



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Parcours de soins des nouveau-nés dans leur premier mois de vie.  
Étude observationnelle en 2015 dans les maternités IHAB de la  
métropole Lilloise.**

Présentée et soutenue publiquement le 6 octobre 2015 à 14h00  
au Pôle Formation

**Par Jane ROISNE**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Patrick TRUFFERT**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE**

**Monsieur le Professeur François DUBOS**

**Directrice de Thèse :**

**Madame le Docteur Marie-Laure CHARKALUK**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses: celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## Liste des abréviations

DMS	Durée Moyenne de Séjour
CCTIRS	Comité Consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche
CNIL	Commission Nationale de l'informatique et des Libertés
GHICL	Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille
HAS	Haute Autorité de Santé
IHAB	Initiative Hôpital Amis des Bébé
J6	Sixième jour
J10	Dixième jour
PDV	Perdues de vue
PMA	Procréation Médicalement Assistée
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PRADO	Programme d'accompagnement au retour à domicile des femmes ayant accouché
SA	Semaine(s) d'aménorrhée

## Table des matières

<b>Résumé.....</b>	<b>11</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>12</b>
I.Définitions et contexte de l'étude.....	12
A)Définitions.....	12
B)L'évolution de la durée de séjour en maternité.....	12
C)La satisfaction des accouchées.....	13
D) Les risques pour les nouveau-nés.....	15
II.Les nouvelles recommandations de la HAS sur les sorties de maternité et les mesures d'accompagnement associées.....	16
A)Notions-clés.....	16
B)Les critères d'évaluation du risque pour le nouveau-né .....	16
C)Le suivi de l'enfant.....	17
D)Le PRADO.....	19
E)L' IHAB.....	20
III.Problématiques et objectifs.....	20
A)Problématiques.....	20
B)Objectifs.....	21
<b>Matériels et méthodes.....</b>	<b>22</b>
I.Type d'étude.....	22
II.Les maternités de notre étude.....	22
III.La population étudiée.....	22
IV.La réalisation de l'enquête et le recueil de données.....	23
A)Première étape.....	24
B)Deuxième étape.....	24
V.Autorisations.....	25
VI.Analyse statistique.....	25
<b>Résultats.....</b>	<b>26</b>
I.Le flow chart de l'étude.....	26
II.Les caractéristiques de la population.....	27
A)La population source.....	27
B)La population analysée.....	27
III.Les principaux résultats.....	29
A)L'objectif principal.....	29
B)Les objectifs secondaires.....	30
1.Les facteurs en lien avec une consultation conforme à la HAS.....	30
2.Les consultations avec les sages-femmes.....	32
IV.Le parcours de soins des nouveau-nés dans notre étude.....	34
A)Les consultations des médecins et des sages-femmes.....	34

B)Les autres professionnels consultés.....	35
V.Les autres résultats .....	36
A)Les conseils par téléphone.....	36
B)Le choix du professionnel.....	36
C)La santé des nouveau-nés.....	37
D)Les aides.....	37
E)Allaitement.....	37
F)La satisfactions des accouchées.....	38
<b>Discussion.....</b>	<b>39</b>
I.Commentaires sur les principaux résultats.....	39
A)L'objectif principal.....	39
B)Les objectifs secondaires.....	41
1.Les facteurs en lien avec une consultation conforme à la HAS.....	41
2.Les consultations avec les sages-femmes.....	41
II.Commentaires sur le parcours de soins des nouveau-nés de notre étude.....	42
A)Entre le sixième et le dixième jour de vie.....	42
B)Le reste du mois.....	44
III.Commentaires sur les autres résultats.....	45
A)Les autres professionnels consultés.....	45
B)Les conseils par téléphone.....	45
C)Le type de médecin consulté.....	46
D)La satisfaction des accouchées sur leur séjour en maternité.....	46
IV.Comparaison avec des travaux similaires.....	47
V.Limites et Forces de l'étude.....	47
A)Les limites.....	47
B)Les forces.....	48
VI.Commentaires sur la population.....	49
<b>Conclusion et perspectives.....</b>	<b>50</b>
<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>52</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>55</b>
Annexe 1: Certificat médical du huitième jour.....	55
Annexe 2: Les 12 recommandations du label IHAB.....	56
Annexe 3: Questionnaire de l'étude.....	57
Annexe 4: Feuille de consentement de l'étude.....	63
Annexe 5: Avis du Comité interne d'éthique de la recherche médicale (CIER) du GHICL.....	66
Annexe 6: Caractéristiques de la population incluse.....	67
Annexe 7: Extrait du document d'information destiné aux femmes enceintes de la HAS (page 6).....	69

## RÉSUMÉ

**Introduction:** Le suivi du nouveau-né se modifie actuellement dans un contexte de diminution de la durée de séjour en maternité et de la publication de nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). Notre objectif principal était de décrire le parcours médical dans le premier mois de vie des nouveau-nés indemnes de pathologies en maternité, en identifiant les professionnels rencontrés et les dates des consultations réalisées.

**Méthode:** Il s'agit d'une étude prospective observationnelle multicentrique. Elle a été menée dans les trois maternités de la métropole Lilloise labellisées IHAB à l'aide d'un questionnaire anonymisé en deux parties. Toutes les mères d'âge supérieur ou égal à 18 ans et ayant accouché d'un nouveau-né singleton, nés à terme ont été incluses. La première partie du questionnaire a été effectuée en face à face lors du séjour en maternité et la seconde partie par téléphone, après le premier mois de vie du nouveau-né.

**Résultats:** Initialement, 150 mères ont été incluses puis 118 mères ont répondu à la seconde partie du questionnaire. Entre leur sixième et leur dixième jour de vie, 17,8% (N=21) (IC 95%: [10,9 ; 24,7]) des nouveau-nés ont eu une consultation avec un médecin et 66% (N=78) ont eu une consultation avec une sage-femme. Les mères ayant effectué la consultation médicale conformément aux nouvelles recommandations de la HAS étaient plus favorables à une sortie précoce lors de leur séjour en maternité. Aucun autre facteur en lien avec un suivi conforme n'a été mis en évidence. Concernant les visites à domicile par une sage-femme, 12,5% des visites étaient conformes aux recommandations de la HAS pour les sorties précoces et 62% pour les sorties standards.

**Conclusion:** Peu de nouveau-nés ont finalement bénéficié du suivi médical recommandé par la HAS. De nombreuses améliorations sont à réaliser pour répondre à l'objectif de ces recommandations, comme par exemple une meilleure information des mères sur le suivi postnatal. Néanmoins, les mères sont globalement très satisfaites du retour à domicile avec leur nouveau-né.

## **INTRODUCTION**

### **I. Définitions et contexte de l'étude**

#### **A) Définitions**

On désigne comme nouveau-né, tout enfant au cours de la période néonatale, c'est-à-dire la période qui s'étend de la naissance au 28ème jour de vie. Il s'agit d'une période critique de la vie, marquée par une vulnérabilité accrue liée à la complexité des mécanismes d'adaptation à la vie extra-utérine et par la possible révélation de pathologies, ce qui incite à un suivi médical renforcé. Par ailleurs, l'arrivée d'un enfant dans sa famille est un événement intime pour lequel il convient de ne pas être intrusif.

Un suivi particulier est donc nécessaire et la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande qu'il soit intégré dans un parcours de soins. Ce dernier est défini par l'Agence Régionale de Santé (ARS) comme «la trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix».<sup>1</sup>

#### **B) L'évolution de la durée de séjour en maternité**

Actuellement, on note une constante augmentation de la natalité en France, alors que la restructuration du système de santé engendre une diminution du nombre de maternités ainsi que de lits disponibles.<sup>2</sup>

Pour s'adapter aux contraintes économiques, mais également afin de respecter le souhait des mères de démedicaliser la naissance, la durée moyenne de séjour

(DMS) en maternité après un accouchement sans complications, a diminué significativement au cours des dernières années. Au début des années 80, plus de 50% des femmes françaises avaient séjourné entre sept et neuf jours en maternité à la suite d'une naissance. Tandis qu' en 2010, la DMS en France était de 4,4 jours toute voies de naissance confondues (4 jours pour les voies basses et 5,6 jours pour les césariennes)<sup>3</sup>.

La DMS en France reste encore élevée en comparaison à d'autres pays de l'Union Européenne. En Suède par exemple, elle est de 2,3 jours<sup>4</sup>. On peut également citer le Royaume-Uni où elle est actuellement de 2,4 jours pour les primipares et de 1,6 jour pour les multipares<sup>5</sup>. Mais dans ces deux cas, les mères bénéficient de plusieurs visites d'une sage-femme à leur domicile en *post-partum*.

### **C) La satisfaction des accouchées**

C'est dans ce contexte de diminution de la durée de séjour en maternité que plusieurs études se sont intéressées à la satisfaction globale des mères après leur accouchement. En 2006, une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), réalisée auprès de plus de 2500 femmes, a mis en évidence que le motif majeur d'insatisfaction des accouchées portait sur la préparation à la sortie de la maternité. Elles étaient entre 15% et 35% à être «plutôt pas satisfaites» ou «pas du tout satisfaites» des informations et des conseils médicaux qui leur avaient été prodigués<sup>6</sup>.

Ces défaillances sur la préparation à la sortie de la maternité, n'étaient pas directement imputées à la durée d'hospitalisation puisque, dans la même étude, trois quarts des femmes avaient jugé leur durée de séjour à la maternité adéquate et seulement 7% l'avaient trouvé trop courte.

Un rapport du Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) de 2012 corroborait l' insatisfaction des accouchées<sup>7</sup>. En effet, il retrouvait qu' une femme primipare sur six quelque soit le mode d'accouchement, et une femme césarisée sur



quatre s'étaient senties «désemparées» ou «angoissées» dans les premiers jours suivant le retour à domicile.

L'insatisfaction des mères portait notamment sur l'accompagnement qu'elles avaient reçu pendant leur allaitement. Ainsi, dans une enquête de l'Union nationale des associations familiales (UNAF) de 2010<sup>8</sup>, seulement 52% des mères ont déclaré avoir été efficacement soutenues dans leur allaitement maternel pendant le séjour en maternité. Une autre étude réalisée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)<sup>9</sup> confirme cette insuffisance en mettant en évidence la nécessité pour 42 % des femmes interrogées, d'une information accessible ou d'un soutien par un professionnel de l'allaitement.

L'allaitement maternel satisfait à lui seul les besoins du nourrisson pendant les six premiers mois de vie, et a des effets bénéfiques à court et long terme sur la santé de l'enfant et de sa mère<sup>10</sup>. Il est donc important de favoriser la poursuite de l'allaitement et d'éviter les arrêts précoces.

Des recommandations de la HAS<sup>11</sup> stipulent que «toute forme de soutien proposé à la sortie de la maternité diminue le risque d'arrêt de l'allaitement exclusif avant six mois». En ce qui concerne le raccourcissement de la DMS, il n'aurait pas d'effet sur l'initiation ou la poursuite de l'allaitement maternel, à condition que les mères bénéficient d'un soutien<sup>12</sup>.

Les recommandations et le désir des femmes se rejoignent donc, et l'importance d'un soutien lors du retour à domicile est évident.

Dans ce but, plusieurs propositions ont été énoncées dans le rapport du Pr. Turck<sup>10</sup>. Dans ce rapport, il est notamment préconisé «la mise en place d'une consultation spécialisée, par un professionnel de santé formé, remboursée à 100%, pour l'évaluation de l'allaitement entre le huitième jour et le quinzième jour de l'enfant, chaque fois que cela paraîtra souhaitable».

Ces différentes études ont encouragé la mise en place d'un accompagnement de qualité de la mère et du nouveau-né à la sortie de la maternité, afin que le retour à domicile se passe dans les meilleures conditions possibles.

## **D) Les risques pour les nouveau-nés**

L'adaptation à la vie extra-utérine est d'environ cinq jours et certains problèmes néonataux ne sont pas apparents dans les premiers jours. La naissance et les premiers jours de vie sont donc une période charnière sur le plan médical. Lors de la mise en place des sorties précoces en maternité, les risques pouvant survenir chez les nouveau-nés ont été mis en avant.

En 2005, l' Académie Nationale de Médecine mettait en garde sur les principaux risques que faisait courir au nouveau-né, une sortie trop précoce de la maternité sans surveillance adéquate<sup>13</sup>. On peut citer notamment des difficultés à la mise en place de l'alimentation, et donc un risque de déshydratation, un retard au diagnostic de cardiopathie se révélant à la fermeture du canal artériel, des infections ou encore des ictères pathologiques.

Par exemple, récemment on a pu observer dans plusieurs pays dont la France, la résurgence d'ictères nucléaires (ou encéphalopathies hyperbilirubinémiques). C'est une pathologie secondaire à une hyperbilirubinémie dont le pic plasmatique se situe entre le troisième et le cinquième jour de l'enfant. Elle est potentiellement mortelle ou pourvoyeuse de séquelles, alors que l'on sait pourtant la prévenir et la traiter efficacement par photothérapie. Cette résurgence aurait été favorisée notamment par le non-respect des recommandations de la HAS sur la surveillance des nouveau-nés à leur sortie de maternité en vigueur cette année là<sup>14</sup>.

## **II. Les nouvelles recommandations de la HAS sur les sorties de maternité et les mesures d'accompagnement associées**

### **A) Notions-clés**

En France, la HAS a publié en mars 2014 de nouvelles recommandations qui font la promotion des sorties précoces de maternité ainsi que d' un meilleur encadrement de ces sorties<sup>15</sup>. La HAS préconise, lorsque c'est possible, une sortie qualifiée de «précoce», définie par une sortie au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse, ou au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne.

Cette dernière précise que la sortie précoce doit se faire dans de bonnes conditions, c'est à dire sous réserve que les couples mères-enfants ne présentent pas de pathologie ou de facteur de risque, et qu'elle ne doit donc pas être généralisée à tous les accouchements. Il est donc indispensable de repérer les facteurs de risque maternels et néonataux afin de qualifier le risque.

### **B) Les critères d'évaluation du risque pour le nouveau-né**

La HAS précise les conditions nécessaires pour définir le bas risque pédiatrique après une durée de séjour standard en maternité:

- Nouveau-né à terme  $\geq 37$  SA singleton et eutrophe
- Examen clinique normal réalisé impérativement 48 heures après la naissance et avant la sortie
- Température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C
- Alimentation établie, mictions et selles émises, transit établi
- Perte de poids  $< 8$  % par rapport au poids de naissance

- Absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme
- Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection
- Dépistages néonataux réalisés à la maternité
- Suivi *post-partum* après la sortie planifié : un rendez-vous avec le professionnel référent du suivi dans les 48 heures suivant la sortie, sinon dans la semaine

Pour pouvoir proposer une sortie précoce aux mères, il existe également des critères pédiatriques supplémentaires qui permettent de repérer les situations à risque.

Les critères sont les suivants:

- Nouveau-né à terme  $\geq$  38 SA, singleton et eutrophe
- Apgar  $\geq$  7 à 5 minutes
- Vitamine K1 donnée
- Dépistages néonataux prévus
- Suivi *post-partum* après la sortie organisé : première visite prévue dans les 24 heures après la sortie de maternité

### **C) Le suivi de l'enfant**

Le parcours médical des nouveau-nés dans le premier mois de vie est en train de changer du fait notamment de ces nouvelles recommandations de la HAS. Actuellement à la maternité, chaque nouveau-né bénéficie de deux examens médicaux. Un à la naissance (dans les deux premières heures de vie) et un avant la sortie de la maternité, après 48 heures de vie, par un pédiatre. Une fois le «bas risque» attesté par le pédiatre lors de cet examen, le suivi du nouveau-né peut être par la suite réalisé par une sage-femme ou un médecin (généraliste ou pédiatre).

Néanmoins, il est recommandé par la HAS qu'un **«nouvel examen soit réalisé entre le sixième et le dixième jour postnatal, de préférence par un pédiatre, ou par un médecin généraliste ayant l'expérience des pathologies du nouveau-né»<sup>15</sup>**. Cet examen correspond à la visite à réaliser par un médecin dans les huit premiers jours de l'enfant lors de laquelle un certificat de santé est à compléter.

En effet, la loi du 15 juillet 1970 a rendu obligatoire la délivrance de certificats de santé lors de trois examens médicaux: celui du 8ème jour [Annexe 1], des 9 mois et des 24 mois de l'enfant. Chacun des certificats comporte deux parties: une administrative (renseignements sur les parents) et une partie médicale (état de santé de l'enfant, développement psychomoteur, couverture vaccinale). Ces certificats ne peuvent être remplis que par un médecin.

Il est préconisé que les enfants aient neuf examens médicaux dans leur première année de vie dont un par mois pendant les six premiers mois. Ils sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie. Ils permettent notamment la surveillance de la croissance staturo-pondérale, du développement psychomoteur et le dépistage précoce des anomalies ou déficiences éventuelles.

Les paramètres de surveillance pour les nouveau-nés dans la période postnatale d'après la HAS sont:

- S'assurer de la mise en place d'une alimentation efficace, et le cas échéant d'un allaitement maternel bien instauré
- S'assurer de l'instauration d'un lien mère-enfant de bonne qualité
- Effectuer ou s'assurer de la réalisation des dépistages réglementaires (tests de dépistage néonatal)
- Dépister les pathologies néonatales fréquemment responsables de complications qui nécessitent une réhospitalisation après la sortie

Ces différentes pathologies sont listées dans les nouvelles recommandations et les paramètres cliniques et paracliniques à surveiller sont détaillés, pour les durées de séjour en maternité standard ainsi que pour les sorties précoces.

## D) Le PRADO

En France, les sage-femmes libérales assurent déjà le suivi postnatal à domicile des mères qui le souhaitent. Afin d'assurer pour les couples mères-enfant, un retour à domicile dans les meilleures conditions possibles, l'Assurance Maladie a mis en place un dispositif dont le but est d'organiser le passage d'une sage-femme à domicile après la sortie de maternité<sup>16</sup>. PRADO signifie « Programme d'accompagnement au retour à domicile des femmes ayant accouché ». Toute personne majeure, ayant accouché d'un enfant unique par voie basse à terme et sans complication peut bénéficier de ce dispositif. Initialement mis en place uniquement lors des sorties précoces, il a ensuite été généralisé depuis 2012 pour tous les accouchements, sur la base du volontariat des mères. C'est un conseiller de l'Assurance Maladie qui informe les femmes sur ce dispositif lors de leur séjour en maternité.

Le Prado se distingue des visites classiques par le fait que le premier rendez-vous avec une sage-femme à domicile est organisé par le conseiller avant la sortie de maternité. Il s'assure des disponibilités de la sage-femme choisie par la mère et fait la liaison entre les parents et la sage-femme libérale.

Selon la HAS<sup>15</sup>, en cas de sortie précoce, la première visite par une sage-femme doit avoir lieu dans les 24h après la sortie et la seconde visite 24 à 48h après la première. A l'issue desquelles d'autres visites à domicile peuvent être programmées si cela est nécessaire. En cas de sortie standard, deux visites sont recommandées à domicile: la première dans la semaine et dans les 48h si possible. La deuxième n'est pas systématique et est seulement recommandée.

Selon un sondage de la Caisse Primaire d' Assurance Maladie (CPAM) , 87% des femmes ayant intégré le dispositif depuis sa mise en place se déclarent «tout à fait satisfaites» de l'offre douze jours après leur accouchement.

## **E) L' IHAB**

Dans notre étude, nous avons décidé de cibler les maternités de la Métropole Lilloise qui avaient obtenu le label «Initiative Hôpital Amis des Bébé» (IHAB)<sup>17</sup> au moment de l'enquête. C' est un programme international crée en 1992 et qui se développe en France depuis les années 2000. Il a été mis en place par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). Un petit nombre de maternités françaises a actuellement ce label mais ce chiffre est croissant.

Afin d'obtenir ce label, les maternités et services de néonatalogie doivent valider douze recommandations [Annexe 2] qui ont pour but d'améliorer la qualité de l'accueil du nouveau-né en partenariat avec sa famille, et le soutien de l'allaitement maternel. Un des principes du label porte sur le suivi du nouveau-né après la sortie de maternité et souligne la nécessité d' un travail en réseau pour assurer la bonne continuité des soins.

## **III. Problématiques et objectifs**

### **A) Problématiques**

Dans ce contexte de changement rapide de l'organisation des soins aux nouveau-nés, plusieurs questions ont été soulevées:

- Les différentes mesures d'accompagnement et de suivi des nouveau-nés définies par la HAS sont-elles respectées?
- Quelle est la proportion de nouveau-nés ayant une consultation médicale dans les délais définis par la HAS?
- Une sage-femme passe-t-elle au domicile de chaque mère sortie précocement de la maternité?

- Qui intervient au cours du premier mois de vie des nouveau-nés et dans quelles circonstances?
- Quel est le véritable parcours des nouveau-nés?

## **B) Objectifs**

Notre objectif principal était de décrire le parcours médical des nouveau-nés indemnes de pathologies en maternité nés dans les trois maternités IHAB de la métropole lilloise, durant leur premier mois, en identifiant les professionnels rencontrés et les dates des consultations réalisées. Notre critère de jugement principal était le pourcentage de nouveau-nés ayant eu une visite médicale entre le sixième et le dixième jour postnatal, conformément aux recommandations de la HAS.

Les objectifs secondaires étaient d'identifier les facteurs associés à la qualité du suivi, définie par la conformité aux récentes recommandations de la HAS, et de déterminer si les visites réalisées par les sages-femmes étaient également conformes aux recommandations.

Les résultats de notre étude ont donc pour but d'améliorer la prise en charge des nouveau-nés au-delà de leur séjour en maternité, en brossant un tableau général du suivi médical du nouveau-né durant le premier mois.



## **MATÉRIELS ET MÉTHODES**

### **I. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude observationnelle, prospective et multicentrique. Elle a été réalisée entre mars et juin 2015.

### **II. Les maternités de notre étude**

Elle a été conduite dans les trois maternités de la métropole Lilloise labellisées IHAB. Il s'agit des maternités de l'Hôpital Saint-Vincent de Lille, du Centre Hospitalier de Roubaix et du Centre Hospitalier de Tourcoing. Ce sont toutes les trois des maternités de niveau IIa ou IIb.

### **III. La population étudiée**

Sans données précises sur le sujet, nous avons estimé que 75 % des nouveau-nés avaient une consultation médicale entre leur sixième et leur dixième jour de vie. Dans cette hypothèse, 144 questionnaires permettaient d'estimer ce pourcentage avec une précision de 5 %.

Les mères étaient incluses selon les critères suivants:

- Age supérieur ou égal à 18 ans
- Ayant accouché de nouveau-nés singleton nés à un terme supérieur ou égale à 37 semaines d'aménorrhée (SA), dans une des maternités de l'étude

Les critères d'exclusion étaient:

- Nouveau-né transféré en néonatalogie
- Mère transférée dans un autre service que la maternité
- Absence de consentement signé de la mère
- Mères non francophones (passation du questionnaire impossible)

Les jours de recueil de données dans les différentes maternités se faisaient au hasard mais pour des raisons organisationnelles, ils n'ont pas été consécutifs. A chacune de mes disponibilités, j'alternais les passages dans chaque maternité jusqu'à avoir la totalité des 150 couples mères-enfants à inclure. La liste des couples mère-enfants éligibles pour cette enquête, c'est à dire présentant *à priori* les critères d'inclusion sans critères d'exclusion, était fournie par l'équipe soignante en poste au moment de chacun de mes passages. J'ai rencontré chacun d'entre eux.

#### **IV. La réalisation de l'enquête et le recueil de données**

Le questionnaire réalisé comportait deux parties, successivement de 21 et 25 questions (fermées ou à choix multiples) [Annexe 3]. Il était anonyme et avait été testé préalablement sur quelques personnes afin d'attester notamment de la clarté des questions. Après avoir obtenu l'accord des pédiatres responsables du secteur des suites de naissance des différentes maternités, le travail s'est structuré en deux étapes successives.

## **A) Première étape**

La première partie du questionnaire a été remplie par mes soins en fonction des données recueillies lors de l'entretien avec les mères à la maternité. Cette partie durait environ dix minutes. Les données manquantes à l'interrogatoire ont été collectées dans le dossier médical. Les modalités de l'enquête étaient expliquées aux équipes soignantes lors de chacun de mes passages.

Après avoir expliqué oralement les modalités de l'étude aux mères, une explication écrite était systématiquement distribuée. Chaque mère ayant participé à l'étude a donné son consentement écrit [Annexe 4]. Les questions portaient essentiellement sur les données sociodémographiques du nouveau-né et des parents, ainsi que sur quelques données médicales de naissance. Les coordonnées téléphoniques étaient répertoriées au sein de chaque service afin de pouvoir recontacter les mères ultérieurement.

## **B) Deuxième étape**

La seconde partie du questionnaire était également réalisée par mes soins mais était effectuée lors d'un entretien téléphonique. Avant de commencer, un nouvel accord oral était systématiquement demandé aux mères. Elles pouvaient s'aider des données présentes dans le carnet de santé de leur enfant.

Cette partie était réalisée à un mois minimum de la date de l'accouchement et comportait des questions sur le parcours de soins du nouveau-né lors de son premier mois. Afin de répondre à notre objectif principal, les questions ciblaient surtout les professionnels de santé rencontrés au cours du premier mois et le nombre de contacts avec ces derniers, et notamment la date de la première visite médicale.

De plus, afin d'identifier les facteurs associés au suivi des nouveau-nés, il était nécessaire de poser différentes questions sur les variables que l'on pensait potentiellement impliquées dans la qualité du suivi. Ces dernières pouvaient être

sociologiques, démographiques, médicales ou en lien avec l'organisation du système de santé.

Lorsqu' aucune réponse n'était obtenue lors du premier appel, j'ai réitéré les appels à deux reprises maximum en laissant un message vocal sur le répondeur avec mes coordonnées. Après les deux mois de l'enfant et en l' absence de réponse, les mères n'étaient pas rappelées, et était considérées comme perdues de vues.

## **V. Autorisations**

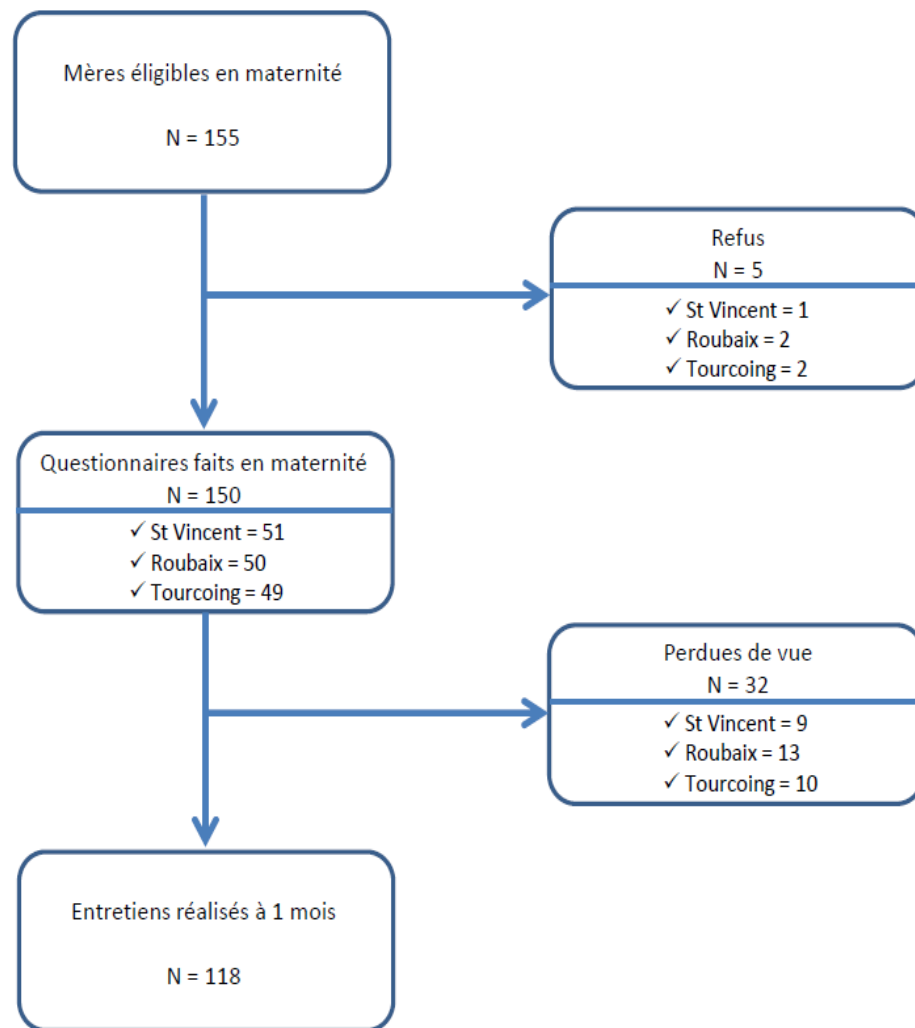
Cette étude a été approuvée par le Comité interne d'éthique de la recherche du Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille (GHICL) [Annexe 5]. La base de données a été déclarée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Le Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) a donné un avis favorable.

## **VI. Analyse statistique**

La saisie des questionnaires a été réalisée avec le logiciel Excel®. Les données qualitatives sont présentées sous forme de pourcentage, avec un intervalle de confiance à 95% pour le résultat principal. Les données quantitatives sont présentées avec la moyenne  $\pm$  l'écart-type. L'analyse statistique a été réalisée par les tests statistiques habituels (Chi2 ou test exact de Fischer si nécessaire pour les données qualitatives, ou test de Student pour les données quantitatives). Un  $p < 0,05$  a été considéré comme statistiquement significatif. Les données ont été recueillies de manière prospective et, analysées informatiquement et anonymement de manière rétrospective.

## RÉSULTATS

### I. Le flow chart de l'étude



**Figure 1:** Flow chart de l'étude

Au total, 79% (N=118) des mères ont complété l'étude avec la réalisation du deuxième questionnaire.

## II. Les caractéristiques de la population

### A) La population source

Les caractéristiques de la population incluse ont été reportées dans un tableau en annexe 6.

### B) La population analysée

Toutes les mères n'ayant pas répondu à la seconde partie du questionnaire ont été considérées comme perdues de vue. Nous avons ensuite comparé la population analysée aux perdues de vue.

**Tableau 1:** Comparaison de la population analysée et des perdues de vue

	Population étudiée N=118  N (%) ou Moyenne (Écart-type)	Perdues de vue N=32  N (%) ou Moyenne (Écart-type)	p=
<b>Age de la mère</b>	30,4 ± 5,2	29,3 ± 6,4	0,16 (NS)
<b>Situation matrimoniale</b>			
Seule	2 (2)	3 (9)	0,014
En couple avec le père de l'enfant	115 (97)	27 (84)	
En couple avec un autre conjoint	1 (1)	2 (6)	
<b>Nationalité de la mère</b>			
Française	93 (79)	28 (87,5)	0,27 (NS)
Autre	25 (21)	4 (12,5)	
<b>Nationalité du père</b>			
Française	86 (73,5)	25 (81)	0,41 (NS)
Autre	31 (26,5)	6 (19)	
<b>Langue parlée à la maison</b>			
Français	84 (71)	25 (78)	0,68 (NS)
Autre langue	3 (3)	1 (3)	
Plusieurs langues dont le français	31 (26)	6 (19)	
<b>Lieu de résidence</b>			
Urbain	3 (2)	0 (0)	0,751 (NS)
Semi-urbain	29 (25)	6 (19)	
Rural	86 (73)	26 (81)	
<b>PMA</b>			
Oui	115 (97)	31 (97)	0,86 (NS)
Non	3 (3)	1 (3)	

	Population étudiée N=118 N (%) ou Moyenne (Écart-type)	Perdus de vue N=32 N (%) ou Moyenne (Écart-type)	p=
<b><u>Parité</u></b>			
P1	46 (39)	15 (47)	0,88 (NS)
P2	33 (28)	8 (25)	
P3	22 (19)	5 (16)	
P4 et plus	17 (14)	4 (12)	
<b><u>Diplôme le plus élevé de la mère</u></b>			
Aucun ou Brevet des collèges	41 (35)	18 (56)	0,01
Baccalauréat (BAC)	21 (18)	7 (22)	
>Baccalauréat	56 (47)	7 (22)	
<b><u>Diplôme le plus élevé du père</u></b>			
Aucun ou Brevet des collèges	43 (37)	16 (52)	0,55 (NS)
Baccalauréat (BAC)	21 (18)	6 (19)	
>Baccalauréat	53 (45)	9 (29)	
<b><u>Situation de la mère vis-à-vis de l'emploi</u></b>			
Active	87 (74)	17 (53)	0,03
Non active	31 (26)	15 (47)	
<b><u>Centre</u></b>			
Saint-Vincent	42 (36)	9 (28)	0,581 (NS)
Roubaix	37 (31)	13 (41)	
Tourcoing	39 (33)	10 (31)	
<b><u>Sexe de l'enfant</u></b>			
Masculin	50 (42)	13 (41)	0,859 (NS)
Féminin	68 (58)	19 (59)	
<b><u>Terme de naissance (jours)</u></b>			
	278,3 ± 8,3 (39 SA)	276,1 ± 8,3 (39 SA)	0,19 (NS)
<b><u>Poids de naissance</u></b>			
	3,36 ± 0,4	3,45 ± 0,3	0,26 (NS)
<b><u>Voie de naissance</u></b>			
Voie basse non opératoire	113 (87)	25 (78)	0,079 (NS)
Césarienne	15 (13)	7 (22)	
<b><u>Mode d'allaitement</u></b>			
Artificiel	25 (21)	13 (41)	0,005
Au sein	89 (75)	15 (47)	
Mixte	4 (3)	4 (12)	
<b><u>Personnes proches susceptibles d'aider lors du retour à la maison</u></b>			
Oui beaucoup	66 (56)	18 (56)	0,905 (NS)
Oui un peu	36 (30)	9 (28)	
Non pas trop	7 (6)	3 (9)	
Non pas du tout	9 (8)	2 (6)	
<b><u>Cours de préparation à la naissance</u></b>			
Oui	53 (45)	21 (66)	0,038
Non	65 (55)	11 (34)	
<b><u>Favorable à une sortie précoce de la maternité</u></b>			
Oui	57 (48)	17 (53)	0,629 (NS)
Non	61 (52)	15 (47)	

Les valeurs quantitatives sont exprimées en moyennes ± écarts types. Les valeurs qualitatives sont sous forme de pourcentage.

Les mères non incluses dans l'étude finale se distinguaient des mères incluses sur plusieurs critères. En effet, elles :

- étaient moins souvent en couple avec le père de l'enfant
- étaient moins diplômées
- étaient moins nombreuses à travailler
- allaitaient moins au sein
- ont plus assisté à des cours de préparation à la naissance

### III. Les principaux résultats

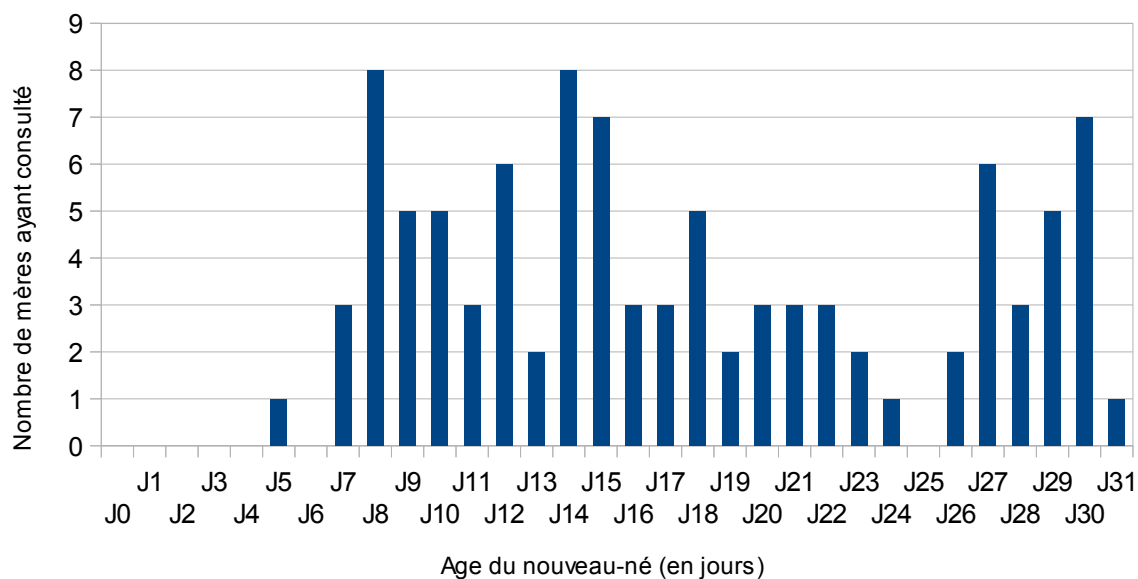
#### A) L'objectif principal

82% (N=97) des mères ont consulté un médecin au moins une fois au cours du premier mois de vie de leur enfant. Dans 66% (N=64), il s'agissait d'un médecin généraliste contre 34% (N=33) un pédiatre.

22 % (N=21) de ces consultations ont eu lieu entre le sixième et le dixième jour de vie des nouveau-nés, **soit 17,8% (IC 95%: [10,9 ; 24,7]) du total des nouveau-nés ont eu une consultation médicale conformément aux recommandations de la HAS.**

Pour 68% des mères (N=66), la raison principale de la première consultation médicale était une visite systématique ( pesée, etc...) sans problème médical associé.





**Figure 2:** Répartition des premières consultations médicales en fonction de l'âge du nouveau-né

Les premières consultations médicales des nouveau-nés se répartissaient sur tout le mois.

## B) Les objectifs secondaires

### 1. Les facteurs en lien avec une consultation conforme à la HAS

**Tableau 2:** Facteurs associés au suivi conforme aux recommandations de la HAS

	Suivi conforme N=21 N (%) ou Moyenne (Écart-type)	Suivi non conforme N=97 N (%) ou Moyenne (Écart-type)	p=
<b>Age de la mère</b>	30,6 ± 4,7	30,4 ± 5,3	0,88 (NS)
<b>Situation matrimoniale</b>			
Seule	0 (0)	2 (2)	0,71 (NS)
En couple avec le père de l'enfant	21 (100)	94 (97)	
En couple avec un autre conjoint	0 (0)	1 (1)	
<b>Nationalité de la mère</b>			
Française	19 (90)	74 (76)	0,14 (NS)
Autre	2 (10)	23 (24)	
<b>Langue parlée à la maison</b>			
Français	14 (67)	70 (72)	0,54 (NS)
Autre langue	0 (0)	3 (3)	
Plusieurs langues dont le français	7 (33)	24 (25)	

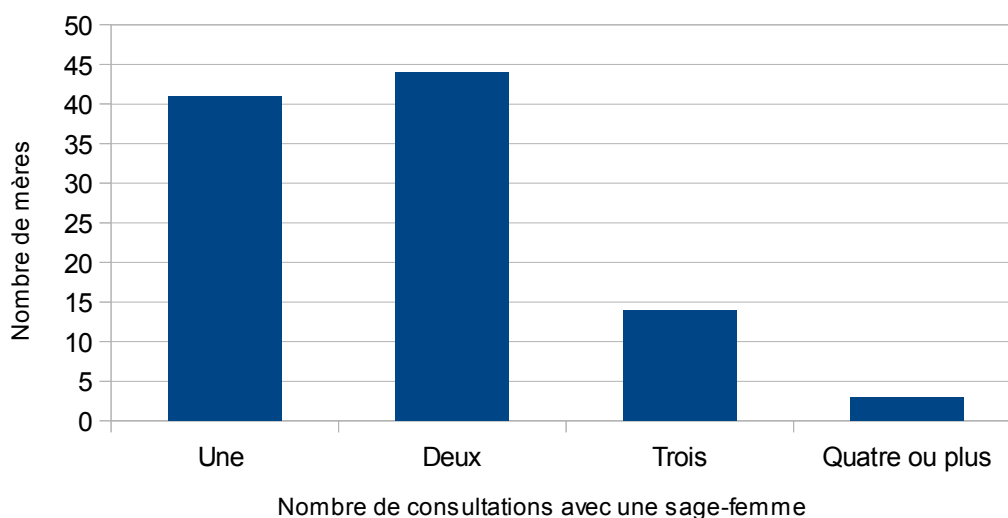
	Suivi conforme N=21 N (%) ou Moyenne (Écart-type)	Suivi non conforme N=97 N (%) ou Moyenne (Écart-type)	p=
<b><u>Lieu de résidence</u></b>			
Urbain	18 (86)	68 (70)	0,37(NS)
Semi-urbain	3 (14)	26 (27)	
Rural	0 (0)	3 (3)	
<b><u>Parité</u></b>			
Primipare	7 (33)	39 (40)	0,55 (NS)
Multipare	14 (67)	58 (60)	
<b><u>Diplôme le plus élevé de la mère</u></b>			
Aucun ou Brevet	9 (43)	32 (33)	0,61 (NS)
Baccalauréat (BAC)	4 (19)	17 (18)	
Études supérieures	8 (38)	48 (49)	
<b><u>Situation de la mère vis à vis de l'emploi</u></b>			
Active	16 (76)	71 (73)	0,77 (NS)
Non active	5 (23)	26 (27)	
<b><u>Centre</u></b>			
Saint-Vincent	8 (38)	34 (35)	0,89 (NS)
Roubaix	7 (33)	30 (31)	
Tourcoing	6 (29)	33 (34)	
<b><u>Voie de naissance</u></b>			
Voie basse non opératoire	16 (76)	74 (76)	0,95 (NS)
Voie basse opératoire	2 (10)	11 (11)	
Césarienne	3 (14)	12 (12)	
<b><u>Mode d'allaitement</u></b>			
Artificiel	6 (29)	19 (20)	0,36 (NS)
Maternel ou mixte	15 (71)	78 (80)	
<b><u>Cours de préparation à la naissance</u></b>			
Oui	11 (52)	54 (56)	0,78 (NS)
Non	10 (48)	43 (44)	
<b><u>Favorable à une sortie précoce de la maternité</u></b>			
Oui	15 (71)	46 (47)	0,046
Non	6 (29)	51 (53)	
<b><u>Sortie précoce</u></b>			
Oui	4 (19)	12 (12)	0,41 (NS)
Non	17 (81)	85 (88)	

*Les valeurs quantitatives sont exprimées en moyennes ± écarts types. Les valeurs qualitatives sont sous forme de pourcentage.*

Un seul facteur pouvant entrer en lien avec la conformité du suivi médical a été trouvé. En effet, les mères ayant effectué la consultation conformément aux nouvelles recommandations seraient plus favorables à une sortie précoce lorsque l'on les questionne pendant leur séjour en maternité.

## 2. Les consultations avec les sages-femmes

Dans notre échantillon, 86% des mères (N=102) ont bénéficié, à leur sortie de la maternité, d'une ou plusieurs consultations avec une sage-femme à leur domicile.



**Figure 3:** Nombre de consultations avec une sage-femme par mère

Pour 76 % d'entre elles (N=78) au moins une consultation a eu lieu entre le sixième et le dixième jour de vie du nouveau-né soit 66% de l'ensemble des mères. Et pour 76% (N=78) d'entre elles, le premier rendez-vous avec la sage-femme était déjà planifié à la sortie de la maternité.

Sur les 102 mères interrogées à un mois et ayant bénéficié d'une consultation avec une sage-femme, à 58% (N=59) cette consultation était organisée dans le cadre d'une sortie «PRADO», 25% (N=25) dans un autre cadre et 18% (N=18) des mères ne savaient pas.

86% (N=102) des mères ont effectué une durée de séjour en maternité standard et 14% (N=16) des mères sont sorties «précocement», soit dans les 72 premières heures après un accouchement par voie basse ou au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne.

En cas de sortie standard, il est recommandé le passage d'une sage-femme dans les 48 heures après la sortie et dans les 24 heures après la sortie en cas de sortie précoce.

Parmi les sorties précoces, 25% (N=4) des mères n'ont pas eu de consultation avec une sage-femme, et 75% (N=12) ont eu une consultation avec une sage-femme.

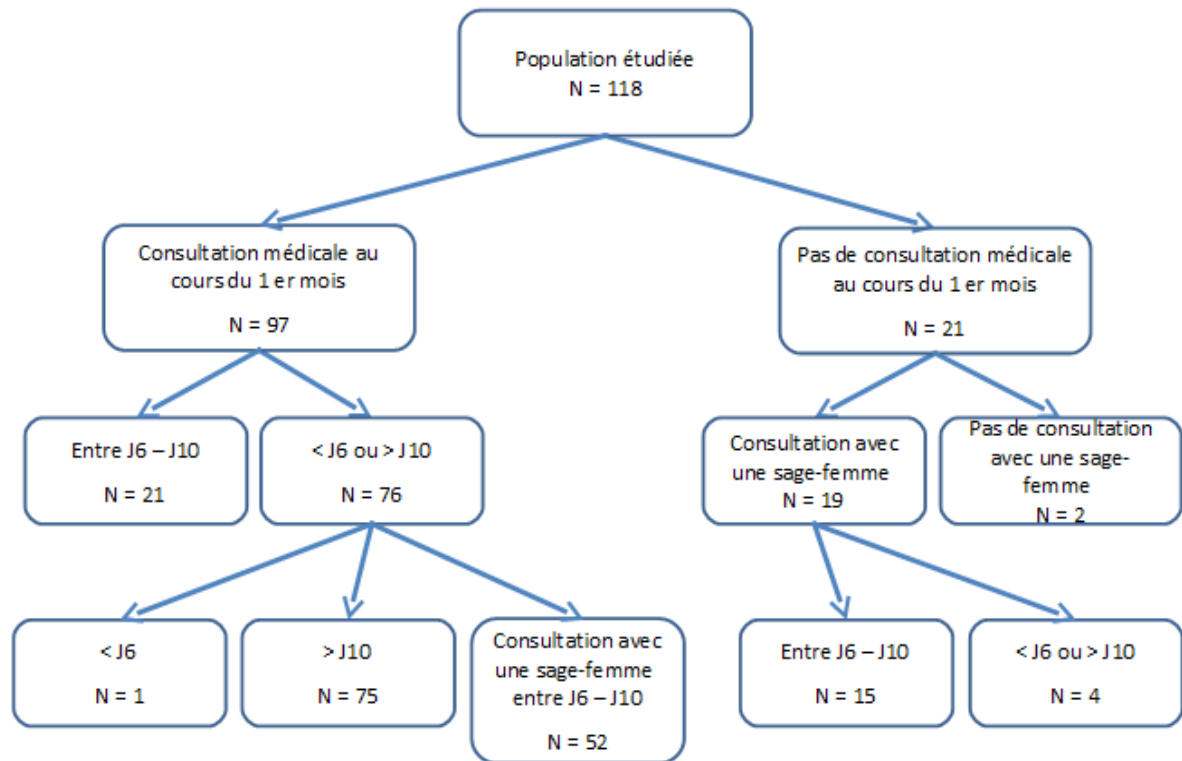
- 2 visites dans les 24 heures suivant la sortie soit 12,5% conformément aux recommandations
- 7 visites ont eu lieu entre 24 et 48 heures après la sortie
- 3 visites ont eu lieu après les 48 premières heures

Pour les sorties standards, 88% (N=90) des mères ont eu une consultation avec une sage-femme et 12% (N=12) n'en ont pas eu.

- 24 visites dans les 24 premières heures
- 39 visites ont eu lieu entre 24 et 48 heures après la sortie soit 62% (N=63) visites selon les recommandations
- 27 visites après les 48 premières heures

## IV. Le parcours de soins des nouveau-nés dans notre étude

### A) Les consultations des médecins et des sages-femmes



**Figure 4:** Description des premières consultations des nouveau-nés avec les médecins et les sages-femmes

La consultation médicale a été faite soit par un médecin généraliste, soit par un pédiatre. Les deux mères n'ayant vu ni de médecin, ni de sage-femme au cours du premier mois avaient vues une puéricultrice de Protection maternelle et infantile (PMI) à plusieurs reprises.

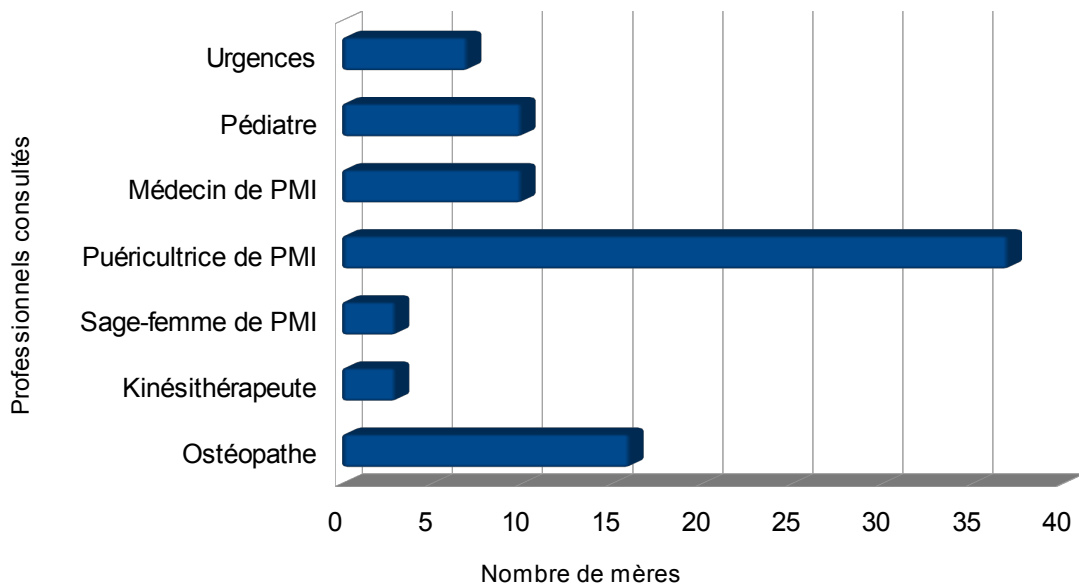
Concernant la visite à réaliser entre le sixième et le dixième jour postnatal, 21 mères ont consulté un médecin et 78 ont consulté une sage-femme. 11 mères ont consulté les deux professionnels dans ce délai et 30 mères n'ont consulté ni l'un ni l'autre.

Soit au total 75% (N=88/118) des nouveau-nés ont eu une consultation entre leur sixième et leur dixième jour de vie en couplant les consultations avec les sages-femmes et les médecins.

## B) Les autres professionnels consultés

Dans notre population, 69% des mères (N=81) ont consulté un ou plusieurs autres professionnels au cours du premier mois pour leur enfant:

- 38% une fois
- 32% deux fois
- 14% trois fois
- 16% quatre fois ou plus

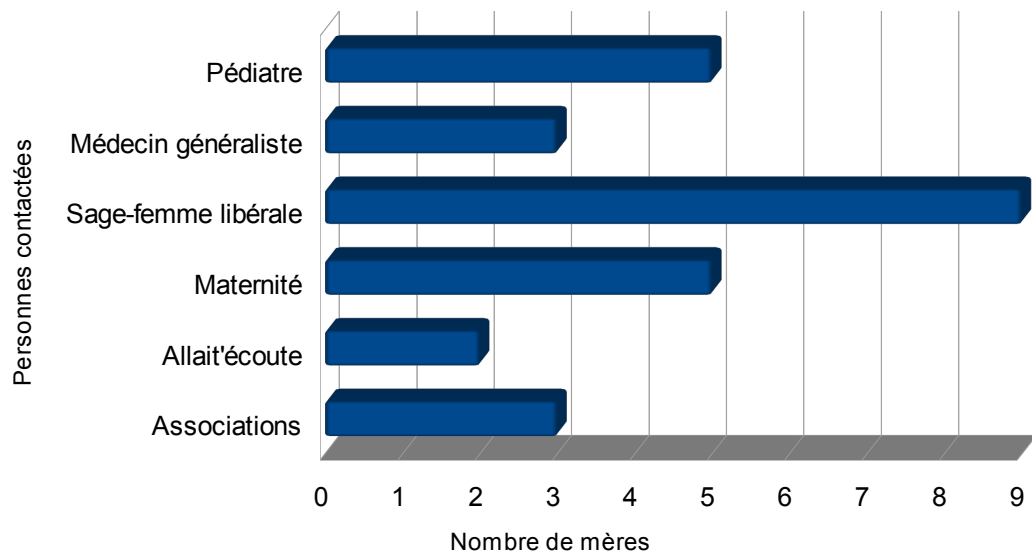


**Figure 5:** Nombre de mères ayant consulté chacun des autres professionnel de santé

## V. Les autres résultats

### A) Les conseils par téléphone

19% des mères (N=22) ont demandé des conseils par téléphone.



**Figure 6:** Nombre de mères ayant demandé un conseil par téléphone en fonction du type de personnes contactées

Les associations contactées étaient des associations de mères pour le soutien de l'allaitement maternel.

### B) Le choix du professionnel

Pour la prise en charge d'une maladie aiguë, les mères se tourneront vers leur médecin généraliste pour 66% d'entre elles (N=78), vers leur pédiatre pour 23% (N=27) puis vers leur sage-femme à 10% (N=12). Une mère (1%) se tournerait soit vers son médecin généraliste, soit vers son pédiatre.

Pour le suivi, les visites systématiques, les mères ont déclaré qu'elles iront voir leur médecin généraliste à 42% (N=50), contre 31% (N=36) leur pédiatre et 16% (N=19) les médecins et les puéricultrices de PMI.

Pour obtenir un conseil, c'est le médecin généraliste qui sera consulté en premier avec 42% (N=49) suivi du pédiatre avec 23% (N=27) et des puéricultrices de PMI pour 11% des mères (N=13).

### **C) La santé des nouveau-nés**

A un mois, 4% (N=5) des mères ont déclaré que leur nouveau-né avait souffert ou souffrait d'un problème de santé et 3% des nouveau-nés ont nécessité une hospitalisation au cours de leur premier mois de vie.

### **D) Les aides**

Lors de leur séjour en maternité, 14 % des mères (N=21) disaient n' avoir «pas du tout» ou «pas trop» de personnes proches susceptibles de les aider à leur retour à la maison. A un mois, elles étaient 60% à avoir eu besoin de «beaucoup» ou d'«un peu» d'aide.

### **E) Allaitement**

A la sortie de la maternité, les nouveau-nés étaient 69% (N=104) à être allaités au sein, 25% (N=38) artificiellement et de façon mixte pour 5% (N=8).



## **F) La satisfactions des accouchées**

En ce qui concerne la note globale donnée par les mères pour évaluer leur retour à domicile avec leur enfant, la moyenne était de 8,2/10. La moyenne des notes données pour évaluer les consultations de la sage-femme à domicile était de 8,95/10.

Concernant les conseils reçus avant et pendant leur séjour à la maternité, ils ont été jugés:

- Très insuffisants dans 1% des cas (N=1)
- Insuffisants dans 6% (N=7)
- Suffisants dans 46% (N=54)
- Répondant parfaitement aux attentes dans 47% (N=56)

## DISCUSSION

### I. Commentaires sur les principaux résultats

#### A) L'objectif principal

Dans notre étude, nous avons pu mettre en évidence que seulement 17,8% (IC 95%: [10,9 ; 24,7]) des nouveau-nés ont eu une consultation médicale entre leur sixième et leur dixième jour de vie, conformément aux recommandations de la HAS. Nous nous attendions à un taux beaucoup plus important. Quelles peuvent-être les raisons de ce résultat?

*-Est-ce un problème d'information?*

L'importance d'une bonne information des mères avant la sortie de la maternité est soulignée par la HAS<sup>18</sup>. Dans une note de cadrage<sup>19</sup>, elle soulignait des défaillances dans la préparation à la sortie de la maternité, qu'elle soit standard ou précoce, avec notamment des défauts dans l'information délivrée aux patientes. Les cours de préparation à la naissance permettent notamment à la mère de connaître les éléments de suivi médical pour elle, et pour son enfant après la naissance. En 2010 en France, elles étaient 73% des primipares et 28% des multipares à y avoir assisté<sup>3</sup>. Mais dans notre étude, elles étaient seulement 51% toute parité confondue. La transmission de l'information par ce biais n'est donc pas optimale.

Toutefois, l'information concernant la première visite médicale est clairement écrite dans le carnet de santé de l'enfant. De plus, la HAS a publié un document d'information<sup>20</sup> [Annexe 7] qui doit être remis à toutes les femmes, au cours du

troisième trimestre de grossesse ou lors du séjour en maternité. Il a pour but de préparer les mères au retour à domicile, en leur expliquant notamment le suivi conseillé, et les dates des consultations à réaliser dans les premières semaines après l'accouchement, que ce soit pour leur enfant ou pour elles.

L'information est donc écrite mais les mères la lisent-elle? Est-elle explicitée oralement également? L'étude de Schimmel<sup>21</sup> en 2010, montre qu' après la naissance de leur enfant, l'adhésion des parents aux recommandations est meilleure si elle est expliquée oralement, et non pas uniquement écrite. Ayant eu l'opportunité d'en parler avec des mères lors de mon stage en PMI, beaucoup d'entre elles m'ont affirmé ne pas avoir été informées de cette recommandation.

Le séjour en maternité est déjà pourvoyeur de nombreuses informations, alors pourquoi ne pas la réaliser en amont? Par exemple, lors de l'entretien individuel ou en couple qui doit avoir lieu dans le premier trimestre de grossesse<sup>18</sup> ou encore lors des différentes consultations prénatales. Ce sont autant d'occasions pour le médecin ou la sage-femme qui les réalisent d'aborder le sujet du suivi postnatal.

*-Est-ce un choix des mères?*

*A priori*, les mères ne sont pas opposées à consulter un médecin, puisque 82% (N=97) des mères de notre étude en ont consulté un au cours du premier mois. Si on regarde la figure 2, on constate que les dates de la première consultation sont très hétérogènes, se répartissant sur tout le mois, sans qu'il n'y ait de période privilégiée par les mères.

Lors de cette première consultation médicale, il s'agissait principalement de visite systématique sans problème médical associé lors desquelles, la réassurance des parents était bien souvent au premier plan. L'absence de suivi des recommandations est-il dû alors à un manque de temps des mères dans les premiers jours suivant le retour à domicile?

*-Est-ce un problème de disponibilités des professionnels?*

La date de l'accouchement n'étant pas connue de manière certaine, il est donc impossible de prendre rendez-vous chez un professionnel en avance pour cette

consultation. Aussi, les emplois du temps des médecins, souvent chargés, ne permettent pas toujours de répondre immédiatement aux attentes des patients. Par conséquent, les familles peuvent se retrouver en difficultés pour trouver un rendez-vous avec un professionnel dans ce délai.

## **B) Les objectifs secondaires**

### **1. Les facteurs en lien avec une consultation conforme à la HAS**

Un seul facteur pouvant entrer en lien avec un suivi conforme aux nouvelles recommandations de la HAS, a été mis en évidence. Les mères ayant consulté entre le sixième et le dixième jour de vie de leur enfant étaient plus favorables à une sortie précoce de la maternité, lorsqu'on les questionnait lors de leur séjour en maternité. Étaient-elles donc plus favorables au suivi régulier de l'enfant qui en découlait ou bien encore avaient-elles été mieux informées?

Cependant, tous ces résultats sont à interpréter avec précaution. Il pourrait y avoir d'autres facteurs associés au suivi conforme aux recommandations, que la taille de notre échantillon n'a pas permis de mettre en évidence.

### **2. Les consultations avec les sages-femmes**

86% des mères ont bénéficié d'une ou plusieurs consultations avec une sage-femme après leur sortie de maternité. Elles étaient organisées dans le cadre du PRADO pour 58% d'entre elles, et planifiées avant la sortie pour 76% d'entre elles. Les sages-femmes ont effectué généralement une ou deux consultations.

La HAS<sup>18</sup> soulignent que «des interventions postnatales précoces et organisées à type de visites systématiques et adaptées aux besoins des mères, améliorent le bien-être physique et émotionnel des femmes avec une diminution de l'anxiété et de la dépression et une amélioration de l'estime de soi». Le soutien après la naissance

est donc fondamental, et dans notre étude, nous avons pu observer qu'un grand nombre de mères a pu bénéficier de ce type de consultations.

Par ailleurs, nous avons constaté qu'il y a eu peu de sorties précoces (dans les 72 premières heures après un accouchement par voie basse ou au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne) dans notre population avec 14% (N=16) seulement des mères. Pourtant, beaucoup plus de couples mère-enfant remplissaient *à priori* les critères définis par la HAS. Nous pouvons donc nous interroger sur les raisons de ce décalage entre les recommandations et leurs mises en place dans les différentes maternités. Était-ce un souhait des mères? Était-ce due à une réticence des équipes médicales? En effet, dans un article, N. Berkane<sup>22</sup> met en avant le fait que les sorties précoces induisent une augmentation de l'activité par la disponibilité des lits, impliquant alors une augmentation réelle des tâches pour les équipes.

75% (N=12) des mères sorties précocement ont eu une consultation avec une sage-femme mais seulement 12,5% dans les 24 heures suivant la sortie, conformément aux recommandations. Il s'agit pourtant d'une des conditions à une sortie précoce de la maternité. On peut se demander si les conditions pour les sorties précoces sont bien respectées dans les maternités.

## **II. Commentaires sur le parcours de soins des nouveau-nés de notre étude**

### **A) Entre le sixième et le dixième jour de vie**

Seulement 17,8% (N=21) des nouveau-nés de notre étude ont donc eu une consultation médicale entre leur sixième et leur dixième jour de vie. Néanmoins, 66% (N=78) ont vu une sage-femme dans ce délai. Au total, 11 mères ont consulté

les deux professionnels à cette période et 30 mères n'ont consulté aucun des deux. Il faudrait sans doute réfléchir à une meilleure répartition de l'offre de soins.

Finalement, les mères ont donc plus consulté des sages-femmes à cette période. Il peut s'agir de la sage-femme qui avait fait le suivi de la grossesse, ou celle qui était intervenue initialement dans le cadre du PRADO. Les sages-femmes ont donc un rôle clé dans le suivi postnatal, et on peut se dire que la plupart des mères ne trouvent pas nécessaire de reconsulter un médecin peu de temps après les consultations avec les sages-femmes, si leur nouveau-né ne présente pas de problème.

La profession de sage-femme connaît une augmentation constante de sa démographie. Ces dernières années, on a constaté une évolution importante du nombre de sages-femmes travaillant en libéral<sup>23</sup>. Cela a permis de répondre à la demande croissante, due à la nouvelle organisation au décours des séjours en maternité.

Les compétences qui sont attribuées aux sages-femmes leur confèrent la possibilité de gérer le suivi global de la mère et du nouveau-né en *post-partum*, à condition de respecter le caractère physiologique. Elles peuvent également dépister une pathologie (article L.4151.3 du Code de la Santé Publique) mais dans ce cas, elles doivent passer le relais à un médecin<sup>24</sup>.

Par exemple, les sages-femmes sont plus à même de quantifier les ictères. En effet, elles possèdent généralement un bilirubinomètre ce qui évite de réaliser un dosage de la bilirubinémie, tandis que les cabinets médicaux en sont rarement équipés. *A contrario*, leur expérience auprès des nouveau-nés est variable, leurs stages pratiques étant essentiellement tournés vers l'obstétrique. Elles ne sont pas habilitées non plus à réaliser les examens médicaux obligatoires prévus par le Code de la Santé Publique comme celui du huitième jour. Actuellement, ce certificat est souvent rempli lors du séjour en maternité. Peut-être qu'il serait préférable de cesser cette pratique, et ce afin d'inciter les mères à consulter pour la réalisation de ce certificat dans le délai préconisé par la HAS.

Les compétences des sages-femmes et des médecins sont complémentaires et une meilleure collaboration entre ces professionnels est donc primordiale pour assurer une continuité des soins.

## **B) Le reste du mois**

Même si dans notre étude, peu de mères ont déclaré que leur enfant avait eu un problème de santé, ou avait nécessité une hospitalisation lors du premier mois, le fait qu'elles aient toutes eu au moins un contact avec un professionnel de santé au cours du premier mois de leur enfant est rassurant. En effet, la majorité d'entre elles a consulté au moins une fois une sage-femme ou un médecin (pédiatre ou généraliste). En revanche, deux mères ont consulté uniquement une puéricultrice de PMI. Hors, les puéricultrices ne réalisent pas d'exams médicaux, et ne peuvent donc pas dépister toutes les éventuelles pathologies ou complications de cette période.

En 2008, Straczek<sup>25</sup> a répertorié les complications pouvant intervenir dans la période postnatale, et qui seraient potentiellement favorisées en cas de sortie précoce. Sur les 903 nouveau-nés inclus, 42 ont présenté une complication. L'ictère était la plus fréquente dans son étude. Mais il concluait que les recommandations étaient pertinentes car 33 des 42 nouveau-nés ayant présenté une complication auraient été exclus du programme de sortie précoce selon les critères de la HAS en vigueur cette année-là.

La première consultation médicale est également importante pour limiter les risques d'une sortie précoce de maternité pour le nouveau-né. Une étude de Cleophax<sup>26</sup> retrouve que, si cette sortie est autorisée après une bonne évaluation clinique et accompagnée d'un suivi organisé, il n'y a pas plus de ré-hospitalisation des nouveau-nés. L'absence de suivi des recommandations, en revanche, pourrait avoir des conséquences sur certains enfants. Par exemple, on sait que le retard au diagnostic de la cardiopathie congénitale augmente le risque de morbi-mortalité des nouveau-nés<sup>27</sup>.

Des critères de sortie précoce et un suivi adaptés lors de cette période charnière du développement du nouveau-né permettraient donc le dépistage de complications chez le nouveau-né, et de les prendre en charge le plus rapidement possible.

### **III. Commentaires sur les autres résultats**

#### **A) Les autres professionnels consultés**

Les autres professionnels ont aussi un rôle important dans le premier mois puisque plus de 50% des mères en ont consulté un. On retrouve majoritairement les ostéopathes et les puéricultrices de PMI. Pour ces dernières, cela peut être expliqué par la loi du 5 mars 2007 qui stipule que « des actions médico-sociales et de suivi peuvent être assurées par le service de PMI à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations »<sup>28</sup>. La visite à domicile se fait généralement par une puéricultrice qui intervient dans les jours qui suivent le retour de la maternité. Lors de sa visite, elle peut conseiller et orienter les parents selon leurs besoins: allaitement, soins, etc...

Actuellement, il existe un engouement pour l'ostéopathie des nouveau-nés (14% dans notre étude), sans que ce professionnel ait de compétences dans le domaine de la surveillance médicale du nouveau-né.

#### **B) Les conseils par téléphone**

Dans notre étude, peu de mères ont demandé des conseils par téléphone puisqu'elles ne sont que 19% (N= 22). Encore une fois, l'information sur les différents intervenants possibles lors du retour à domicile a-t-elle été donnée aux mères? Ou n'en ont-elles pas eu besoin?



Seulement, 51% des mères de notre étude ont assisté à des cours de préparation à la naissance. Un des buts est pourtant de les informer sur tous les recours possibles en cas de difficultés et d'urgence, dont les services d'écoute téléphonique font partie.

### **C) Le type de médecin consulté**

Dans notre étude, nous avons constaté que les mères consultaient, pour le premier examen médical de leur enfant, majoritairement des médecins généralistes. Et ce n'est pas uniquement pour la première consultation puisque, que ce soit pour la prise en charge d'une maladie aiguë, un conseil, ou le suivi ultérieur des nouveau-nés, les mères ont répondu qu'elles iraient voir un médecin généraliste à plus de 40% à chaque fois. Plusieurs explications peuvent être proposées pour essayer de comprendre ce résultat.

Tout d'abord, les médecins généralistes ont, en règle générale, des délais de consultation plus rapides que les pédiatres et parfois même des plages de consultations sans rendez-vous. De plus, il s'agit bien souvent du médecin traitant d'un des deux parents et/ou des autres enfants, et parfois même celui qui a suivi une partie de la grossesse, et l'on peut penser qu'une relation de confiance s'est établie.

Néanmoins, nous pouvons tout de même nous interroger si la formation des médecins généralistes est suffisante dans ce domaine. En effet, ils réalisent seulement trois à six mois de stage en pédiatrie durant leur internat. En améliorant la formation des médecins généralistes, il sera possible de mettre à jour les connaissances en néonatalogie ainsi que sur l'allaitement maternel; ces domaines étant peu abordés lors des études médicales de 2ème et 3ème cycle.

### **D) La satisfaction des accouchées sur leur séjour en maternité**

Globalement, les mères sont très satisfaites de leur séjour en maternité, des conseils qui leur ont été prodigués, et du retour à la maison avec leur nouveau-né au cours du premier mois (moyenne des notes = 8,2/10)

Elles sont également très satisfaites du passage de la sage-femme à leur domicile, malgré l'absence de suivi des recommandations concernant les délais de ces visites.

## **IV. Comparaison avec des travaux similaires**

Dans la littérature, les études décrivant le parcours de soins des nouveau-nés dans leur premier mois sont peu nombreuses. Nous avons comparé notre travail à la thèse de S.PARETS<sup>29</sup> de 2008 dont le travail était similaire. Dans son étude, les 118 mères incluses avaient consulté au moins une fois pour leur nouveau-né dans le premier mois de vie, et près de la moitié d'entre elles avaient consulté quatre fois ou plus dans des structures multiples. On peut supposer que le nombre important de consultations peut être expliqué par un suivi par les sages-femmes dans le *post-partum* moins encadré, moins fréquent qu'actuellement.

Les pédiatres étaient plus consultés que les médecins généralistes et l'âge moyen du nouveau-né lors de la première consultation était de dix jours. Cela ne conforte pas les données principales de notre étude. Cependant, c'était une étude unicentrique, ayant eu lieu dans une seule maternité des Hauts-de-Seine, où la population générale est plus aisée que dans le Nord. De plus, malgré le fait que l'étude a eu lieu avant les recommandations de la HAS de 2014, la maternité conseillait déjà aux mères de consulter un médecin dans les dix jours suivant leur sortie.

## **V. Limites et Forces de l'étude**

### **A) Les limites**

Il est important de considérer les potentiels biais de notre étude. Tout d'abord, il existe un biais de sélection dans la constitution de l'échantillon. En effet, dans notre cohorte, la population analysée à un mois et la population de perdues de vue ne sont

pas comparables sur plusieurs critères. Les mères du groupe des perdues de vue se distinguaient car elles étaient moins diplômées, travaillaient moins, allaitaient moins au sein, et étaient plus souvent seules. On peut supposer que les mères qui ont accepté de répondre à la deuxième partie du questionnaire étaient probablement plus impliquées que les autres dans une démarche de soins, plus soucieuses de leur santé. Cela implique que nous avons pu surestimer le nombre de consultations.

En revanche, les mères du groupe des perdues de vue avaient significativement plus assisté à des cours de préparation à la naissance. Pendant ces cours, le thème du retour à domicile est généralement abordé. Se sentaient-elles donc plus confiantes, moins anxieuses à l'arrivée de leur enfant? A l'heure actuelle, l'efficacité de la préparation à la naissance reste encore inconnue concernant ses effets sur la fonction parentale<sup>18</sup>.

Pour des problèmes de faisabilité, le recueil de données dans les maternités n'a pas pu être effectué de manière consécutive. Même si les jours de recueil de données ont été choisis au hasard, on peut se poser la question de l'accentuation d'un biais de sélection, inhérent au mode de recrutement.

On retrouve également un biais d'information, puisque la deuxième partie du questionnaire a été faite entre un et deux mois après la sortie de la maternité. Même si pour ce questionnaire, les mères pouvaient s'aider du carnet de santé de l'enfant, toutes les informations demandées n'étaient pas toujours notées dedans, et il existe donc un biais de mémorisation.

## **B) Les forces**

Malgré ces limites, notre étude possède plusieurs forces qui lui confèrent toute sa crédibilité. Nous avons obtenu un taux de réponse satisfaisant avec 79% de mères répondantes lors de la deuxième partie du questionnaire, et seulement cinq refus de participation initiaux. Une autre des forces de cette étude est le fait qu'elle soit multicentrique.

En ce qui concerne le recueil de données, tous les recueils de consentements, les questionnaires initiaux dans les maternités, et par téléphone à un mois, ont été réalisés par mes soins afin d'éviter toute subjectivité inter-enquêteur.

Pour limiter le biais d'information, nous avons mis en place une procédure standardisée avec un nombre d'appels limité à trois, et un délai maximum de réponse le jour des deux mois de l'enfant. Au delà de ce délai, les mères n'étaient pas rappelées et étaient considérées comme perdues de vue.

Pour finir, les réponses aux questionnaires n'ont été analysées qu'à la fin du recueil complet des données, afin de ne pas induire un effet d'imposition aux mères répondantes.

## **VI. Commentaires sur la population**

Notre étude a eu lieu uniquement dans des maternités de la métropole Lilloise, et ayant obtenues le label IHAB. Les critères d'exclusion de notre étude étaient les mères mineures, ne parlant pas français, les jumeaux, et les prématurés <37 SA . On peut donc se poser la question de la généralisation possible de nos résultats à la population générale.

Les maternités labellisées IHAB devraient avoir travaillé sur les relais après le retour à domicile, en mettant en avant le travail en réseau. Il est possible que l'inclusion d'autres maternités ait conduit à augmenter le nombre de suivis non conformes aux recommandations, mais d'autres études seraient nécessaires pour le montrer. Pour des raisons d'organisation, il n'a pas été possible de mener notre étude en population; c'est-à-dire en incluant toutes les mères ayant accouché dans un laps de temps donné dans un secteur géographique donné. Ce type d'étude serait intéressant.

## CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Dans notre étude, nous souhaitions évaluer le parcours de soins des nouveau-nés dans leur premier mois de vie, suite aux nouvelles recommandations de la HAS de 2014 sur les sorties précoces de maternité. En effet, l'influence économique et politique tend vers la diminution de la DMS en maternité. Cela est sans risque pour la mère et le nouveau-né, à condition que l'encadrement organisationnel du suivi postnatal préconisé par les nouvelles recommandations soit respecté.

Les principaux résultats de notre étude ont mis en évidence, qu'un nombre insuffisant de nouveau-nés ont finalement bénéficié de la consultation médicale recommandée par la HAS, entre leur sixième et leur dixième jour de vie. Comme nous l'avons montré, un seul facteur peut être en lien avec un bon suivi du nouveau-né: il s'agit que la mère soit favorable à une sortie précoce. Aucun autre facteur n'a été retrouvé et l'attention des professionnels doit donc concerner tous les couples mère-enfant.

Par ailleurs, l'analyse du parcours de soins des nouveau-nés dans leur premier mois de vie au cours de cette étude a mis en évidence que les mères ont plus consulté des sages-femmes que des médecins dans ce délai. En revanche, les visites à domicile dans le *post-partum* n'ont pour la plupart pas été effectuées selon les délais recommandés, notamment en ce qui concerne les sorties précoces.

Les buts de ce travail étaient multiples et notamment d'améliorer la prise en charge des nouveau-nés au-delà de leur séjour en maternité. Finalement, les résultats nous ont amenés à plusieurs réflexions afin d'améliorer notre pratique.

Tout d'abord, un point primordial est la bonne information des mères et ce, avant le séjour en maternité qui est déjà pourvoyeur de beaucoup d'informations. Elle doit porter notamment sur le suivi à effectuer, et sur les dispositifs d'aide et d'accompagnement mis à leur disposition. Ces thèmes étant abordés lors des cours

de préparation à la naissance, il faudrait essayer qu' un plus grand nombre de mères y assistent.

L'organisation du suivi postnatal quant à lui doit garantir une meilleur répartition de l'offre de soins afin qu'un maximum de mères puissent bénéficier des visites postnatales précoces, et que les éventuelles complications soient prises en charge précocement. Pour cela, il est nécessaire d'obtenir une bonne coordination et une collaboration entre les différents acteurs afin d'assurer une continuité des soins.

Pour finir, les médecins généralistes vont être amenés à suivre de plus en plus de nouveau-nés. Il est donc indispensable d'améliorer la formation en pédiatrie des futurs médecins généralistes, en axant sur la pathologie mais également sur les bases de la puériculture et du soutien à l'allaitement maternel.

La mise en application de ces recommandations est encore récente et beaucoup de points restent à améliorer. Néanmoins, même si les prises en charge ne sont pas toutes en accord avec les nouvelles recommandations de la HAS, il est important de noter que les mères restent globalement très satisfaites de leur séjour en maternité et du retour à domicile avec leur nouveau-né, ce qui est un point fondamental.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Agence Régionale de Santé (ARS). Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. (<http://www.ars.sante.fr/Parcours-de-soins-parcours-de.148927.0.html> dernier accès le 03/09/2015)
2. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures. Études et résultats N°814, octobre 2012
3. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Vilain A. Les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003 Paris: DREES (2011)
4. Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'enfant. Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité. Collection CNNSE 2013
5. Redshaw M, Heikkila K. Delivered with care: a national survey of women's experience of maternity care 2010. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit (NPEU); 2010.
6. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES). Satisfaction des usagères des maternités concernant le suivi de grossesse et le déroulement de l'accouchement, Études et résultats n°660, septembre 2008
7. Ciane (Collectif interassociatif autour de la naissance). Sortie de maternité et bien-être des femmes. Enquête sur les accouchements. Croissy sur Seine: CIANE; 2012
8. Union nationale des associations familiales. Enquête périnatalité "Regards de femmes sur leur maternité". Paris: UNAF; 2010.
9. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). L'allaitement maternel. Vécu et opinions des mères en 2009. La santé de l'Homme-N°409- Septembre-Octobre 2010. p51.
10. Turck D. «Plan d'action: Allaitement maternel» . Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel. Rapport de Juin 2010.
11. Haute Autorité de Santé (HAS), Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant, Paris, 2002.

12. Madden JM, Soumerai SB, Lieu TA, Mandl KD, Zhang F, Ross-Degnan D. Effects on breastfeeding of changes in maternity length-of-stay policy in a large health maintenance organization. *Pediatrics* 2003;111(3):519-24.
13. Vert P, Arthuis M. La première semaine de la vie. *Bull Acad Natle Méd* 2005;189(5):1031-9.
14. Vert P. Résurgence de l'ictère nucléaire ou encéphalopathie de la bilirubine. *Bull Acad Natle Méd* 2010;184(8):1623-4.
15. Haute Autorité de Santé (HAS). Sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Mars 2014
16. Assurance Maladie. PRADO: programme d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés- Le champ de la maternité. 2012
17. Initiative Hôpital Ami des Bébé. Site internet consultable à l'adresse suivante: <http://www.amis-des-bebes.fr/>
18. Haute autorité de santé (HAS). Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Recommandations professionnelles. Novembre 2005.
19. Haute Autorité de Santé (HAS). Note de cadrage – « Sortie de maternité après accouchement : conditions optimales pour proposer un retour à domicile » (actualisation). Mai 2012.
20. Haute Autorité de Santé (HAS). Document d'information destiné aux femmes enceintes. «Sortie de maternité-Préparez votre retour à la maison». Mars 2014.
21. Schimmel MS, Wasserteil N, Perry ZH, Erlichman M. Parents' compliance with specific medical instructions in newborn discharge letters. *Paediatr Child Health* 2010;15(10):649-53.
22. Berkane N. Sorties précoces en maternité: avantages, inconvénients et méthodologies de mise en place. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2014
23. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. *Études et Résultats* 2012;791.
24. Conseil de l'Ordre des sages-femmes. Les compétences des sages-femmes et le code de déontologie. Édition de novembre 2012. p18.
25. Straczek H, Vieux R, Hubert C, Miton A, Hascoet JM. Sorties précoces de maternité : quels problèmes anticiper ? *Arch Pediatr* 2008;15(6):1076-82
26. Cleophax J.P., Fauquet E., Girodet D. Sorties précoces de maternité : problèmes posés, exigences, recommandations. *Arch. Pediatr.*, Volume 6, Issue 8 1999,6,885-8



27. Eckersley L, Sadler L, Parry E, et al. Timing of diagnosis affects mortality in critical congenital heart disease. Arch Dis Child. 2015
28. Ministère de la santé et des solidarités. Guide pratique protection de l'enfance. Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent. 2008.
29. PARETS S. Parcours médical des nouveau-nés dans leur premier mois de vie. Étude prospective à partir d'une maternité de niveau III. Thèse de doctorat en médecine. Université de Paris XI, 2010.

# ANNEXES

## Annexe 1: Certificat médical du huitième jour

**PREMIER CERTIFICAT DE SANTÉ**  
 A FAIRE CARACTÉRISER DANS LES 8 JOURS SUIVANT LA NAISSANCE  
 Letr. de. 1307 de 2014/cr. 1085, Letr. 08/09 de 18 de. 1088  
 Nécessaire pour le carnet de santé

**certva**  
 N°12309/01

---

**Enfant**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  Fem.  Masc.

N° FIS/ESS : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tel. : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

**Famille**

Nom de naissance de la mère : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants vivants au 1<sup>er</sup> jour avant la nouvelle naissance : \_\_\_\_\_

Niveau d'études de la mère :  1 Ecole primaire -  2 Secondaire -  3 Niveau lic. -  4 Enseignement supérieur (niveau 1, 2, 3a et 4)

Profession : \_\_\_\_\_

Mère :  1 Agriculteur employé -  4 Profession intermédiaire -  5 Employé

Père :  2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise -  3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure -  6 Ouvrier

Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

Activité professionnelle : (pour la mère au cours de sa grossesse, pour le père au moment de la naissance)

Mère :  1 Actif -  5 Chômeur -  6 Inconnu

Père :  2 Inactif -  3 Au foyer -  4 Congé parental -  7 Autre inactif

---

**Examen médical**

Médecin : cabinet - téléphone : \_\_\_\_\_

Examen effectué par : un omnipraticien  un pédiatre  un autre spécialiste

Conclusions, précisions et commentaires : \_\_\_\_\_

L'enfant nécessite une surveillance médicale particulière non  oui

Je demande une consultation médicale spécialisée non  oui

Je souhaite être contacté par le médecin de PMI non  oui

Je soussigné(e) Dr : \_\_\_\_\_

atteste avoir examiné l'enfant le \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_

**Partie Médicale**

Antécédents :

Nombre d'épisodes : \_\_\_\_\_

né avant 37 semaines : \_\_\_\_\_

pesant moins de 2500 g : \_\_\_\_\_

mort-nés : \_\_\_\_\_

nés vivants puis décédés avant 28 jours : \_\_\_\_\_

Antécédents de diabète : non  oui

**Crossesuse**

Centésime : \_\_\_\_\_

Porté : \_\_\_\_\_

(nombre total grossesses y compris actuelles)

Dans la première consultation (à l'occasion de grossesse) :

1<sup>er</sup> trimestre  2<sup>ème</sup> trimestre  3<sup>ème</sup> trimestre

Nombre total d'échographies : \_\_\_\_\_

Mourne de la carte nœuds : non  oui

Étiologie morphologique : non  oui

Préparation à la naissance : non  oui

Biobanque sérique HbA : non  oui

Si oui, résultat : \_\_\_\_\_

Autod. coronarien pendant grossesse (général) : \_\_\_\_\_

Tabc. coronarien (général) : \_\_\_\_\_

Pathologie en cours de grossesse : non  oui

Si oui, Prédiabète non  oui

HTA, diabète non  oui

Autre pathologie (préciser) : \_\_\_\_\_

Hospitalisé (y compris au domicile) en nb de jours : \_\_\_\_\_

Mort de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

HTA  RCU  MAF

Autres motifs : \_\_\_\_\_

Transfert en UIC : non  oui

---

**Accouchement**

Nombre de tentatives :  si > 1, rang de naissance : \_\_\_\_\_

Age gestationnel : \_\_\_\_\_

Présentation : sésarienne  naturelle

Début de travail : \_\_\_\_\_

opéré  débridé  césarienne avant travail

Rupture membranaire plus de 12 heures avant l'accouchement : non  oui

Amniotique : sucrose  jaunâtre  gélifiée

non-aseptique  autre

Nécessaire par : extraction vésiculaire instrumentale

césarienne programmée  césarienne en urgence

En cas de naissance par césarienne, quelle est l'indication ? \_\_\_\_\_

Cause maternelle  Cause fœtale

**Etat de l'enfant à la naissance**

Poids : \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_

Première criée

Aggr à 1 min  Aggr à 5 min

L'état de l'enfant a-t-il nécessité des gestes techniques spécialisés ? non  oui

préciser : \_\_\_\_\_

Transfert (ou mutation) non  oui

Si oui : immédiat  secondaire

Lieu du transfert (service et adresse) : \_\_\_\_\_

---

**Pathologie de la première semaine**

Cygnocéphalie non  oui

Inhibition non  oui

Antibiotérapie (de part de la mère) non  oui

Pathologie neurologique non  oui

Urgence chirurgicale non  oui

Autres (préciser) : \_\_\_\_\_

**Anomalies congénitales**

Si oui préciser : \_\_\_\_\_

Syndrome polymérométrie non  oui

Anomalies du tube neural non  oui

Fente labio-palatine non  oui

Ataxie de l'oculoglossogénon non  oui

Omphalocèle, gastroschisis non  oui

Réduction de membres ou absence d'éléments osseux non  oui

Malformation rénale non  oui

Hydrocéphalie non  oui

Malformation cardiaque non  oui

Trisomie 21 non  oui

Autres (préciser) : \_\_\_\_\_

**Autres informations**

Allaitement au sein non  oui

Vaccination par le BCG non  oui

Hépatite B, vaccination non  oui

Injection d'immunoglobulines non  oui

Tout de l'auditon précoce normal  à surveiller

Résultat : \_\_\_\_\_

Décès de l'enfant non  oui

Age au moment du décès en jours : \_\_\_\_\_

Cause du décès : \_\_\_\_\_

## **Annexe 2: Les 12 recommandations du label IHAB**



# Les 12 recommandations

En souligné, ce qui concerne les nouveau-nés prématurés ou malades.

**1.** Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.

**2.** Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en oeuvre cette politique.

**3.** Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique. Informé de manière spécifique les femmes enceintes présentant une menace d'accouchement prématuré.

**4.** Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance pendant au moins 1 heure et encourager celle-ci à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin. Maintenir une proximité maximale entre la mère et le nouveau-né, quand leur état médical le permet. Ceci inclut la majorité des enfants nés dans un contexte de prématurité modérée, c'est-à-dire nés entre 34 et 37 semaines d'aménorrhée.

**5.** Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation si elles se trouvent séparées de leur enfant. Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur enfant. Indiquer aux mères comment mettre en route et entretenir la lactation, alors que leur bébé ne peut pas téter et/ou qu'elles se trouvent séparées de lui.

**6.** Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.

Privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire.

**7.** Laisser le nouveau-né avec sa mère 24h sur 24. Favoriser la proximité de la mère et du bébé, privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin.

**8.** Encourager l'alimentation à la demande de l'enfant. Observer le comportement de l'enfant. Débuter les tétées au sein dès que l'enfant est stable (Pas de limitation liée au poids ou à l'âge gestationnel). Réfléchir aux stratégies permettant de progresser vers l'alimentation autonome.

**9.** Éviter l'utilisation des biberons et des sucettes (ou tétines) pour les enfants allaités. Réserver l'usage des sucettes aux situations particulières (suction non nutritive...)

**10.** Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés, et leur adresser les mères dès leur sortie. Travailler en réseau.

**11.** Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

**12.** Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement.

**Annexe 3: Questionnaire de l'étude**

Numéro patiente:  _ _ _ _
---------------------------

**QUESTIONNAIRE INITIAL EN MATERNITE**

Ce questionnaire est complété à partir du dossier médical puis en face à face pour les réponses manquantes.

**DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES:****Sur la mère:**

- 1) Quel est votre date de naissance?  
 \_\_ / \_\_\_\_
- 2) Quelles est votre situation matrimoniale actuelle?
  - Seule
  - En couple avec le père de l'enfant
  - En couple avec un autre conjoint
- 3) Êtes-vous née en France?
  - Oui
  - Non
- 4) Votre conjoint est-il né en France?
  - Oui
  - Non
- 5) Quelle est la langue que vous parlez à la maison?
  - Français
  - Autre langue Si oui, laquelle? .....
  - Plusieurs langues dont le français
- 6) Code postal de votre principale résidence? \_\_\_\_\_
- 7) Parité?
  - P1
  - P2
  - P3
  - P4 et plus
- 8) Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ?  
 Vous:
  - Aucun
  - Brevet des collèges
  - Baccalauréat
  - Diplôme supérieur: < ou= BAC+2
  - Diplôme supérieur: > BAC+2

Votre conjoint:

- Aucun
- Brevet des collèges
- Baccalauréat
- Diplôme supérieur: < ou= BAC+2
- Diplôme supérieur: > BAC+2

9) Quelle est votre profession?

.....

10) Celle de votre conjoint?

.....

11) Avez-vous eu recours à la procréation médicalement assistée (PMA) pour cette grossesse?

- Oui
- Non

**Sur l'enfant:**

12) Date et heure de naissance de l'enfant:.....

13) Maternité:

- Saint-Vincent
- Roubaix
- Tourcoing

14) Quel est le sexe de l'enfant?

- Masculin
- Féminin

15) Quel est le terme de naissance?

\_\_SA + \_\_ jours

16) Quel est le poids de naissance de votre enfant?

.....

17) Voie de naissance:

- Voie basse opératoire
- Voie basse non opératoire
- Césarienne

18) Mode d'allaitement en sortant de la maternité?

- Artificiel
- Au sein
- Mixte

19) Avez-vous des personnes proches susceptibles de vous aider à votre retour à la maison?

- Oui beaucoup
- Oui un peu
- Non pas trop
- Non pas du tout

20) Avez-vous assisté à un cours de préparation à la naissance?

- Oui
- Non

21) Pour votre séjour en maternité, êtes-vous favorable à une sortie précoce?

- Oui
- Non

Numéro patiente: /_/_/_/_/
----------------------------

### **QUESTIONNAIRE A 1 MOIS:**

22) A quel moment avez-vous quitté la maternité?

Date: .....

Heure: .....

*Définir ensuite avec les données si selon les recommandations HAS:*

- Durée de séjour standard*
- Sortie précoce*

23) Actuellement, comment nourrissez-vous votre enfant?

- Allaitement au sein
- Allaitement artificiel
- Mixte

24) Votre enfant souffre-t-il d'un problème de santé quelconque?

- Oui
- Non

25) Au cours du premier mois, votre enfant a-t-il été hospitalisé?

- Oui
- Non

26) Avez-vous eu de l'aide, des conseils de votre entourage lors de votre retour à la maison?

- Oui beaucoup
- Oui un peu
- Non pas trop
- Non pas du tout

### **Consultations sage femmes:**

27) A la sortie, avez-vous bénéficié de consultation avec une sage-femme à votre domicile?

- Oui
- Non

*Si non à la dernière question, passez directement à la question numéro 32*

28) Si oui, était-ce organisé à la maternité dans le cadre d'une sortie «précoce» (PRADO)?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

29) Êtes-vous sortie de la maternité avec un premier rendez-vous planifié avec une sage-femme?

- Oui
- Non

30) Au total, combien de visites la sage-femme a-t-elle réalisé?

- 1
- 2
- 3
- 4 ou plus

31) A quelle(s) date(s) et heure(s)?

<i>Numéro de la visite</i>	<i>date</i>	<i>heure</i>

*Puis calculer si la première consultation a eu lieu dans les 24h ou 48h après sortie de maternité conformément aux recommandations)*

**Consultations médicales:**

32) Avez-vous consulté un médecin pour votre enfant au cours de ce premier mois?

- Oui
- Non

*Si non, passez directement à la question numéro 36*

33) A quelle date a eu lieu la première consultation médicale de votre enfant après votre sortie de la maternité?

\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

*(Puis calculer à combien de jours après votre après la sortie de la maternité cela correspond)*

34) Était-ce:

- Un médecin généraliste
- Un pédiatre

35) Pour quelle(s) raison(s) avez-vous consulté?

- Problème médical (fièvre, ictère, toux ...)
- Visite systématique (pesée...)
- Conseils, réassurance

**Divers:**

36) Tous professionnels confondus, avez-vous consulté d'autres fois dans le premier mois?

- Oui
- Non

*Si non à la dernière question, passez directement à la question numéro 39*

37) Si oui, Combien de fois?

- 1
- 2
- 3
- 4 ou plus

38) Si oui, qui avez-vous consulté? (plusieurs réponses possibles)

- Pédiatre
- Médecin généraliste
- Sage femme
- Urgences pédiatriques
- Médecins de PMI
- Sage femmes de PMI
- Puéricultrices de PMI
- Kinésithérapeute
- Ostéopathe/ Kinésithérapeute

*+ nombre pour chaque professionnel si plusieurs fois*

39) Avez-vous demandé des conseils de professionnels par téléphone:

- Oui
- Non

*Si non à la dernière question, passez directement à la question numéro 43*

40) Si oui, à qui?

- Maternité
- Médecin généraliste
- Pédiatre
- Sage-femme libérale
- Allait'écoute
- Associations



Par rapport aux différentes offres de soins, quels sont les professionnels vers qui vous vous tourneriez en première intention pour:

41) La prise en charge d'une maladie aiguë?

- Pédiatre
- Médecin généraliste
- Sage-femme
- Urgences pédiatriques

42) Une visite systématique, de suivi?

- Pédiatre
- Médecin généraliste
- Sage-femme libérale
- Urgences pédiatriques
- Médecins de PMI
- Sage femmes de PMI
- Puéricultrices de PMI

43) Un conseil?

- Pédiatre
- Médecin généraliste
- Sage-femme libérale
- Urgences pédiatriques
- Médecins de PMI
- Sage femmes de PMI
- Puéricultrices de PMI

44) Sur une échelle de 0 à 10 (10 étant la meilleure note) comment évalueriez-vous globalement le retour à la maison avec votre enfant lors de ce premier mois?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

45) Sur une échelle de 0 à 10 (10 étant la meilleure note) comment évalueriez-vous la ou les consultations à votre domicile des sages-femmes?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

46) Les conseils que vous avez reçus avant et lors de votre séjour à la maternité étaient:

- Très insuffisants
- Insuffisants
- Suffisants
- Répondaient parfaitement à vos attentes

## **Annexe 4: Feuille de consentement de l'étude**

### **Formulaire de Non Opposition / Notice d'Information**

**Ce document est remis au patient avec un double dans son dossier médical. Le caractère universitaire de l'hôpital requiert de pouvoir utiliser de façon anonyme, et avec votre autorisation, les données recueillies dans le cadre de votre prise en charge habituelle. Ce traitement de données est réalisé par le personnel qui assure votre suivi et est destiné à l'usage exclusif du service**

*Article 53 (Loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée)*

*Les traitements de données à caractère personnel ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé sont soumis aux dispositions de la présente loi, à l'exception des articles 23 à 26, 32 et 38. Les traitements de données ayant pour fin le suivi thérapeutique ou médical individuel des patients ne sont pas soumis aux dispositions du présent chapitre. Il en va de même des traitements permettant d'effectuer des études à partir des données ainsi recueillies si ces études sont réalisées par les personnels assurant ce suivi et destinées à leur usage exclusif.*

Madame,

Vous avez été sollicité pour participer à un travail de thèse.

Nous vous proposons de lire attentivement cette lettre d'information dont le but est de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant d'exprimer votre autorisation ou votre opposition.

Vous pouvez vous adresser à votre médecin pour lui poser toute question complémentaire.

#### **OBJECTIF DE L'EVALUATION**

L'objectif de cette étude est de décrire le parcours médical des nouveau-nés dans leur premier mois de vie. Pour ce faire, nous souhaitons savoir quand et quels sont les professionnels rencontrés lors de cette période.

Le but final est d'évaluer les besoins des parents afin d'améliorer la pratique actuelle.

#### **DÉROULEMENT DE L'EVALUATION**

Dans un premier temps, lors de votre séjour en maternité des données seront collectées à l'aide de votre dossier médical.

Dans un second temps, quand votre enfant aura 4 à 6 semaines, je vous recontacterai par téléphone pour répondre à un questionnaire d'une durée moyenne de 15-20 minutes sur le parcours médical et paramédical de votre enfant lors de son premier mois. Vous vous aiderez, pour ce faire, de son carnet de santé.

#### **BENEFICES POSSIBLES**

Il n'y a aucun bénéfice personnel à participer à cette étude.

#### **EFFETS INDESIRABLES ET CONTRAINTES PREVISIBLES**

Il n'y a aucun effet secondaire à prévoir en participant à cette étude.

Elle a reçu l'autorisation du Comité Interne d'Éthique de la Recherche Médicale (CIER) du GHICL. Les données ne seront utilisées qu'afin d'alimenter mon travail de thèse.

#### **PRISE EN CHARGE EN CAS DE REFUS DE PARTICIPATION DU PATIENT**

Votre refus de participation ne modifiera en rien votre prise en charge habituelle.

#### **CONDITIONS DE PARTICIPATION**

Toutes les femmes ayant accouché d'un enfant en bonne santé dans une maternité participante à l'étude peuvent participer à l'étude.

#### **PROTECTION DES PATIENTS**

L'évaluation qui est réalisée, ne modifie en rien votre prise en charge habituelle.

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur.

Conformément à la réglementation en matière de recherche non interventionnelle, le protocole a été déclaré auprès de la CNIL.

#### **CONFIDENTIALITE**

Les données médicales vous concernant seront anonymisées et feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. En vertu des articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 modifiée par la loi 2004-801 du 06 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pourrez exercer vos différents

droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès du médecin qui vous propose de participer à la recherche.

**DECISION DE PARTICIPER A LA RECHERCHE**

Vous êtes libre de décider de participer ou non à cette recherche. Vous pouvez refuser ou vous retirer de la recherche à tout moment sans avoir à donner la raison de votre décision et sans engagement de votre responsabilité. Ni vos relations avec l'équipe médicale ni votre prise en charge ne seront affectées par votre décision. Quand vous serez contactée par téléphone dans 4 à 6 semaines, il vous sera demandé de confirmer votre participation.

Votre refus ou abandon ultérieur n'aura aucune conséquence sur votre prise en charge future.

**CONTACT POUR PLUS D'INFORMATION**

Si vous avez une question quelconque concernant cette recherche, n'hésitez pas à vous adresser au médecin en charge de la recherche :

Mlle Roisné Tél : XX XX XX XX XX

Identification du patient (nom, prénom): \_\_\_\_\_

Identification du médecin ayant recueilli le formulaire:  
\_\_\_\_\_

Le patient a exprimé:  son opposition  Sa non opposition

Date et signature du médecin: \_\_\_\_\_

## **Annexe 5: Avis du Comité interne d'éthique de la recherche médicale (CIER) du GHICL**

### **Avis du comité interne d'éthique de la recherche médicale (CIER) du GHICL**

**Numéro d'ordre de l'avis :** 2015/03/06  
**Intitulés des recherches :** Parcours médical des NN dans le premier mois des NN en 2015.  
**Investigateur ou responsable du projet :** Dr Roisné  
**Promoteur :** GHICL  
**Lieu où se déroule la recherche :** Saint Vincent-de-Paul  
**Documents sur lesquels le comité (protocole, document d'information et/ou de consentement remis aux sujets participants...):**  
**Date de réunion du comité d'éthique :** 09/03/2015

#### **Personnes ayant délibéré :**

- ✓ Le président de la CME du GHICL: Dr Baumelou
- ✓ Le doyen de la FMM et/ou le vice doyen chargé de la recherche : Pr Gosset
- ✓ Le responsable du DRM et/ou le coordinateur des études cliniques : Dr Lansiaux et Mme Demilly
- ✓ Un expert médical : Pr Charkaluk
- ✓ Une sage-femme : Mme Luiset
- ✓ Un représentant des usagers et de la qualité de prise en charge : Mr Marie

#### **Avis du comité d'éthique du GHICL**

- Avis favorable sans restriction**  
 **Avis favorable temporaire avec demande de précisions et de modifications :**  
 **Avis défavorable :**

**Le président du comité d'éthique du GHICL**

Nom : *PO. LANSIAUX*  
 Date : *09/06/15*  
 Signature :



**Le président de la CME du GHICL**

Nom : *A. DECASTER*  
 Date : *10/6/2015*  
 Signature :



**Annexe 6: Caractéristiques de la population incluse**

	<b>N (%) ou Moyenne (Écart-type)</b>
<b><u>Age de la mère</u></b>	30,1 +/- 5,5
<b><u>Situation matrimoniale</u></b>	
Seule	5 (3)
En couple avec le père de l'enfant	142 (95)
En couple avec un autre conjoint	3 (2)
<b><u>Nationalité de la mère</u></b>	
Française	121 (81)
Autre	29 (19)
<b><u>Nationalité du père</u></b>	
Française	111 (75)
Autre	37 (25)
<b><u>Langue parlée à la maison</u></b>	
Français	109 (72)
Autre langue	4 (2)
Plusieurs langues dont le français	37 (24)
<b><u>Lieu de résidence</u></b>	
Urbain	112 (75)
Semi-Urbain	35 (23)
Rural	3 (2)
<b><u>Parité</u></b>	
P1	61 (41)
P2	41 (27)
P3	27 (18)
P4 et plus	21 (14)
<b><u>Diplôme le plus élevé de la mère</u></b>	
Aucun ou Brevet des collèges	59 (39)
Baccalauréat (BAC)	28 (19)
>BAC	63 (42)
<b><u>Diplôme le plus élevé du père</u></b>	
Aucun ou Brevet des collèges	59 (40)
Baccalauréat (BAC)	27 (18)
> BAC	62 (42)
<b><u>Situation de la mère vis à vis de l'emploi</u></b>	
Active	104 (69)
Non active	46 (31)
<b><u>PMA</u></b>	
Oui	4 (3)
Non	146 (97)
<b><u>Centre</u></b>	
Saint-Vincent	51 (34)
Roubaix	50 (33)
Tourcoing	49 (33)

*Les valeurs quantitatives sont exprimées en moyennes ± écarts types. Les valeurs qualitatives sont sous forme de pourcentage.*

	<b>N (%) ou Moyenne (Écart-type)</b>
<b><u>Sexe de l'enfant</u></b>	
Masculin	63 (42)
Féminin	87 (58)
<b><u>Terme de naissance</u></b>	
	277,8 +/- 8,2 (39 SA)
<b><u>Poids de naissance</u></b>	
	3,38 +/- 0,4
<b><u>Voie de naissance</u></b>	
Voie basse non opératoire	108 (72)
Voie basse opératoire	20 (13)
Césarienne	22 (15)
<b><u>Mode d'allaitement</u></b>	
Artificiel	38 (25)
Au sein	104 (69)
Mixte	8 (5)
<b><u>Personnes proches susceptibles d'aider lors du retour à la maison</u></b>	
Oui beaucoup	84 (56)
Oui un peu	45 (30)
Non pas trop	10 (7)
Non pas du tout	11 (7)
<b><u>Cours de préparation à la naissance</u></b>	
Oui	76 (51)
Non	74 (49)
<b><u>Favorable à une sortie précoce de la maternité</u></b>	
Oui	76 (51)
Non	74 (49)

*Les valeurs quantitatives sont exprimées en moyennes ± écarts types. Les valeurs qualitatives sont sous forme de pourcentage.*

## **Annexe 7: Extrait du document d'information destiné aux femmes enceintes de la HAS (page 6)**

**En quoi**

consiste **ce suivi** ?



Au cours **des visites** de suivi (quel que soit le type de sortie), le professionnel de santé que vous avez choisi assure :

- ☞ **pour votre enfant** : son examen clinique (poids, hydratation ...),
- ☞ **pour vous** : votre examen clinique, les soins nécessaires et le suivi de l'allaitement.

Le professionnel de santé que vous avez choisi répond à vos questions et vous apporte les conseils dont vous avez besoin.

▶▶ **Puis sont à planifier prioritairement :**

- ☞ **pour votre enfant** : une consultation entre J6 et J10 **préférentiellement chez un pédiatre** (libéral ou de PMI), ou un médecin généraliste ayant l'expérience des nouveau-nés,
- ☞ **pour vous** : une **consultation postnatale** entre 6 et 8 semaines, réalisée par un médecin ou une sage-femme après mon accouchement (examen clinique, évaluation pelvi-périnéale et abdominale en vue d'une prescription de rééducation, choix d'une méthode de contraception).

▶▶ L'ensemble de votre suivi médical sera pris en charge à 100% par votre assurance maternité jusqu'au 12<sup>e</sup> jour après l'accouchement ; celui de votre bébé sera pris en charge à 100% pour les examens réguliers et obligatoires réalisés par le médecin, et certains examens de suivi mère-enfant réalisé par la sage-femme, à domicile, jusqu'à son 7<sup>e</sup> jour.

À partir du 8<sup>e</sup> jour après l'accouchement, son suivi médical sera pris en charge au titre de la maladie. Il peut être assuré sans avance de frais dans les services de PMI.



**AUTEUR :**                      **Nom : ROISNE**                                      **Prénom : Jane**

**Date de Soutenance :** Mardi 6 octobre 2015

**Titre de la Thèse :**

Parcours de soins des nouveau-nés dans leur premier mois de vie.

Étude observationnelle en 2015 dans les maternités IHAB de la métropole Lilloise.

**Thèse d'exercice - Médecine - Lille 2015**

**DES de Médecine Générale**

**Mots-clés : Nouveau-nés, Parcours de soins, IHAB**

**Résumé:**

**Introduction:** Le suivi du nouveau-né se modifie actuellement dans un contexte de diminution de la durée de séjour en maternité et de la publication de nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). Notre objectif principal était de décrire le parcours médical dans le premier mois de vie des nouveau-nés indemnes de pathologies en maternité, en identifiant les professionnels rencontrés et les dates des consultations réalisées.

**Méthode:** Il s'agit d'une étude prospective observationnelle multicentrique. Elle a été menée dans les trois maternités de la métropole Lilloise labellisées IHAB à l'aide d'un questionnaire anonymisé en deux parties. Toutes les mères d'âge supérieur ou égal à 18 ans et ayant accouché d'un nouveau-né singleton, nés à terme ont été incluses. La première partie du questionnaire a été effectuée en face à face lors du séjour en maternité et la seconde partie par téléphone, après le premier mois de vie du nouveau-né.

**Résultats:** Initialement, 150 mères ont été incluses puis 118 mères ont répondu à la seconde partie du questionnaire. Entre leur sixième et leur dixième jour de vie, 17,8% (N=21) (IC 95%: [10,9 ; 24,7]) des nouveau-nés ont eu une consultation avec un médecin et 66% (N=78) ont eu une consultation avec une sage-femme. Les mères ayant effectué la consultation médicale conformément aux nouvelles recommandations de la HAS étaient plus favorables à une sortie précoce lors de leur séjour en maternité. Aucun autre facteur en lien avec un suivi conforme n'a été mis en évidence. Concernant les visites à domicile par une sage-femme, 12,5% des visites étaient conformes aux recommandations de la HAS pour les sorties précoces et 62% pour les sorties standards.

**Conclusion:** Peu de nouveau-nés ont finalement bénéficié du suivi médical recommandé par la HAS. De nombreuses améliorations sont à réaliser pour répondre à l'objectif de ces recommandations, comme par exemple une meilleure information des mères sur le suivi postnatal. Néanmoins, les mères sont globalement très satisfaites du retour à domicile avec leur nouveau-né.

**Composition du Jury:**

**Président:** Professeur Patrick TRUFFERT

**Assesseurs:** Professeur Jean-Marc LEFEBVRE, Professeur François DUBOS et Docteur Marie-Laure CHARKALUK