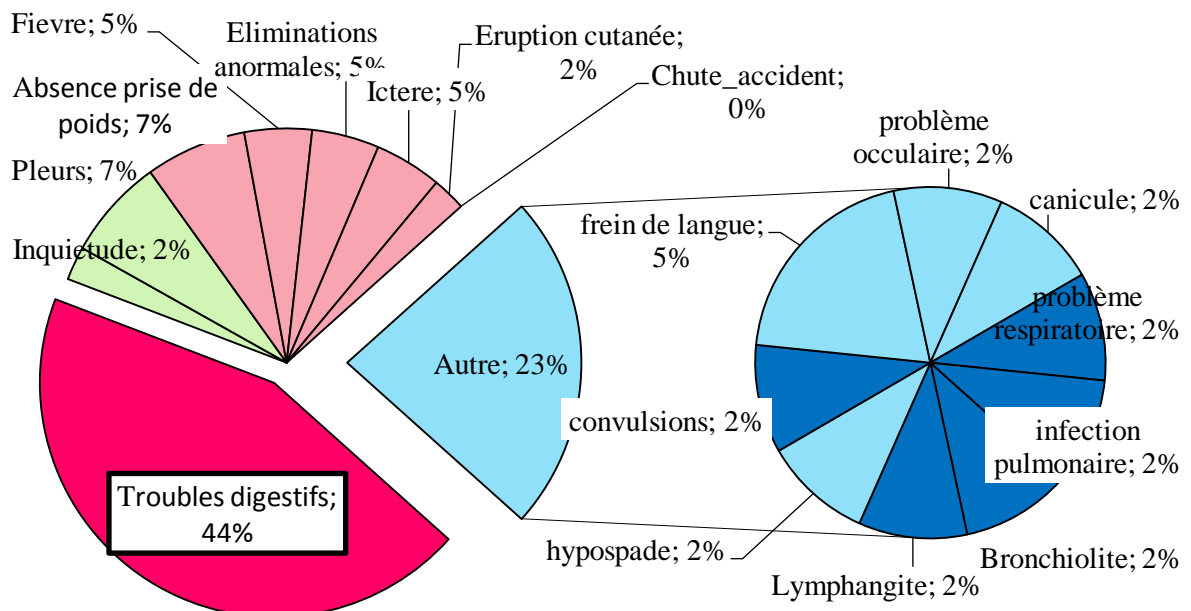


Figure 5 : Motifs de consultations aux urgences pendant le premier mois de vie.

Quarante-trois consultations pour 17 motifs différents ont ainsi été répertoriées. Parmi les patientes ayant consulté, près de 76% (n=22) ont consulté une seule fois, 17% (n=5) ont consulté deux ou trois fois et près de 7% (n=2) ont consulté au moins quatre fois.

Les troubles digestifs et problèmes d'alimentation concernaient 11 patientes soit 19 consultations. Sur les 11 cas concernés, 7 (64%) étaient des allaitements maternels et 4 (36%), des allaitements artificiels. A la suite de cette consultation, 4 patientes sur 7 n'ont pas poursuivi leur allaitement au-delà de trois semaines de vie.

Nous précisons également que nous avons tenté de limiter les réponses subjectives des patientes en ne prenant en compte le motif « inquiétude » que lorsqu'il n'était pas associé à un autre problème. Parmi toutes les consultations, quatre ré-hospitalisations ont été nécessaires (il s'agissait de nouveau-nés atteints d'ictère (n=2), de bronchiolite et de convulsions).

2.2.2.5 Concernant les besoins que les mères ont ressenti à la sortie de maternité pour un premier enfant

Elles étaient 51% à nous signifier n'éprouver aucun besoin particulier et 49% ont ressenti au moins un besoin. Parmi ces dernières, 30 patientes (61%) nous ont signifié avoir besoin de conseils, 20 (41%) avaient besoin d'informations, et 19 (39%) d'accompagnement. Les autres besoins étaient celui d'orientation (cité par 12 patientes (24%)), d'écoute à 18% (n=9), de repos (6% soit n=3), de soutien (4% soit n=2). Suite à une césarienne, 2 patientes souhaitaient de l'aide à domicile. Enfin, 14% (n=7) auraient voulu prolonger leur séjour à la maternité.

2.2.3 Le suivi envisagé pour l'enfant né en 2015

Concernant le professionnel choisi pour la visite de fin de premier mois, les patientes pensent se tourner vers le même professionnel de santé que celui de leur premier enfant à 50% et 45% ne pensent pas opter pour la même personne. Enfin, 5% n'avaient pas encore fait leur choix au moment du questionnaire.

Lorsque nous cumulons les patientes indécises et celles qui ont choisi de ne pas réitérer la visite de fin du premier mois avec le même professionnel (soit 50%), nous constatons qu'il s'agit en majorité soit d'un déménagement du couple, soit d'un départ à la retraite du professionnel (mentionné dans respectivement 42% (n=21) et 14% (n=7) des cas, soit 56%).

Dans 36% des cas (n=18), les parents ne sont globalement pas satisfaits du professionnel choisi. Les diverses explications mentionnées par les patientes étaient soit qu'elles jugeaient qu'il n'y avait pas assez de communication ou de confiance instaurée (n=6), soit que le professionnel n'était pas assez à l'écoute (notamment en ce qui concerne l'accompagnement de l'allaitement maternel) (n=5). L'explication vient également de l'attente pour prendre un rendez vous (n=2), ce qui angoissait les patientes en cas d'urgence. Enfin, 6% des patientes (n=5) se sentaient rassurées lorsque le suivi était réalisé par un pédiatre et non un médecin généraliste.

Les 8% restants (n=4) ont évoqué des motifs divers : une patiente n'avait pas de rendez vous pour le premier mois de son enfant (pédiatre non disponible), une autre n'avait pas fait la visite pédiatrique et ne savait pas vers qui se tourner et les deux dernières nous ont évoqué une autre raison sans nous en expliquer d'avantage.

Ainsi, 55% des patientes ayant choisi initialement un pédiatre libéral pour leur premier enfant opteront pour le même professionnel. De même, 43% garderont le même médecin généraliste que celui ayant réalisé la visite du premier mois de leur premier enfant.

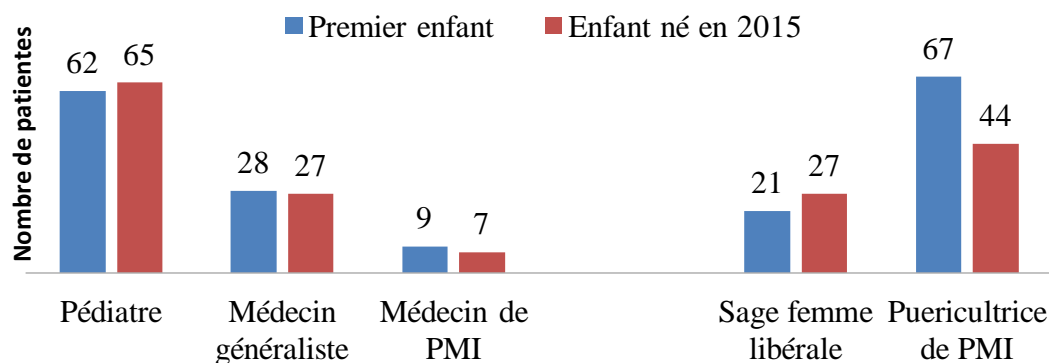


Figure 6 : Comparaison des types de professionnels choisis par les patientes pour le premier mois entre le premier enfant et celui né en 2015

Enfin, les besoins des mères ont évolué. Ainsi, lors du séjour en maternité pour leur deuxième (ou troisième) enfant, elles étaient 64% à ressentir moins de besoins voire aucun par rapport à la première naissance. A l'inverse, 8% estimaient avoir plus de besoins pour l'enfant né en 2015 que pour le précédent. Au total, 45% exprimaient un seul besoin et 19% en exprimaient deux ou plus.

Parmi toutes les patientes, 60 besoins ont été exprimés : ceux de conseils et d'informations revenaient le plus souvent (représentant chacun 31% soit 14 patientes). De même, 29% (soit 13 patientes) souhaitaient plus d'accompagnement et 6 autres (13%) avaient des attentes concernant l'accompagnement à l'allaitement maternel. De plus, 9% des femmes (n=4) avaient besoin d'écoute, le même nombre ressentait un besoin d'aide. Enfin, 3 patientes (6%) avaient besoin de repos et 2 (4%) souhaitaient être orienté vers quelques professionnels.

Enfin, après explication du dispositif PRADO et bien que toutes les patientes ne soient pas éligibles, 73% se disent intéressées pour cette naissance et 9% nous ont précisé qu'elles auraient aimé en bénéficier pour leur premier enfant.

2.2.4 Résultats croisés

Tout d'abord, comme 18% des parents de notre étude n'ont jamais fait peser leur nouveau-né avant la visite pédiatrique, nous avons cherché à analyser ce phénomène.

Tableau III : Analyse des contrôles de poids faits pendant le premier mois.

| Variables | Significativité (p) |
|-------------------------------------|----------------------------|
| Age maternel | p >0,8 |
| Type d'allaitement | p <0,03 |
| Niveau d'études | p >0,5 |
| Durée du séjour en maternité | p >0,3 |
| PMI non connue avant la naissance | p <0,01 |
| Soutien d'un professionnel de santé | p >0,1 |
| Soutien de l'entourage | NS |

Ainsi, les contrôles de poids du nouveau-né dépendent de façon significative ($p < 0,05$) du type d'allaitement et de la connaissance de la PMI avant la naissance. En effet, dans 74% des cas (n=61), les patientes ayant fait peser leur nouveau-né avaient choisi un allaitement maternel et s'étaient renseignées sur la PMI avant la naissance de leur enfant.

Nous avons également voulu analyser *les consultations en urgence* de notre population d'étude afin d'identifier les variables qui influent sur le taux de ré-hospitalisations. Ainsi, nous avons analysé plusieurs variables. Les caractéristiques obstétricales telles que l'âge gestationnel (≤ 38 SA ou > 39 SA), le sexe, le mode d'accouchement, la durée du séjour en maternité et le type d'allaitement ont été étudiés. Nous avons pensé que l'âge de la mère ainsi que son niveau d'études pouvait également influencer le fait de consulter en urgence.

Cependant, même si nous n'avions pas le même type de population entre les nouveau-nés ayant été ré-hospitalisés et ceux ne l'ayant pas été, nous n'avons retrouvé aucune donnée significative [$0,2 < p < 0,7$].

Par ailleurs, nous avons souhaité comparer les besoins ressentis et exprimés par les mères lors d'une première naissance afin de les comparer à ceux exprimés pour l'enfant né en 2015. Les primipares étaient ainsi 49% à exprimer un ou plusieurs besoins à la sortie de maternité. Pour leur nouvel enfant (né en 2015), elles étaient 45% à exprimer un seul besoin et 19% en exprimaient deux ou plus.

Tableau IV : Besoins des patientes pour la première naissance et pour la suivante.

| Besoins exprimés par les patientes | Premier enfant (n=49) | Enfant né en 2015 (n=45) | Significativité (p) |
|------------------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------|
| Ecoute | 9 (18%) | 4 (9%) | $p > 0,5$ |
| Accompagnement | 19 (39%) | 13 (29%) | $p = 0,7$ |
| Conseils | 30 (61%) | 14 (31%) | $p > 0,5$ |
| Informations | 20 (41%) | 14 (31%) | $p > 0,3$ |
| Orientation | 12 (24%) | 2 (4%) | $p < 0,1$ |
| Soutien | 2 (4%) | 3 (6%) | $p = 0,35$ |
| Repos | 3 (6%) | 0 | $p > 0,1$ |
| Prolonger séjour en maternité | 7 (14%) | inconnue | |
| Aide maternelle | 2 (4%) | 4 (9%) | $p < 0,1$ |
| Aide à l'allaitement | 2 (4%) | 6 (13%) | $p = 0,025$ |

A la sortie de maternité, les primipares ont surtout besoin de conseils, d'informations et d'accompagnement mais ce résultat n'est pas significatif. Ces besoins spécifiques ne sont donc pas dépendant de la parité de la mère. A contrario, le besoin d'aide à l'allaitement était significativement plus élevé lors d'une seconde ou troisième naissance puisque 4% (n=2) des patientes interrogées lors de l'arrivée d'un premier enfant ressentaient ce besoin alors qu'elles étaient 13% (n=6) à l'exprimer en 2015. Néanmoins, notons que sur ces 6 patientes, pour 2 personnes il s'agissait d'une découverte puisqu'elles n'avaient pas allaité leur premier enfant. Une autre patiente avait précédemment eu un échec d'allaitement (4 jours) tandis que les 3 derniers cas étaient des allaitements maternels bien menés allant de 1 à 4 mois. Enfin, deux patientes nous ont également fait part d'un arrêt précoce d'allaitement pour la première naissance, et ont par conséquent, choisi de ne pas allaiter leur deuxième enfant.

3. ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION

3.1 L'étude

3.1.1 Les forces de l'étude

- Diversité de la population enquêtée

Le fait d'avoir interrogé des patientes dans deux maternités de type III a permis d'avoir un panel de réponses diversifié. Parallèlement, le niveau socio-économique différait en fonction de la localisation géographique des hôpitaux, permettant ainsi d'obtenir un échantillon assez représentatif de la population générale. De plus, par l'intermédiaire de cette étude, nous avons pu faire un état des lieux de l'organisation du suivi postnatal sans comparer les types de maternités ou les professionnels rencontrés.

- Etude du dossier informatique (Gulper)

La connaissance préalable du dossier informatique des patientes a permis de savoir si elles répondaient ou non aux critères de sélection de notre étude et ainsi d'éviter des réponses imprécises voire une perte de temps.

- Remplissage du questionnaire

Comme nous avons opté pour un questionnaire auto-administré, cela nous a permis d'avoir un contact direct avec les patientes durant leur séjour et de ne pas avoir de biais de sélection. De plus, le fait d'être disponible plusieurs demi-journées par semaine durant l'étude a permis de faire des relances et ainsi d'éviter les « perdu de vue ».

3.1.2 Les limites de l'étude

- Taux de réponses

Bien que notre enquête ait duré trois mois, et malgré plusieurs relances, obtenir un nombre conséquent de réponses a été difficile. De fait, la principale limite de l'étude était de n'avoir obtenu que 100 patientes répondant aux critères d'éligibilité du questionnaire.

Par ailleurs, une complication technique informatique nous a contraint à réaliser les tests statistiques manuellement, ce qui nous a limité dans leur nombre.

De plus, nous retrouvions peu de résultats significatifs, mais le manque de puissance de notre étude peut en être responsable.

- Type de population

Malgré les différents horizons des patientes, nous devons préciser que pour cette étude, 7 patientes (ou membre de leur entourage) appartenaient au milieu médical. Mais nous avons choisi de les inclure car, leurs besoins peuvent être les mêmes, sinon différents du fait de leurs connaissances, ce qui peut être enrichissant.

- Biais de classement

Le fait d'interroger les patientes par contact direct a permis d'éliminer un biais de sélection mais a entraîné un biais de classement non différentiel puisque notre présence a pu influencer les réponses. Néanmoins, comme notre questionnaire comportait à la fois une partie sur le suivi du premier enfant et une autre sur le suivi du dernier, nous avons pensé qu'il était préférable d'être présent afin que les patientes comprennent bien les sous parties du questionnaire. Par ailleurs, cela nous a permis d'échanger avec les patientes sur leur ressenti et sur leur besoin d'être accompagnées et conseillées à cette période délicate de la naissance d'un premier enfant. Enfin, nous avons jugé que ce biais était préférable à un biais de sélection entraînant des réponses incorrectes ou inadaptées au questionnaire.

- Biais de mémorisation

Comme nous avons interrogé des patientes sur le suivi ayant eu lieu pour un enfant né à partir de 2010, il est possible que les patientes ne se souviennent plus précisément de cette période. Néanmoins, notre questionnaire était à choix multiples, avec peu de réponses ouvertes et construit d'une façon à ne pas proposer de réponses trop précises, limitant ainsi l'effort de mémorisation des patientes.

C'est également pour contrer ce biais que nous avons choisi de prendre l'année 2010 comme année limite d'étude, permettant ainsi de récolter un nombre suffisant de réponses tout en diminuant l'impact de mémorisation des patientes.

- Construction du questionnaire

Enfin, une dernière limite était la construction du questionnaire puisque nous nous sommes rendus compte a posteriori qu'il pouvait nous manquer certaines données qui auraient été utiles à l'interprétation des résultats. Par exemple, il aurait été judicieux de connaître la date exacte de consultation ou le nombre de jours de vie du nouveau-né lorsque les parents consultaient en urgence (notamment pour l'ictère), afin de savoir si ce problème aurait pu être résolu par une durée de séjour en maternité plus longue. Néanmoins, nous aurions probablement eu des biais via cette question puisque toutes les patientes ne se seraient pas forcément souvenues de la date exacte de la consultation.

3.2 Synthèse des principaux résultats

Au regard de notre objectif principal, qui était de décrire l'organisation du suivi pédiatrique du premier enfant sain et né à terme de la multipare durant son premier mois de vie, nous avons pu mettre en évidence grâce à notre étude certains points :

- Le pédiatre est le professionnel sollicité en priorité et les parents en sont globalement satisfaits (plus de la moitié optera, a priori, pour le même professionnel en 2015).
- Hormis cette visite, le suivi du nouveau né est assuré pour un premier enfant par une puéricultrice de PMI majoritairement. Par contre, la sage-femme interviendra pour l'enfant né en 2015 grâce notamment à la mise en place du programme PRADO qui intéresse près des trois-quarts de notre population.
- Près du tiers des parents de notre étude a consulté au moins une fois aux urgences et a fortiori lorsque le séjour en maternité était court. Le motif de recours principal était les problèmes d'alimentation (troubles digestifs).
- Concernant l'objectif secondaire de notre étude, qui était de connaître les attentes des parents, nous constatons que les primipares ont besoin de plus de conseils et d'informations que les multipares sans que ce résultat soit significatif.

3.3 Discussion

3.3.1 La population d'étude

3.3.1.1 La DMS

Dans notre étude, la DMS en maternité était de 4,16 jours avec 28% de patientes ayant un séjour de 3 jours, 40% étaient restées 4 jours et 32%, 5 jours et plus.

Ces données sont semblables à celles présentées par l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) puisqu'en 2010, sur 14 304 séjours, 41% des patientes étaient restées 4 jours en maternité. De même, un peu plus de 34% avaient séjourné 5 jours et plus. Néanmoins, 20% des patientes étaient restées 3 jours et un peu plus de 4% avaient bénéficié d'une sortie précoce (d'une durée inférieure ou égale à 72h) (34).

Le pourcentage plus élevé de séjours de 3 jours dans notre étude (28% contre 20% pour l'ENP) peut s'expliquer par le fait que celle-ci analysait la durée de séjour des primipares exclusivement alors que les patientes qui bénéficient principalement d'une sortie avant le troisième jour sont souvent des multipares (6).

Par ailleurs, notre DMS (4,16 jours) était inférieure à celle de l'ENP (4,4 jours) mais nous pouvons considérer que notre enquête se déroulait sur une temporalité plus large puisque les primipares de notre étude avaient accouché entre 2010 et 2014 alors que l'ENP a étudié les accouchements en 2010. Or, nous avons vu précédemment que chaque année la DMS diminue d'environ 1% par an en France (4), ce qui correspondrait à peu près à notre résultat.

Il est cependant difficile de comparer réellement ces études puisque notre échantillon était bien plus réduit que celui de l'ENP et que notre étude ne portait que sur 3 maternités du Rhône.

3.3.3.2 Taux d'allaitement

Pour notre étude nous constatons que le taux d'allaitement à la sortie de maternité (69% exclusif et 8% mixte soit 77% au total), est voisin de celui de l'étude Epifane en 2012 portant sur 3365 enfants et retrouvant 74% d'allaitement. Néanmoins, l'étude poursuit en déclarant qu'à 105 jours de vie, soit 15 semaines, la moitié des mères n'allaitent plus.

Pour les allaitements maternels exclusifs, la médiane est atteinte au 24^{ème} jour de vie. A 3 mois, 39% des nourrissons étaient encore allaités, à 6 mois le taux chute à 23% et à 12 mois il était de 9% (35).

Notre étude retrouvait un taux assez comparable à 3 mois avec 44% de patientes allaitantes. Cependant, à 6 mois elles n'étaient plus que 16%. Si notre taux d'allaitement était supérieur à celui de l'enquête Epifane à la sortie de maternité et durant les 3 premiers mois de vie de l'enfant, celui-ci chute nettement après 3 mois alors que l'OMS recommande 6 mois d'allaitement maternel exclusif (36).

Cependant, la différence observée sur le long terme peut s'expliquer par le fait que les allaitements sont significativement plus longs chez les multipares en référence à l'enquête Epifane. Elle retrouve 27% d'allaitement maternel à 6 mois et 10,5% à 12 mois chez les multipares Vs 19% à 6 mois et 6% à 12 mois chez les primipares $p < 0,001$ (35). Or notre étude ne portant que sur des primipares, cela a pu influencer les statistiques et donc les taux d'allaitement.

3.3.2 Les choix des parents pour le suivi du premier enfant et du suivant

3.3.2.1 Les professionnels de santé rencontrés par les parents

Notre enquête montrait que les patientes étaient globalement très bien informées concernant la visite pédiatrique mensuelle réalisée à partir de la fin du premier mois de vie puisque 99% des patientes l'ont réalisée. Cependant, une seule personne n'a pas effectué cette visite. Nous pouvons nous interroger sur les motifs de sa réponse car nous avons constaté que celle-ci avait fait peser son nouveau né une fois par semaine à la PMI (biais de mémorisation de la patiente ?).

Par ailleurs, cette visite de fin du premier mois, a été en majorité réalisée par un professionnel de santé libéral (à 90%) et non à la PMI, ce que corrobore une étude de l'INSERM en 2009 (24).

Cette tendance de suivi libéral semble persister également en 2015 puisque les parents pensent opter pour un suivi en libéral à 92%.

Néanmoins, la proximité et la gratuité du service de PMI sont des facteurs essentiels pour les parents qui privilégient la puéricultrice pour les pesées de leur enfant.

Mais ce constat est contrebalancé, depuis 2013, par la mise en place du service PRADO dont les visites à domicile sont appréciées par les patientes, leur permettant ainsi de ne pas se déplacer avec un nouveau-né âgé de quelques jours.

Ainsi, 73% des patientes de notre étude trouvent le dispositif intéressant, ce qui amène à 27% le nombre de patientes envisageant un suivi exclusivement en libéral pour l'enfant né en 2015 (alors qu'elles étaient 21% pour le premier enfant). La CNAM estimait d'ailleurs en 2015 que le dispositif couvrait plus de 74% des accouchements avec un degré de satisfaction des patientes de 95% (37).

Cependant, nous avons également noté que certaines institutions y sont peu favorables, notamment le CNGOF (38), qui estime :

- d'une part que ce service n'est pas proposé aux patientes qui en ont le plus besoin (accouchement sans complication),
- d'autre part que l'inégalité de répartition des sages-femmes libérales sur le territoire entrainera une inégalité de prise en charge des patientes,
- enfin que le choix de faire intervenir un conseiller de la CPAM pour présenter le dispositif (soit un autre intervenant dans le suivi des mères) n'est pas idéal.

De plus, concernant l'évaluation des professionnels faite par les patientes, 85% se disent satisfaites du professionnel réalisant la visite pédiatrique, le même taux pour la puéricultrice de PMI et 75% pour la sage-femme ou les autres professionnels rencontrés.

Néanmoins, il est important de noter que certaines patientes (entre 2 et 20%) n'ont pas répondu à la question 17 de notre questionnaire portant sur l'évaluation faite du ou des professionnel(s) de santé rencontré(s) pendant le premier mois du premier enfant. Nous ne pouvons donc pas conclure que le pourcentage restant est dû à une insatisfaction.

D'autre part, nous pouvons nous interroger sur le résultat des questions 20 et 21 (choix du professionnel pour le second enfant) avec 36% de personnes signifiant une insatisfaction du professionnel ayant réalisé la première visite pédiatrique alors qu'à la question 17, 15% avaient précisé qu'elles n'étaient peu ou pas satisfaites pour le premier enfant. Plusieurs raisons peuvent être évoquées : il s'agissait d'une question fermée demandant donc moins de réflexion pour les patientes et elle était peut être mal formulée.

D'autre part, les autres questions (20 et 21) imposaient d'expliquer la raison du choix du professionnel pour la visite pédiatrique pour l'enfant suivant ce qui a pu amener les patientes à formuler plus d'insatisfaction.

3.3.2.2. Les recommandations de la HAS

Concernant le « *parcours de soin du nouveau-né* », si la HAS recommande depuis 2014 une visite pédiatrique entre J6 et J10 après la sortie, cela semble difficile à mettre en place en France. En effet, nous avons vu que le Rhône faisait partie des départements avec une densité supérieure au niveau national en 2013 (21) mais nous ne pouvons pas pour autant dire qu'il y a beaucoup de pédiatres en France. Dans notre étude, 7 patientes n'ont pas pu choisir le professionnel souhaité pour la fin du premier mois en 2015 suite à un départ à la retraite du professionnel libéral. Il s'agissait d'un pédiatre dans plus de la moitié des cas (n=4).

De même, d'après une étude menée en 2012, les pédiatres libéraux doivent faire face à une recrudescence de consultations en urgence. Même si cette étude incluait 17% de la totalité des pédiatres exerçant en libéral en France, elle conclut que près de la moitié des consultations réalisées en une semaine étaient non programmées. Parmi les 420 pédiatres interrogés, près de 60% avaient refusé au moins un patient par manque de place (39).

De fait, il paraît difficile pour eux de réaliser un nouvel examen pédiatrique entre J6 et J10 pour tous les nouveau-nés.

3.3.2.3 Concernant les consultations en urgence

Durant le premier mois de vie, 29% des parents ont consulté au moins une fois en urgence un professionnel de santé, soit un total de 43 consultations différentes. Les motifs de recours étaient très variés avec une prédominance de troubles digestifs (44% soit 19 consultations). Onze patientes ont ainsi consulté une ou plusieurs fois pour ce motif. Parmi elles, 7 patientes allaitaient.

Il est important de préciser que parmi plus de la moitié des patientes allaitant (57%, n=4), les problèmes d'alimentation ont eu pour conséquence un arrêt d'allaitement entre une et trois semaines.

D'autre part, certaines consultations n'avaient aucun caractère d'urgence, comme par exemple les pleurs ou des conseils par rapport à la canicule.

Enfin, d'autres situations auraient pu être anticipées dès la naissance (telles que l'hypospade ou le frein de langue) limitant ainsi le nombre de consultations en urgence.

Par ailleurs, les patientes ayant bénéficié d'un séjour en maternité court (inférieur ou égal à 3 jours) ont consulté en urgence de manière plus fréquente (entre 1 et 3 fois) que les autres: 8 patientes soit 27% pour les séjours de 3 jours contre 6 patientes soit 20% pour celles ayant eu un séjour de 5 jours et plus. Nous constatons également que 2 patientes (soit 6%) avaient consulté plus de 4 fois et il s'agissait de séjour de 3 et 4 jours en maternité.

L'étude de Claudet *et al* a confirmé plusieurs points de notre résultat :

- la parité joue un rôle essentiel dans les motifs de recours aux urgences et le taux d'hospitalisation. Ainsi, les primipares consultent plus souvent pour des motifs à composante subjective (problèmes digestifs, pleurs, conseils de puériculture) que les multipares (67% Vs 35%, $p < 0,001$). A l'inverse, les motifs de consultation des nouveau-nés de mères multipares semblent être plus graves (surtout infectieux ($p = 0,002$) et traumatologiques ($p = 0,005$) puisqu'ils sont plus souvent ré-hospitalisés ($RR = 1,70$, $p < 0,001$).
- les troubles digestifs représentaient 44% des motifs de consultation de notre étude et 37% ($n = 177$) dans l'étude de Claudet *et al*. Le deuxième motif était respiratoire (24%, $n = 113$) (12).

Dans notre étude, il n'y avait pas de différence significative entre les nouveau-nés ré-hospitalisés et ceux qui ne l'étaient pas malgré une ou plusieurs consultation(s) en urgence. Cependant, le nombre d'hospitalisation néonatale était trop faible pour conclure à une tendance ($n = 4$ soit environ 14% d'hospitalisation).

Mais une étude menée entre 2000 et 2010 et regroupant 296 114 nouveau-nés aux Etats-Unis a montré que les facteurs influençant les hospitalisations néonatales avaient plusieurs origines :

- l'âge gestationnel (puisque même après 37 SA il subsistait des différences significatives avec des taux de ré-hospitalisation de 20,6/1000 pour les nouveau-nés âgés de 37 à 38 SA alors que pour ceux nés à partir de 39 SA, ce taux diminuait à 14,8/1000).
- Par ailleurs, même si cette étude incluait les « late-preterm » soit les naissances entre 34 et 37 SA, les principaux motifs de consultations en urgence étaient les problèmes d'alimentation (à 40,9% soit un taux proche de notre étude) et l'ictère. Enfin, parmi toutes les ré-hospitalisations, près de la moitié (44%) avaient eu lieu la première semaine de vie (40).

3.3.3 Les besoins des mères à la sortie de maternité et les sources d'informations complémentaires utilisées

Notre étude a montré que les besoins des patientes étaient sensiblement différents entre une première naissance et la suivante. Nous constatons que lors de la première naissance, 51% des patientes n'exprimaient aucun besoin à la sortie de maternité. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse qu'elles ont été satisfaites de leur séjour et des professionnels intervenants ainsi que des connaissances acquises pour bien prendre en charge leur premier nouveau-né.

Pour étayer nos résultats, nous avons confronté les attentes des mères avec celles précédemment citées dans les différentes enquêtes de la DREES (2), de l'UNAF (15) et du CIANE (16).

Nous pouvons avancer le fait que les patientes ont aujourd'hui moins besoin d'être soutenu (4% et 6% dans notre étude Vs 27% dans l'étude de l'UNAF (16)).

Dans le même temps, une meilleure prise en charge semble être adoptée par les professionnels concernant l'aide à l'allaitement puisque 4% des primipares et 13% des multipares nous ont fait part d'un besoin de soutien dans ce domaine alors qu'elles étaient 11% en 2006 (2), 19% en 2010 (15), et 26% entre 2005 et 2012 (16).

De plus, le besoin d'être écouté était ressenti par 18% des primipares et 9% des multipares de notre étude, ce qui est comparable aux 13% de patientes l'exprimant dans l'enquête de l'UNAF (15).

Néanmoins, des efforts sont à mettre en place dans certains domaines. En effet, le besoin de conseils reste la priorité de toutes nos patientes avec plus de la moitié des primipares et plus d'un tiers des multipares qui l'affirment ; alors qu'en 2006 23% exprimaient un manque de conseils sur les soins et la préparation à la sortie du bébé (2). Il en est de même pour le besoin d'orientation professionnelle exprimé (24% et 4% dans notre étude Vs 8% pour la DREES). Néanmoins, nous rappelons qu'en 2006, 72% estimaient qu'aucun suivi n'était organisé pour le suivi du nouveau-né en post-natal.

Au total, ces enquêtes sont difficilement comparables : la nôtre ne concernait qu'une petite population de 100 patientes correspondant à un taux très inférieur aux autres enquêtes, rendant difficile l'accès à des conclusions optimales. Néanmoins, certains de nos résultats sont corrélés.

Par ailleurs les propos apportés par le CIANE et l'UNAF sont, certes, pertinents au vu de notre étude, mais il faut préciser que ce sont des associations d'usagers, qui ont donc pour but de défendre les patients. Leurs études se basaient sur des témoignages pour la plupart, rendant leur interprétation plus subjective. Leur impartialité est donc discutable.

Les sources d'informations utiles aux parents

Nous rappelons l'importance pour les patientes d'utiliser des sources d'informations multiples. Ainsi, lorsqu'elles ont besoin de conseils, les patientes font appel en priorité à leur entourage (dans 36% des cas, n=57). Elles ont également confiance dans le média internet puisque c'est le deuxième moyen utilisé par les patientes pour s'informer (34%, n=53). Elles ne vont donc consulter un autre professionnel de santé que dans 10% des cas (n=16) si leurs interrogations subsistent. Enfin, nous précisons également, que le carnet de santé, mis à jour en 2006, constitue un véritable « *support du dialogue régulier* » et confidentiel entre les professionnels de santé et les parents (24) ; ce carnet porte de nombreuses informations à destination des parents. Dans notre étude il n'a pourtant été cité que par une personne comme utile à ses recherches.

3.4 Propositions d'amélioration : sortie de maternité et retour à domicile ; exemples à l'étranger

Afin de proposer des pistes d'améliorations concrètes, nous avons choisi de repérer les dispositifs existants au niveau international pour le suivi des mères et de leur nouveau-né après la sortie de maternité.

En Suède, la sortie de maternité peut se faire dès la 6^{ème} heure de vie en l'absence de complications (selon des critères proches de ceux de la HAS de 2014).

Les mères primipares ayant accouché par césarienne ou les nouveau-nés à risque d'infection materno-fœtale restent minimum 2 jours en maternité mais la DMS est de 2,3 jours (1). Une consultation est systématiquement organisée (obligatoire) entre 2 et 4 jours après la sortie dans une structure spécifique au sein de l'hôpital.

Si la sortie a été effectuée dans les 24 premières heures de vie ou s'il y a un facteur de risque particulier, le pédiatre réalise un bilan au moment de la visite.

Des consultations gratuites de sages-femmes sont proposées en plus aux parents qui le souhaitent tous les jours de la semaine avec vérification de l'allaitement maternel, du poids, de l'ictère et des examens de dépistage obligatoire (comme le test de Guthrie en France). Le nouveau-né en bonne santé est ensuite suivi dans des structures de type PMI. Des consultations d'allaitement maternel sont également proposées ensuite pour les parents au tarif de 15 euros (41).

Une étude réalisée en 2013 comparant une maternité à Stockholm et à Marseille a montré qu'en Suède, la majorité des hospitalisations néonatales étaient dues à des cas d'ictères alors qu'en France, les problèmes d'alimentations étaient plus fréquents. De même, le taux de ré-hospitalisation était significativement plus important en Suède mais dans 2/3 des cas, l'ictère était suffisamment modéré pour permettre une hospitalisation à domicile, permettant ainsi au nouveau-né de rester auprès de sa mère (41).

Par ailleurs, au Canada, la DMS est encore plus faible avec un séjour de 1,6 jour en maternité en moyenne (1). Les mères peuvent donc sortir au bout de 36h après un accouchement par voie basse mais elles doivent revenir dans les 48h après la sortie pour faire examiner le nouveau-né. De plus, même si une infirmière spécialisée se rend à domicile dans les 72h après la sortie, il est remis aux parents un guide fait par le gouvernement afin qu'ils disposent de toutes les informations nécessaires à la sortie de maternité. Pour ceux qui le souhaitent, une formation à la réanimation néonatale est également accessible (42).

Néanmoins, si pour des raisons économiques les Etats-Unis avaient également choisi de limiter au maximum la DMS en maternité dès les années 1970, de nombreux cas d'ictères graves ont suscité l'alerte, imposant des recommandations strictes afin de lutter contre la morbidité liée à une sortie avant la 48^{ème} heure de vie des nouveau-nés à terme (43). Mais en pratique, il semble que le suivi ne soit pas toujours assuré puisque tous les nouveau-nés ne bénéficient pas d'une consultation après la sortie (42).

En France, l'argument des ré-hospitalisations pour ictère nucléaire a été repris par l'Académie Nationale de Médecine en 2010, pour en limiter le nombre (44).

De même, en 2015, une actualisation des recommandations stipule que l'idéal serait de mesurer la bilirubine transcutanée systématiquement dans les 24h suivant la sortie de maternité (45).

Comme nous l'avons vu d'après les expériences d'autres pays, la tendance serait à la diminution de la DMS en maternité. Néanmoins, il apparaît que tout nouveau-né sain et né à terme puisse bénéficier d'une sortie précoce. Il reste pourtant nécessaire que celle-ci soit encadrée par des recommandations strictes. De plus, elle ne doit pas être vécue comme une contrainte imposée aux parents et doit être anticipée grâce à des professionnels identifiés dès la période anténatale.

La France doit donc encore réfléchir sur l'organisation à adopter en sortie de maternité pour que celle-ci soit la plus optimale possible. Mais le travail en réseau, qui s'est largement développé depuis une dizaine d'année, a permis de réaliser une première étape de l'amélioration du suivi après la sortie de maternité. Il permet ainsi aux parents de connaître professionnel de santé référent qui interviendra en cas de besoin. Cette liaison entre la ville et l'hôpital passe notamment par le carnet de santé de l'enfant, qui doit être utilisé comme véritable support de communication à la fois entre les professionnels mais aussi entre les parents et les professionnels. Il paraît donc important d'insister dès le séjour en maternité sur l'utilité de ce support, et d'en étayer les conseils mentionnés, afin qu'il constitue un réel socle d'informations pour les parents.

De fait, nous avons vu que, lorsque la sortie était organisée et anticipée (avec notamment des consultations systématiques prévues), le retour à domicile se passe avec moins de complications postnatales pour le couple mère-enfant.

Dans ce cadre, le dispositif PRADO a expérimenté en fin d'année 2015 un volet « sortie précoce », permettant d'organiser des visites à domicile par une sage-femme dès la sortie de maternité, et ce quelque soit la date prévue. Il sera donc intéressant d'évaluer, dans les années à venir, les résultats de ce programme concernant la satisfaction des mères et son impact sur la santé des nouveau-nés en évaluant le taux de consultations en urgence et de ré-hospitalisations au cours du premier mois de vie.

CONCLUSION

En France, le suivi du nouveau-né tout au long de son premier mois de vie est effectué par différents professionnels. Les parents sont globalement très bien informés (99%) de la visite pédiatrique de fin du premier mois. Ils envisagent en priorité de faire pratiquer les examens obligatoires de leur enfant par un pédiatre libéral (62%) ou un médecin généraliste libéral (à 28%). Ils sont également globalement satisfaits du suivi et des réponses apportées (à 85%). Néanmoins, la démographie médicale actuelle avec l'augmentation des départs à la retraite de certains professionnels, notamment les pédiatres (7 départs dans notre étude entre 2010 et 2015), ne permettra peut être pas, à long terme, de maintenir cette qualité.

Si l'objectif premier de notre étude était de décrire l'organisation du suivi pédiatrique du nouveau-né après sa sortie de maternité, ainsi que les structures existantes, nous voulions également mettre en évidence l'importance du secteur libéral en France comme relais de l'information nécessaire au bon déroulement du retour à domicile. Pour autant, c'est finalement la puéricultrice de PMI qui a été sollicitée en priorité lors d'une première naissance (67 patientes soit 48% du total des consultations réalisées), notamment pour faire peser le nouveau-né pendant son premier mois de vie. Et ceci le plus souvent parce que les patientes connaissaient la PMI avant la naissance ($p<0,01$) ou parce qu'elles allaient (p<0,03). Mais la mise en place et la généralisation du programme PRADO en 2014 semble être approuvé par les patientes, puisque 73% se disent intéressées. Celles-ci vont donc, a priori, faire appel à une sage-femme libérale pour le suivi de leur nouvel enfant dans 27% des cas en 2015.

Bien que, depuis 2014, les nouvelles recommandations émises par la HAS et la généralisation du programme PRADO aient amélioré le retour à domicile du nouveau-né, de nombreux progrès restent encore à faire.

Ceci permettrait notamment de limiter le recours aux consultations en urgence. Près d'un tiers des patientes de notre étude avaient consulté en urgence pour leur premier enfant. Les motifs amenant les primipares à consulter étaient en majorité à caractère subjectif, tels que des troubles digestifs, des pleurs, ou de l'inquiétude, ce qui correspondait à la littérature.

Ainsi, une sortie plus précoce de maternité apporterait une solution non négligeable aux problèmes d'organisation et d'économie hospitalière qui persistent actuellement. Néanmoins, comme l'ont montré les expériences dans le monde, la sortie de maternité doit être anticipée afin de limiter la morbidité néonatale. Une surveillance rigoureuse est à mettre en place dès la sortie et en particulier lors d'une sortie précoce. En effet, la littérature nous a confirmé que le motif principal de recours aux urgences lors d'une sortie avant 48h de vie était l'ictère.

De ce fait, et afin de limiter ce phénomène, une expérimentation du PRADO pour les sorties précoces s'est déroulée en fin d'année 2015. Il serait donc intéressant d'en évaluer l'impact sur l'organisation du suivi postnatal. En outre, cela permettra probablement de renforcer et prioriser le rôle des sages-femmes libérales en post-partum.

Nous devons cependant souligner qu'en France, l'allaitement et les troubles digestifs, restent les principaux motifs de consultation en urgence (44%). S'il apparaît pour autant dans notre étude que ces motifs n'aient pas imposé d'hospitalisations néonatales au cours du premier mois de vie, ils ont entraîné un arrêt prématuré d'allaitement dans plus d'un cas sur deux. De même, 13 patientes multipares et 2 primipares nous ont signifié un besoin d'aide dans ce domaine ($p < 0,025$). Dans un tiers des cas, il s'agissait d'un échec d'allaitement.

Mais alors, ne serait-il pas important d'évaluer les facteurs de risque à un arrêt prématuré d'allaitement en France ? Le ressenti et les besoins des mères sur l'accompagnement par les professionnels de santé dans ce domaine serait également à évaluer.

Qu'il s'agisse d'une sortie précoce de la maternité ou du programme PRADO, le rôle de la sage-femme dans la programmation et la préparation de ce retour à domicile reste primordial et essentiel permettant de faire le lien entre les différents intervenants et le couple mère-enfant.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation de Coopération et de Développement Economique. Panorama de la santé 2015 : les indicateurs de l'OCDE. OCDE [en ligne] 2015 [consulté le 22/11/15]. Disponible à partir de URL: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2015_health_glance-2015-fr.22
2. Montaut A, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Série Sources et méthodes. Document de travail. L'enquête auprès des usagères des maternités 2006. DRESS [en ligne] 2009 [consulté le 02/09/15]. Disponible à partir de URL: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriesource-method06.pdf>
3. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés 2014. HAS [en ligne] 2014 [consulté le 17/06/15]. Disponible à partir de URL: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
4. Cour des comptes. L'assurance maternité: une place à clarifier. Rapport sécurité Sociale [en ligne] 2014 Sept;XIII:381-403 [consulté le 08/01/16]. Disponible à partir de URL: <https://www.ccomptes.fr/Publications/Recherche-avancee/%28SearchText%29/assurance%20maternit%C3%A9%20une%20place%20%C3%A0%20clarifier>
5. Vendittelli F, Guillen P, Boniol M, Muller P, Riviere O, Verney MP. AUDIPOG. France-Périnat. Réseau National d'Information sur la Naissance. La Santé Périnatale en 2004-2005: Evaluation des pratiques médicales. AUDIPOG-Lyon [en ligne] 2007 Mai [consulté le 25 /01/16]. Disponible à partir de URL: <http://audipog.inserm.fr>
6. Coulm B, Blondel B. Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France. J Gynecol Obstet Biol Reprod Fev 2013;42:76-85.

7. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Le panorama des établissements de santé. DRESS [en ligne] 2012 Nov [consulté le 03/02/16]. Disponible à partir de URL: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/etabsante2012.pdf>
8. Cour des comptes. Les maternités: une réorganisation à poursuivre activement. Sécurité sociale [en ligne] 2015 Sept;VII:247-67 [consulté le 26/01/16]. Disponible à partir de URL: [https://www.ccomptes.fr/Publications/Recherche-avancee/%28filters%29/root-parent_jurisdiction_s:Cour%20des%20comptes\\$root-keywords_k:Ondam;Cour%20des%20comptes](https://www.ccomptes.fr/Publications/Recherche-avancee/%28filters%29/root-parent_jurisdiction_s:Cour%20des%20comptes$root-keywords_k:Ondam;Cour%20des%20comptes)
9. Cour des comptes. Les maternités cahier 1:Analyse générale. La Documentation française [en ligne] 2014 Dec [consulté le 26 /01/16]. Disponible à partir de URL: <https://www.ccomptes.fr/Publications/Recherche-avancee/%28SearchText%29/les%20maternit%C3%A9s%20cahier%201>
10. ANAES. Consensus et RPC. Recommandations pour la pratique clinique Sortie précoce après accouchement : conditions pour proposer un retour précoce à domicile. J Gynecol Obstet et Fertil 2005;33:170-84.
11. Vert P, Artius M. La Première Semaine de Vie. Bull Acad Natle Med 2005;189(5):1031–39.
12. Claudet I, Demontis P, Debuissou C, Marechal C, Honorat R, Groupeau E. Fréquentation des urgences pédiatriques par les nouveau-nés. Arch Ped 2012 Aout;19:900-6.
13. Elberg L, Högberg U, Lundman B, Källen K, Häkansson S, Linndh V. Maternity care options influence readmission of newborns. Acta Paediatr 2008 Jan;97:579-83.
14. Girodet D. Sorties précoces de maternité. In: Kremp O, Roussey M. Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement. 2^e éd. Ruel-Malmaison: Doin; 2010. p. 26-31

15. Brun N. Union Nationale des Associations Familiales. Enquête périnatalité : Regards de femmes sur leur maternité. UNAF [en ligne] 2010 Mai [consulté le 08/02/16]. Disponible à partir de URL: http://www.unaf.fr/IMG/pdf/ENQUETE_PERINATALITE.pdf
16. Collectif Intra associatif autour de la Naissance. Enquête sur les accouchements : Sortie de maternité et bien-être des femmes. CIANE [en ligne] 2012 Nov [consulté le 07/02/16]. Disponible à partir de URL: <http://ciane.net/2012/11/sortie-de-maternite-et-bien-etre-des-femmes/>
17. Vilain A. Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques. Les maternités en 2010- Premiers résultats de l’enquête nationale. Etudes et résultats [en ligne] 2011 Oct;776:1-8 [consulté le 07/02/16].Disponible à partir de URL: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-maternites-en-2010-premiers-resultats-de-l-enquete-nationale-perinatale,9631.html>
18. République Française. Ordonnance n°45-2720 sur la protection maternelle et infantile. JORF 5 Novembre 1945:7297.
19. République Française. Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection de l’enfance. JO 6 Mars 2007 texte7;55:4215.
20. République Française. Décret n°92-785 du 6 août1992 relatif à la protection maternelle et infantile. JO 27 mai 2003.
21. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Eléments de chiffrage et analyse des données du PMSI [en ligne] 2014 Mars [consulté le 26/01/16]. Disponible à partir de URL: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/elements_de_chiffrage_et_analyses_des_donnees_du_pmsi.pdf

22. République française. Loi n°89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance et adoptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé. JO 19 décembre 1989.
23. République française. Article L2132-1 du Code de la Santé Publique Loi n°2001-1246 du 21 décembre 2001; Chapitre II: Carnet de santé et examens réglementaires. JO 26 décembre 2001.
24. Institut National de la Santé et la Recherche Médicale. Santé de l'enfant, propositions pour un meilleur suivi. INSERM [en ligne] 2009 Fev [consulté le 16/02/15]. Disponible à partir de URL: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/82>
25. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Tableau 2. Effectif des sages-femmes par secteur d'activité, mode d'exercice global, zone d'activité 1, sexe et tranche d'âge. DREES [en ligne] 2015 [consulté le 12/02/16]. Disponible à partir de URL: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableview.aspx?ReportId=988>
26. Cote C, Chauleur C, Trombet B, Lavaire D, Bois C, Patural H. La liaison hôpital-PMI dans la Loire : Etat des lieux et optimisation. J Ped Puer 2014;27:62-7.
27. République Française. Article R.4127-318 du Code de la Santé Publique. Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 – art. 1.
28. Ordre des sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes [en ligne] 2010 janv [consulté le 12/02/16]. Disponible à partir de URL: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>

29. Mikol F, Bachelet M, Mothe J, Pereira E, Pla A, Vergier N. Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques. Portrait des professionnels de santé, Document de travail, Série Etudes et recherche;134. DRESS[en ligne] 2016 Fev [consulté le 12 /02/16] Disponible à partir de [URL: http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/portrait-des-professionnels-de-sante](http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/portrait-des-professionnels-de-sante)
30. Revel N. Caisse Nationale De l’Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Rapport d’activité 2014. [consulté le 13/02/16] Disponible à partir de URL: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/rapport_activite_2014.pdf
31. République Française. Article R.2132-1 du Code de la Santé Publique.
32. République Française. Articles R.2132-2 et R.2132-3 du Code de la Santé Publique.
33. Ego A. Définitions : Petit poids pour l’âge gestationnel et retard de croissance intra-utérin. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2013 Dec; 42(8):872–94.
34. Blondel B, Kermarrec M, INSERM Unité de Recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants. Enquête nationale périnatale: les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. DRESS – Ministère des Affaires sociales et de la Santé [en ligne] 2011 Mai [consulté le 02/09/15]. Disponible à partir de URL: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
35. Salanave B, De Launay C, Boudet Berquier J, Castetbon K. Durée de l’allaitement maternel en France (Epifane 2012-2013). Bull Epidemiol Hebd 2014;27:450-7.
36. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l’alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant: Durée optimale de l’alimentation au sein exclusive. [consulté le 26/02/16] Disponible à partir de URL: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/fa54id4.pdf

37. Keller MJ, Akouka C. Prado maternité : quel bilan et quelles perspectives ? Contact sage-femme 2015;43:15-16.
38. Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. LE PRADO, un programme pavé de bonnes intentions...Communiqué de presse, CNGOF [en ligne] 2012 [consulté le 22/11/15]. Disponible à partir de URL: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/120131_PRADO.pdf
39. Kouche C, Stagnara J, Assathiany R, Chappuy H, Guedj R. Enquête nationale sur les consultations non programmées en pédiatrie de ville. Arch Ped 2015;22(5):480–84.
40. Young PC, Korgenski K, Buchi KF. Early readmission of newborns in a large health care system. Pediatrics 2013;131:e1531-e1544.
41. Boubred F, Herlenius E, Andres V, Des Robert C, Marchini G. Morbidity néonatale précoce après sortie de maternité : étude comparative entre deux maternités à Stockholm et Marseille. Arch Ped 2016;23:234-240.
42. Hascoët JM, Vert P. Sortie de maternité et retour à domicile du nouveau né. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson SAS; 2010.
43. American academy of pediatrics. Policy statement - Hospital stay for healthy terms newborns. Pediatrics. 2010;125(2):405-9.
44. Vert P, David G. Résurgence de l'ictère nucléaire ou encéphalopathie de la bilirubine. Bull Acad Ntle Med [en ligne] 2010;194(8):1623-1624 [consulté le 26/02/16]. Disponible à partir de URL : <http://www.academie-medecine.fr/publication100036233/>
45. Sénat MV, Sentilhes L, Battut A, Benhamou D, Bydlowsky S, Chantry A, *et al.* Post partum : recommandations pour la pratique clinique. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2015;44(10):1157-1166.

ANNEXES

Annexe I : Assurance maladie. Retour à domicile après hospitalisation

Annexe II : Questionnaire d'étude

ANNEXE I : Assurance maladie. Retour à domicile après hospitalisation



Mise à jour
Avril 2015

RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION

Suivi à domicile de la mère et de son nouveau-né dans le cadre d'une durée de séjour standard en maternité⁽¹⁾

 Après avis de la HAS ⁽²⁾

Le programme d'accompagnement du retour à domicile est destiné aux femmes qui le souhaitent dès que l'hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe médicale de la maternité. Il prévoit l'intervention à domicile d'une sage-femme libérale choisie par la mère. Il s'appuie sur la recommandation de la HAS « sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés » de mars 2014 concernant les couples mère-enfant à bas risque médical, psychique et social⁽¹⁾. Le contenu des visites prévues dans ce programme a été élaboré en cohérence avec les missions de la sage-femme relatives au suivi mère-enfant dans les suites d'accouchement, c'est-à-dire :

- l'accompagnement du couple mère - enfant et la continuité de la prise en charge,
- la réalisation d'un diagnostic,
- l'indication d'une stratégie de prise en charge.

Contenu des visites

Concernant la mère

Évaluation clinique

- état général ;
- état obstétrical (dont cicatrisation périnée ou césarienne) ;
- recherche d'une infection du postpartum dont infection urinaire, endométrite, mastite, veinite ;
- recherche de risques thromboemboliques et hémorragiques ;
- état psychologique dont le baby blues et la dépression du postpartum.

Selon les besoins

- s'il y a lieu et si non réalisé durant le séjour en maternité : vaccinations (coqueluche, rubéole, rougeole,...), injections immunoglobulines ainsi qu'information et prescription sur la contraception ;
- si la femme a arrêté de fumer pendant sa grossesse, la soutenir et valoriser les bienfaits de l'arrêt. Évaluer les envies de fumer et les façons de les gérer.

Concernant le nouveau-né

Évaluation clinique

- état général, surveillance du poids, tonus, éveil, contact ;
- recherche de signes de déshydratation, de vomissements, d'efficacité de la succion ;
- recherche du risque d'ictère (coloration et si besoin mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine) ;
- surveillance du risque infectieux : température (hypo ou hyperthermie), infection du cordon, fréquence respiratoire, troubles hémodynamiques ;
- recherche de risque de cardiopathies (auscultation et perception des pouls fémoraux) ;
- supplémentation en vitamines D et en cas d'allaitement maternel en vitamines K ;
- dépistage néo-natal⁽³⁾ : s'assurer qu'il a été effectué et à défaut procéder à son organisation en lien avec la maternité concernée.

Évaluation de la relation mère - enfant

Il est indispensable de s'assurer de la bonne instauration du lien dans le couple mère-enfant en appréciant la qualité des interactions entre la mère et le nouveau-né, de rechercher les éléments prédisposant à une altération de ce lien et de proposer si nécessaire une évaluation psychologique en se référant à d'autres professionnels.

Évaluation de la nécessité du soutien à un allaitement

En étant à l'écoute de la mère, en délivrant une information personnalisée sur l'allaitement et en prévenant les complications, la sage-femme accompagne le bon démarrage de l'allaitement.

- Les problèmes liés à l'allaitement : perte de poids supérieur à 7% du poids de naissance avec une déshydratation sévère du nouveau-né, apparition d'une forme grave d'un ictère, de vomissements, succion déficiente retardant la montée de lait font l'objet d'une vigilance permanente de la sage-femme ;
- La mère qui allaite doit être à même de reconnaître les manifestations d'éveil du nouveau-né afin de donner le sein aussitôt et de vérifier la réalité du transfert du lait ;
- Pour les femmes fumeuses qui n'ont pas arrêté pendant la grossesse, l'allaitement maternel peut être une motivation supplémentaire à l'arrêt.

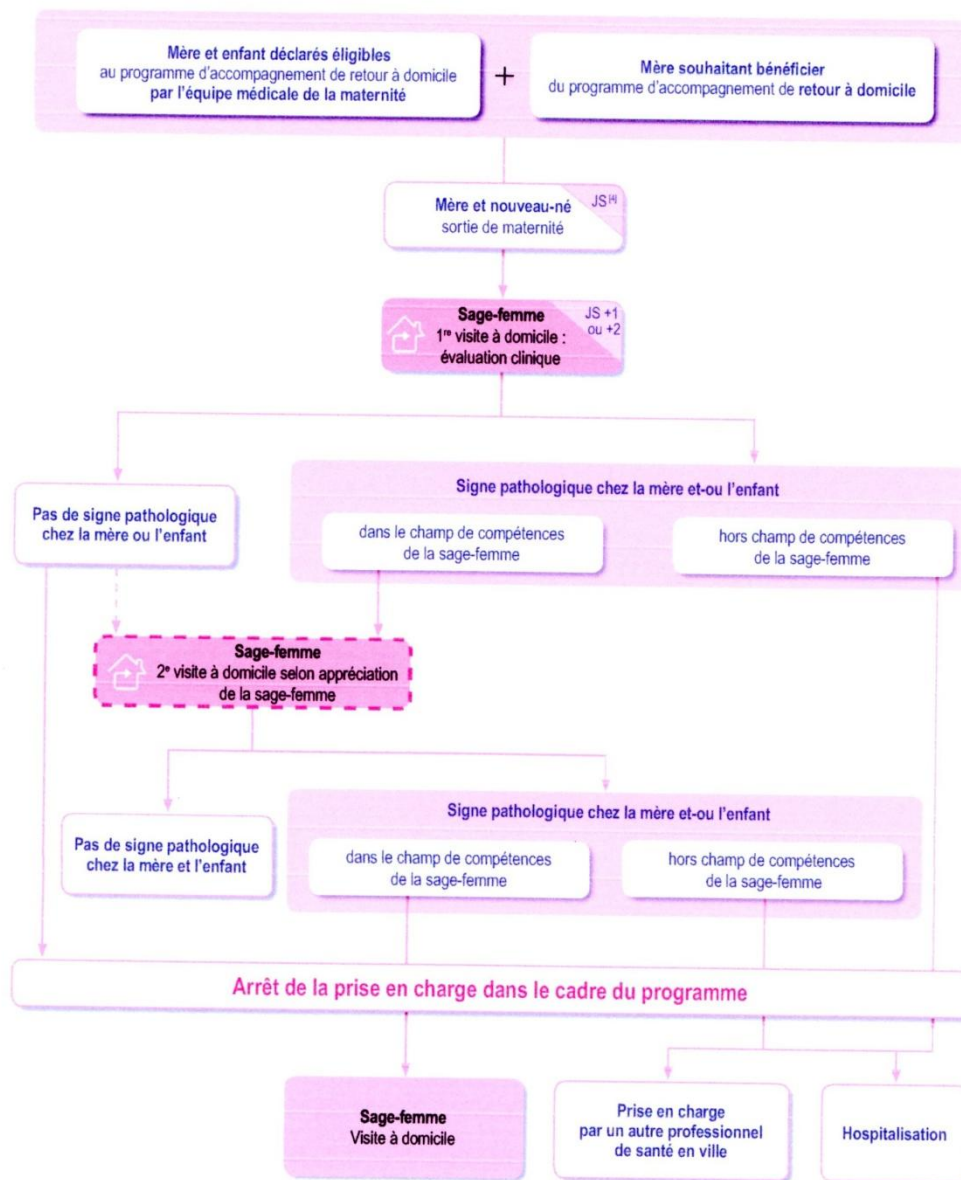
Périodicité des visites

La première visite a lieu si possible dans les 48 heures suivant la sortie de maternité (et au plus tard dans les 7 jours). La deuxième visite est recommandée et planifiée selon l'appréciation de la sage-femme qui assure le suivi. Ces deux rendez-vous sont fixés en concertation avec la mère. Si lors de ces deux visites consécutives aucune anomalie n'est repérée ni chez la mère ni chez le nouveau-né, les visites de la sage-femme sont arrêtées.

⁽¹⁾ Les durées de séjour standard ont été définies d'après la recommandation HAS « sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés » de mars 2014 comme étant des durées d'hospitalisation de 72 à 96 heures après un accouchement par voie basse et de 96 à 120 heures après un accouchement par césarienne.

⁽²⁾ www.has-sante.fr

⁽³⁾ Arrêté ministériel du 22/01/2010 : phénylcétonurie, hyperplasie congénitale des surrénales, hypothyroïdie, mucopolysaccharidose et pour les nouveau-nés présentant un risque : drépanocytose



Mar 2015 / SF 14-15 DCES

Sources :

- ⁽¹⁾ Recommandation « sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés », HAS, mars 2014
Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes et Conseil National des Sages-femmes, référentiel métier et compétences des sages-femmes, janvier 2010.
Paul Vert et Michel Arthuis. Rapport de l'Académie Nationale de Médecine : la première semaine de vie, mai 2005.
⁽⁴⁾ JS = jour de sortie de la maternité

ANNEXE II : Questionnaire d'étude

Ce questionnaire anonyme concerne le suivi pédiatrique de **votre premier enfant** au cours de son premier mois de vie après la sortie de maternité.

PARTIE 1 : Organisation du suivi pédiatrique de votre premier enfant durant le premier mois de vie.

1. Au moment de la naissance de votre premier enfant, vous avez trouvé du soutien auprès de : (plusieurs réponses possibles)
 - ☐ Votre conjoint ou votre famille
 - ☐ Des amis
 - ☐ Des professionnels de santé (précisez.....)
 - ☐ Autre(s) personne(s) (précisez.....)
 - ☐ Je n'ai sollicité personne
2. Si vous n'avez sollicité personne, pourquoi ?
.....
3. Etes vous allée voir un professionnel de santé à la fin du premier mois de vie de votre enfant ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non (passer directement à la **question 5**)
4. Etait-ce :
 - ☐ Un pédiatre
 - ☐ Un médecin généraliste
 - ☐ Un pédiatre de PMI
5. Si non, expliquez pourquoi :
 - ☐ J'ai manqué de temps
 - ☐ Je n'ai pas eu de place de rendez vous
 - ☐ Je n'avais pas eu l'information
 - ☐ Je n'en voyais pas l'utilité
 - ☐ Autre raison : précisez.....
6. Hormis cette visite, votre enfant a-t-il bénéficié d'un suivi par un professionnel de santé au cours du premier mois de vie?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non (Passer directement à la **question 8**)
7. Qui a effectué ce suivi ? (3 réponses maximum, inscrire directement dans la case n°1 pour le professionnel ayant été le plus sollicité pour le suivi de votre enfant puis n°2 jusqu'au n°3 = professionnel ayant été le moins sollicité)
 - ☐ La sage femme ayant réalisé votre suivi de grossesse
 - ☐ Une sage femme ayant fait vos cours de préparation à la naissance
 - ☐ Une sage femme pratiquant le suivi post natal ou une sage femme du PRADO
 - ☐ Votre médecin traitant
 - ☐ Un pédiatre

- ☐ Un professionnel de la PMI de votre quartier
(Précisez...Pédiatre/Médecin/Puéricultrice.....)
 - ☐ Un professionnel de la maternité d'accouchement
(Précisez ...Pédiatre/SF/SOPREA.....)
 - ☐ Un autre professionnel (Précisez.....)
8. Hormis les permanences existantes à la PMI pour peser les nouveaux nés, combien de fois avez-vous consulté et/ou appelé un professionnel concernant l'état de santé de votre enfant au cours du premier mois de vie ? (si non passez directement à la **question 11**)
- ☐ Jamais
 - ☐ 1 fois
 - ☐ 2 ou 3 fois
 - ☐ 4 fois et plus
9. Pour quel(s) motif(s)?
- ☐ Inquiétude par rapport à un comportement inhabituel
 - ☐ Pleurs difficilement consolables
 - ☐ Problèmes d'alimentations (régurgitations, crevasses ou engorgement mammaire empêchant une tétée efficace, coliques)
 - ☐ Absence de prise de poids
 - ☐ Fièvre
 - ☐ Chute, accident domestique
 - ☐ Eruption de boutons
 - ☐ Selles ou urines absentes ou anormales
 - ☐ Teint jaune
 - ☐ Autre : précisez.....
10. A la suite de cette(ces) consultation(s) y'a-t-il eu un examen complémentaire pratiqué à votre enfant (en fonction du(des) motif(s) de consultation(s) précité(s)(question 9) ?
Précisez lequel et de quel professionnel il s'agissait:.....
11. Le choix du professionnel ayant réalisé la visite du premier mois a été orienté par : (2 réponses possibles mettre n°1 la raison principale et n°2 la raison secondaire)
- ☐ Les conseils d'un professionnel de santé
 - ☐ Les conseils de mon entourage
 - ☐ Le fait qu'il s'agisse d'un médecin de famille
 - ☐ La proximité du cabinet de mon domicile/lieu de travail/lieu de garde de l'enfant
 - ☐ Des raisons financières ayant nécessité un suivi par la PMI
 - ☐ Seul ce médecin était disponible pour le rendez-vous du premier mois
 - ☐ Autre raison : précisez.....
12. Hormis les consultations programmées, avez-vous fait des contrôles de poids réguliers de votre enfant durant son premier mois de vie ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non (passer directement à la **question 16**)
13. Etait-ce :
- ☐ En PMI
 - ☐ Par une sage femme
 - ☐ Par un médecin ou un pédiatre libéral
 - ☐ Par une balance louée à la pharmac

14. Durant les **15 premiers jours** de vie, à quelle fréquence avez-vous contrôlé le poids de votre enfant ?

- ☐ Tous les jours
- ☐ Plus d'une fois par semaine
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Une fois
- ☐ Jamais

15. Et durant les **15 jours suivants**, quelle était la fréquence du contrôle ?

- ☐ Tous les jours
- ☐ Plus d'une fois par semaine
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Une fois
- ☐ Jamais

PARTIE 2 : Vos attentes et vos besoins concernant le suivi de votre enfant et les suivants

16. Pour votre premier enfant, à la sortie de maternité vous aviez plutôt besoin (plusieurs réponses possibles)

- ☐ D'écoute
- ☐ D'accompagnement
- ☐ De conseils
- ☐ D'orientation
- ☐ D'informations
- ☐ De prolonger mon séjour à la maternité
- ☐ Autre (précisez) :
- ☐ Pas de besoins particuliers

17. Le(s) professionnel(s) de santé à qui vous vous êtes adressés ont-ils répondu à ces besoins ou à vos questions ? (précisez de quel(s) professionnel(s) il s'agissait en face des réponses)

- ☐ Oui, toujours
- ☐ Oui, pour la plupart
- ☐ Non, rarement
- ☐ Non, Jamais

18. Avez vous eu besoin de trouver des informations/explications manquantes :

- ☐ Sur internet (via des forums ou des sites de parents notamment)
- ☐ Via des associations (ex : galactée/leach'legue)
- ☐ En faisant appel à mon entourage
- ☐ En participant à des réunions de parents
- ☐ Auprès d'un autre professionnel (lequel ?.....)
- ☐ Via d'autre(s) source(s) d'informations (Précisez.....)

19. Aujourd'hui, pour votre nouvel enfant, éprouvez-vous des besoins différents ?

- ☐ Oui : lesquels ?.....
- ☐ Non

20. Pour votre nouvel enfant, allez-vous assurer son suivi par le(s) même(s) professionnel(s) de santé que celui(ceux) de votre premier enfant au cours de son premier mois de vie ?
- ☐ Oui
☐ Non
21. Pourquoi ?.....
.....
22. Si vous avez répondu « non » à la question 20, par quel professionnel votre nouvel enfant va-t-il être suivi ?.....
23. Si à l'issue de votre séjour, la maternité vous proposait la visite d'une sage femme du PRADO (Programme d'Accompagnement au Retour à Domicile), seriez vous intéressée ?
- ☐ Oui
☐ Non
24. Avez-vous des remarques /questions/ suggestions que je n'aurais pas abordé précédemment ?.....
.

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.
Laure DIONISI

| | |
|---|---|
| Auteur : Laure DIONISI | Diplôme d'Etat de sage-femme, Lyon 2016 |
| Titre : Suivi médical du premier mois du nouveau-né à terme en région Lyonnaise. | |
| Résumé <u>Objectif :</u> Décrire l'organisation du suivi pédiatrique du premier enfant sain et né à terme de la multipare entre la sortie de maternité et la fin du premier mois. <u>Matériel et méthode :</u> A partir du dossier informatique des patientes ayant accouché entre 2010 et 2014 d'un premier enfant sain et né à terme, un questionnaire a été administré par contact direct. L'étude s'est déroulée en maternité, sur trois mois, aux HCL. <u>Résultats.</u> 100 patientes ont pu être interrogées. Les mères ont fait appel pour leur premier enfant en majorité à un pédiatre libéral (62%) pour le suivi. La sage-femme libérale a été consultée par 21% des parents pour leur premier enfant et 27% l'envisagent pour l'enfant né en 2015. Cette évolution a été facilitée par la mise en place du PRADO, qui intéressait 73% de notre population. Enfin, 29% des primipares ont consulté en urgence. <u>Conclusion:</u> A travers cette étude nous avons pu repérer l'importance d'une organisation du suivi du nouveau-né après sa sortie de maternité, pour éviter les consultations en urgence. | |
| Mots-clés : Retour à domicile, Suivi pédiatrique, Nouveau-né, PRADO, Durée de séjour | |

| |
|--|
| Title : Healthy term newborn's pediatric care in Lyon's district |
| Abstract <u>Objective:</u> Describe the pediatric care organization of the first healthy term newborn of multiparous women from the maternity until the end of the first month. <u>Methodology:</u> After querying patients computerized data whom delivered between 2010 and 2014 of a healthy term first newborn, we submit to them a direct questionnaire. The study took place during 3 months in the maternity units of the HCL. <u>Results:</u> 100 patients took part in this study. 62% of them went to see a liberal pediatrician for neonatal care. 21% of the parents went to see a liberal midwife for their first child and 27% are thinking of doing it in 2015. This improvement can be explained by the PRADO program's development, which 73% of our population was interested in. Finally, 29% of the patients consulted for emergency issues. <u>Conclusion :</u> By this study, to prevent emergency consults from happening, the pediatric care after the maternity discharge must be organized. |
| Keywords : Return home, Pediatric care, Newborn, PRADO, Length of stay |