

TABLE DES MATIERES

I. GENERALITES ET CONTEXTE	8
A. GENERALITES SUR LE NOUVEAU-NE.....	8
B. UN CONTEXTE PERINATAL FRANÇAIS PREOCCUPANT.....	9
1. <i>Des indicateurs de santé périnatale en France</i>	9
2. <i>La résurgence de l'ictère nucléaire</i>	9
3. <i>L'affluence croissante des nouveau-nés aux urgences pédiatriques</i>	10
a. Taux de fréquentation	10
b. Des motifs souvent non urgents	10
C. L'EDUCATION DES PARENTS, PREMIERS ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE.....	11
1. <i>Pendant la grossesse</i>	11
2. <i>Durant le séjour à la maternité</i>	12
3. <i>Le retour à domicile</i>	13
D. PROBLEMATIQUE.....	14
II. MATERIEL ET METHODE	15
A. OBJECTIFS DE L'ETUDE	15
B. TYPE D'ETUDE	15
C. MATERIEL.....	15
1. <i>La population</i>	15
a. Critères d'inclusion	15
b. Critères d'exclusion	16
2. <i>Règles éthiques</i>	16
D. METHODE	16
1. <i>Critères de jugement</i>	16
2. <i>Outils et méthode d'intervention</i>	16
a. Outils.....	16
b. Méthode d'intervention.....	17
E. ANALYSE STATISTIQUE.....	17
III. RESULTATS.....	18
A. DESCRIPTION DE LA POPULATION	18

B.	REPONSES A PROPOS DES INCIDENTS ET PATHOLOGIES DIGESTIVES	20
1.	<i>Régurgitations et vomissements</i>	20
2.	<i>Diarrhée</i>	22
3.	<i>Déshydratation</i>	23
4.	<i>Constipation</i>	24
5.	<i>Coliques</i>	25
C.	REPONSES A PROPOS DE L'ICTERE DU NOUVEAU-NE	26
D.	ACTION DANS LES SITUATIONS D'URGENCES	27
1.	<i>Sur l'ensemble des mères</i>	27
2.	<i>Selon la parité</i>	28
3.	<i>Selon la catégorie socioprofessionnelle</i>	28
IV.	ANALYSE ET DISCUSSION	29
A.	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	29
B.	UNE POPULATION PLUS JEUNE ET PLUS ACTIVE AVEC PLUS DE MERES EXPERIMENTEES	29
C.	DES CONNAISSANCES THEORIQUES PLUTOT BONNES	30
1.	<i>Dans le domaine digestif</i>	30
2.	<i>A propos de l'ictère du nouveau-né</i>	31
D.	UN RECOURS AU SERVICE DES URGENCES PEU EVOQUE PAR LES MERES	32
E.	...ET UNE PREFERENCE POUR LES PROFESSIONNELS DE PROXIMITE	33
F.	LA SAGE-FEMME AU PREMIER PLAN DE L'ACCOMPAGNEMENT PRECOCE DES PARENTS.....	34
1.	<i>Des compétences pour la surveillance du nouveau-né en bonne santé</i>	34
2.	<i>Une continuité entre l'avant et l'après naissance</i>	34
3.	<i>Un rôle à revaloriser aujourd'hui au regard des nouvelles recommandations</i>	35
4.	<i>Point de vue de sages-femmes libérales</i>	35
5.	<i>Propositions pour encourager le suivi post-natal du nouveau-né</i>	36

GLOSSAIRE

CNRHP	Centre National de Recherche en Hémobiologie périnatale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CSP	Catégorie socio-professionnelle
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DPC	Développement professionnel continu
HAS	Haute Autorité de Santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
OGDPC	Organisme gestionnaire du développement professionnel continu
PNP	Préparation à la naissance et à la parentalité
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
PRADO	Programme de retour à domicile organisé
RV	Rendez-vous
SF	Sage-femme
UNAF	Union nationale des associations familiales

Les profondes modifications sociétales des dernières décennies sont à l'origine d'un bouleversement de l'organisation et des relations familiales. Les jeunes couples doivent apprendre souvent sans soutien à devenir parents, ayant comme modèle les parents « parfaits » mais imaginaires que la société occidentale véhicule.

Or on ne naît pas parent au moment où son enfant naît à la vie. Devenir parent est un processus complexe dans lequel chaque étape de la vie de l'enfant marque un pas. Un pas en avant, apportant de la joie, mais au prix de difficultés et de questionnements.

Ces questionnements commencent dès avant la naissance. Le premier mois de vie de l'enfant, période délicate sur le plan somatique et psychoaffectif, alimente encore les incertitudes.

A l'heure d'internet, les mères reçoivent de nombreuses informations à propos de l'enfant. Informations commerciales, forums de discussion, blogs de mères de familles, sites d'informations médicales... Si certaines sources sont sûres, beaucoup de sites grand public diffusent des idées infondées.

Les professionnels de la périnatalité ont un rôle primordial dans la transmission d'informations et de messages de prévention concernant le nouveau-né. A titre d'exemple, la campagne de prévention contre la mort inattendue du nourrisson a fait baisser notablement la fréquence de ce drame.

La mission dont ces professionnels se sentent investis est-elle remplie ? Que savent les mères à propos des pathologies les plus fréquentes et les plus graves du nouveau-né ? La sage-femme a-t-elle un rôle dans l'« éducation à la parentalité » ?

Après avoir exposé le contexte actuel qui nous a amené à nous interroger ainsi, nous détaillerons la méthode de l'étude, les résultats de celle-ci et enfin notre analyse. Nous terminerons en proposant des pistes pour optimiser le rôle de la sage-femme et le faire correspondre vraiment aux besoins et attentes des parents.

I. Généralités et contexte

A. Généralités sur le nouveau-né

On appelle nouveau-né l'enfant entre 0 et 28 jours de vie, période d'adaptation progressive au monde extérieur se caractérisant par une immaturité des grandes fonctions. Le nouveau-né est particulièrement fragile, c'est pourquoi il convient d'être vigilant sur les signes d'alerte qui peuvent précéder de peu une pathologie grave.

Les incidents digestifs sont omniprésents durant le premier mois. Aux urgences pédiatriques du CHU d'Angers entre août 2012 et août 2013, 32,9% des motifs d'admission des nouveau-nés de moins de 28 jours étaient digestifs (*Source : cotation des actes dans le service des Urgences Pédiatriques du CHU d'Angers*). Les plus fréquents sont bénins : régurgitations, coliques, constipation. Mais il faut savoir être alerté par des vomissements, une diarrhée ou une constipation rebelle. Il convient aussi de repérer les situations à risque de déshydratation, le nouveau-né étant particulièrement sensible à toute perte hydrique.

La réponse immune du nouveau-né est possible mais elle est de type primaire, donc lente et retardée, ce qui explique sa grande sensibilité aux infections bactériennes et virales. On peut aussi en période néonatale être confronté à des infections materno-fœtales de déclaration tardive : plusieurs jours voire plusieurs semaines après la naissance (1).

9% des nouveau-nés développeront un ictère dit physiologique (2). La plupart évoluera favorablement en régressant vers J8-J10. Cependant une ré-augmentation de la bilirubinémie peut survenir quelques jours après la sortie. Il existe aussi des ictères d'apparition tardive et des formes graves aux conséquences neurologiques définitives.

Les cardiopathies sont les malformations congénitales les plus fréquentes : elles représentent plus de 20 % des malformations de l'enfant. Malgré un dépistage anténatal de plus en plus performant, de nombreuses malformations cardiaques congénitales mineures ou majeures ne sont repérées qu'en période néonatale, parfois plusieurs semaines après la naissance (3). Il s'agit notamment des cardiopathies ducto-dépendantes.

Les parents ont besoin de connaître les symptômes bénins pouvant survenir durant le premier mois de vie et être alertés par un symptôme plus grave ou un changement de comportement de leur enfant.

B. Un contexte périnatal français préoccupant

1. Des indicateurs de santé périnatale en France

D'après Européristat 2010, le rapport de l'INSERM sur la santé périnatale en Europe, la mortalité néonatale (entre 0 et 27 jours) en France est de 2,4 pour 1000 naissances vivantes. La France se situe ainsi au 17^{ème} rang européen sur 26 pays membres de l'UE et l'Islande, la Norvège et la Suisse. Si on distingue la mortalité néonatale tardive c'est-à-dire entre 7 et 27 jours de vie, elle se place au 21^{ème} rang (4). Dans son dernier rapport en 2011, la Cour des Comptes a fait acte de ces constatations (5).

2. La résurgence de l'ictère nucléaire

La mise en place du dépistage organisé de l'hyperbilirubinémie par bilirubinométrie transcutanée (BTC) dès l'apparition des premiers signes cliniques a permis la détection et le traitement précoce de tout ictère en maternité et ainsi la quasi-disparition des cas d'ictère nucléaire.

Cependant dans un rapport publié en mai 2012, la HAS faisait état d'une recrudescence des cas d'ictère nucléaire (6). En 2010, le CNRHP (Centre national de référence en hémobiochimie périnatale) a retrouvé en Ile-de-France 8 cas d'hyperbilirubinémie sévère avant 72h dont 3 après le retour à domicile, 7 cas d'exsanguinotransfusion et 5 nouveau-nés présentant des signes d'encéphalopathie hyperbilirubinémique aigüe. Entre 2011 et 2012 ce même CNRHP rapportait 5 cas d'ictère nucléaire avérés en Ile-de-France. Tous ces cas auraient pu être évités par l'application des recommandations de dépistage. (7)

Le CNRHP précise que les stratégies de prise en charge de l'ictère sont efficaces si elles sont bien mises en place. La sortie de la maternité doit être préparée en appliquant les recommandations de dépistage de la Société Française de Néonatalogie. Une attention particulière doit être portée aux nouveau-nés présentant des facteurs de risques d'hyperbilirubinémie et à ceux ayant développé un ictère pendant le séjour. Il souligne l'importance du relai par les professionnels en ville et de l'information des parents quant aux risques de l'ictère et à ses modalités de surveillance. (7) Dans les cas de sortie avant 72h, la surveillance de la coloration sera systématiquement associée à une mesure de la BTC.

3. L'affluence croissante des nouveau-nés aux urgences pédiatriques

a. Taux de fréquentation

On observe depuis quelques années une augmentation des admissions de nouveau-nés aux urgences pédiatriques. Au CHU d'Angers entre 2008 et 2013, celles-ci ont augmenté de 29% alors que la natalité a diminué de 2,8%.

Tableau I : Accroissement de la fréquentation des urgences pédiatriques comparé à l'évolution des naissances à Angers entre 2008 et 2013

Année	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Taux d'augmentation
Nombre de nouveau-nés* admis aux urgences pédiatriques	296	286	340	369	375	382	+ 29%
Nombre de naissances à Angers**	6452	6295	6444	6457	6416	6274	- 2,8%

*moins de 28 jours de vie

** CHU et Clinique de l'Anjou

On retrouve ce phénomène aux USA. Il a d'abord été attribué au raccourcissement du séjour à la maternité dans les années 90 et qualifié de « boomerang babies ». Mais les mesures prises pour imposer un séjour d'au moins 48h n'ont pas fait baisser le nombre de consultations aux urgences pédiatriques. Une étude a été menée à Montpellier sur 5 mois en 2007 dans le but d'étudier cette problématique. Une sortie précoce de la maternité était plutôt un facteur diminuant le recours aux urgences, du fait d'une meilleure prise en charge au retour à domicile.

(8)

b. Des motifs souvent non urgents

La seconde constatation que nous pouvons faire est que les motifs de consultation ne semblent pas être réellement urgents dans une large proportion des cas.

Au CHU d'Angers en 2004, deux après-midi de consultations libres auprès des puéricultrices de suites de couches ont été mis en place. Une étude a été réalisée en parallèle entre mai 2003 et novembre 2004 pour évaluer le recours aux urgences pédiatriques des nouveau-nés avant et après l'ouverture de cette permanence. Il a ainsi été mis en évidence une diminution de la fréquentation des urgences de 21%. En revanche la proportion de motifs d'admission non urgents est restée identique : 31% des nouveau-nés venaient pour des conseils de puériculture et 22% pour un avis médical ni urgent ni spécialisé. (9)

Dans une étude semblable menée en 2007 à l'hôpital de Bry-sur-Marne, 65% des diagnostics finaux relevaient de la pure puériculture (10). Dans de nombreuses études de la littérature, une grande majorité des parents viennent aux urgences sans avis médical préalable (75% en moyenne) et parmi ceux-ci la plupart rentrent à domicile sans examen complémentaire et sans prescription médicale. (11) (12)

C. L'éducation des parents, premiers acteurs de la prise en charge du nouveau-né

1. Pendant la grossesse

L'enfant qui arrive est le principal intéressé du processus de procréation. Les 9 mois qui précèdent son arrivée permettent aux parents de se préparer à l'accueillir, tant physiquement et matériellement que psychologiquement. On remarque que le suivi de grossesse est bien souvent beaucoup plus axé sur l'aspect « technique » et médical d'un processus de gestation, qui n'est en effet pas à négliger, que sur l'arrivée d'un nouveau-né dans le foyer.

Le couple, plus ou moins préparé à parler d'un être encore « absent », s'intéressera en premier lieu à l'état de grossesse qui envahit le quotidien et au mystère de l'accouchement, événement particulier, objet d'anxiété et de questionnements. Le professionnel a un temps de consultation limité pour s'assurer du bon déroulement de la grossesse et répondre aux éventuelles questions du couple.

C'est suite à ces constatations qu'a été mise en place la Préparation à la Naissance et à la Parentalité dont les objectifs ont été précisés par la HAS dans des recommandations de 2005 : « Le bon déroulement de la grossesse et le bien-être de l'enfant reposent sur un suivi médical complété par une préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) structurée, dont l'objectif est de **contribuer à l'amélioration de l'état de santé global des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés.** » (13). Des séances prénatales planifiées et postnatales à la demande sont prévues dans le projet initial. Dans les objectifs spécifiques des séances prénatales on retrouve « le développement de compétences parentales comme : nourrir l'enfant, réaliser les gestes d'hygiène de base, protéger l'enfant, veiller à son bon développement psychomoteur, s'adapter à un contexte différent de celui de l'apprentissage, en particulier le transfert du savoir-faire au domicile ». La HAS précise qu'il n'y a pas d'obligation de tout aborder, l'important étant de s'adapter aux attentes spécifiques de chaque couple.

L'entretien prénatal précoce (EPP) ou entretien du 4^{ème} mois mis en place lors du Plan périnatalité 2005-2007 pour proposer aux couples un temps d'échange libre, en dehors d'une consultation médicale, est aussi un lieu adapté pour parler de l'accueil du nouveau-né.

Cependant lors de l'Enquête nationale périnatale de 2010, seules 21,4% des femmes disaient avoir bénéficié de cet entretien. (14)

La participation globale à la PNP en 2003 était seulement de 66,6% pour les primipares et de 24,5% pour les multipares. (15) Dans une étude réalisée en 2010 par une étudiante sage-femme au CHU d'Angers, sur 98 femmes interrogées seulement 53% avaient participé à une PNP. Chez celles qui n'avaient pas bénéficié d'une préparation, on retrouvait un niveau d'études inférieur. D'autre part, cette étude révélait un défaut d'information : 34,8% des femmes n'ayant pas bénéficié d'une préparation n'avaient pas été informées de cette possibilité. (16)

Néanmoins, c'est dès la période prénatale que les futurs parents doivent être informés et préparés à l'accueil du nouveau-né, pour « contribuer à améliorer [son] état de santé.

2. Durant le séjour à la maternité

Le séjour à la maternité, en plus d'être un moment de surveillance de la santé de la mère et du nouveau-né, est un temps d'éducation des parents à l'accueil et la prise en charge de leur enfant (soins, alimentation, apprentissage des signes de bien-être ou d'alerte, suivi pédiatrique...). Ils sont entourés de professionnels de santé qui les encadrent pour les soins, moments propices à la transmission des messages de prévention et d'éducation. Ils peuvent avoir des réponses à leurs questions à chaque instant de la journée et de la nuit. D'autres moments spécifiques sont consacrés à l'information et à la prévention pour le nouveau-né : examen du pédiatre, réunion de sortie, réunion d'information sur l'allaitement, conseils de sortie individualisés.

L'analyse des données du PMSI montre que la durée moyenne du séjour à la maternité après l'accouchement par voie basse sans complication est passée de 4,65 jours en 2004 à 4,25 jours en 2010 (6), soit presque deux fois moins que dans les années 70. Cette tendance au raccourcissement semble vouloir se poursuivre.

Selon une enquête menée par la DREES en 2008 sur les usagères des maternités, une femme sur cinq considérait sa sortie mal préparée, surtout en ce qui concerne l'alimentation du nouveau-né et 15 à 32% des femmes étaient plutôt pas ou pas du tout satisfaites des conseils et informations médicales qui leurs étaient prodigués afin d'assurer les soins de suites de couche. Ceci était sans lien avec la durée de leur séjour (6). On retrouve également des insatisfactions répétées sur l'écoute, l'information et l'échange lors du séjour en suites de couche (15).

Dans le cadre de l'évaluation du plan périnatalité 2005-2007, l'UNAF a mené en 2009 une enquête sur la satisfaction des femmes ayant accouché entre 2004 et 2009. Bien que montrant un taux de satisfaction élevé quant à la prise en charge générale de l'accouchement et des suites de couche, l'enquête révèle un manque d'information sur l'aide possible auprès des structures et des professionnels après le retour à domicile et un manque d'accompagnement des femmes allaitantes. (6)

On peut donc remarquer que les parents ne se sentent pas suffisamment préparés à la sortie de la maternité.

3. Le retour à domicile

Après la sortie de la maternité, les parents se retrouvent à la maison. La possibilité pour le père de prendre un congé paternité de 11 jours permet à la mère de ne pas être seule dans ces moments d'adaptation. Mais la première visite médicale systématique n'intervient pour le nouveau-né qu'à un mois de vie et pour la mère 6 à 8 semaines après l'accouchement. Certains parents peuvent donc se sentir isolés et démunis pendant ces quelques semaines.

Le bouleversement sociétal des 50 dernières années a fait émerger un phénomène nouveau et de plus en plus fréquent dans les sociétés occidentales : l'isolement familial. C'est d'abord un isolement géographique. De plus en plus de jeunes parents s'installent loin de leur région d'origine et de leur famille pour des raisons professionnelles. C'est aussi un isolement relationnel. Il y a aujourd'hui moins de proximité avec les proches et notamment les grands-parents. L'aide matérielle et relationnelle est ainsi restreinte. Pourtant, la présence des grands-parents et des membres de la famille « soutient le processus de parentalité et permet plus aisément la traversée psychique et physique de l'après-naissance, toujours épuisante » (17). Aujourd'hui en France, l'effacement des réseaux de soutien traditionnels a fait passer les savoirs de maternage d'une affaire de transmission générationnelle à « un savoir qui s'impose plus qu'il ne se transmet et qui curieusement dépossède et aliène plus qu'il n'initie » (18).

C'est ainsi que les jeunes parents, parfois totalement démunis, se tournent de plus en plus vers les professionnels de la périnatalité, médecins traitants, pédiatres, sages-femmes, puéricultrices et que se sont développés, outre la PNP, différents programmes de prise en charge post-natale de la mère et de l'enfant :

- visite(s) d'une sage-femme libérale remboursée à 100% jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement, par l'intermédiaire du PRADO ou par contact direct,

- proposition de visite à domicile par une puéricultrice de la PMI pour les primipares et les femmes en situation de vulnérabilité dans le mois suivant la naissance,
- organisation de sorties graduées ou précoces avec suivi par une sage-femme libérale ou hospitalière.

D. Problématique

Le premier mois de vie est une période à haut risque : cardiopathies de déclaration tardive, risque élevé d'infections et de déshydratation, ictères... Le raccourcissement du séjour à la maternité et la recrudescence des cas d'ictère nucléaire amènent les pédiatres à s'interroger sur l'évolution de la surveillance du nouveau-né dans les premières semaines. On constate parallèlement une insatisfaction des parents sur la préparation au retour à domicile avec l'enfant et une fréquentation croissante des urgences pédiatriques pour des motifs souvent non urgents.

Or la mère et le père sont les premiers acteurs dans la prise en charge du nouveau-né. Ils ont besoin d'avoir des informations en amont pour pouvoir remarquer tout signe anormal dans le comportement ou l'aspect physique de leur enfant.

Nous nous sommes donc demandé si les parents avaient des connaissances suffisantes et adéquates au sujet du nouveau-né, pour réagir de manière adaptée aux événements intervenant sur la santé de leur enfant pendant le premier mois de sa vie.

II. Matériel et méthode

A. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux des connaissances théoriques des parents concernant la santé du nouveau-né dans son premier mois et de la pertinence de leur réaction face à des situations à degrés d'urgence variables.

Les objectifs secondaires étaient :

- savoir si les parents connaissent la fonction du service des urgences pédiatriques et y ont recours de manière adaptée.
- évaluer le rôle d'éducation à la parentalité des professionnels de la périnatalité et mettre en évidence les domaines où les connaissances parentales méritent d'être renforcées pour une meilleure prise en charge des nouveau-nés.
- cibler les types de populations dans lesquelles on trouve un défaut d'information.

B. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective descriptive.

C. Matériel

1. La population

L'idéal aurait été d'interroger les couples. Cependant pour faciliter la mise en œuvre de l'étude, nous avons réduit notre champ d'étude aux mères, en excluant les pères. En effet il nous a paru plus pertinent de questionner les mères qui ont assisté à toutes les consultations et autres événements susceptibles de jouer un rôle dans la formation, et étaient présentes 24h sur 24 lors du séjour à la maternité. Elles ont donc reçu sans doute plus d'information que le conjoint qui n'est souvent pas présent à toutes les consultations et ne vient que par intermittence lors du séjour en suites de couche.

a. Critères d'inclusion

Pouvait participer à l'étude toute femme francophone ayant accouché à la maternité du CHU d'Angers entre 37 SA et 41 SA et 5 jours, par voie basse ou par césarienne, d'un enfant bien portant.

b. Critères d'exclusion

Etaient exclues de l'étude :

- les femmes non francophones
- les femmes hospitalisées à l'Unité Mère-Enfant
- les femmes dont le nouveau-né était hospitalisé en néonatalogie

2. Règles éthiques

Nous avons recueilli le consentement de la cadre sage-femme du service des suites de couches du CHU d'Angers, madame Dominique Frisque.

Le consentement des patientes était demandé oralement à la remise du questionnaire. L'anonymat des patientes a été respecté à l'aide d'un numéro d'anonymat.

D. Méthode

1. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était le pourcentage de bonnes réponses aux questions théoriques.

Le critère de jugement secondaire était le pourcentage de mères qui disaient consulter aux urgences en première intention face aux symptômes proposés.

2. Outils et méthode d'intervention

a. Outils

Nous avons utilisé un questionnaire papier (annexe n°1) composé de 4 parties.

La partie 1 permettait de recueillir les informations concernant la patiente : sa situation familiale et professionnelle, le suivi de la grossesse, la participation à la PNP et le type d'allaitement.

Les 3 parties suivantes s'intéressaient aux 3 domaines pour lesquels il nous a paru intéressant d'étudier les connaissances et réactions maternelles, au vu des constatations faites au début de notre recherche : les problèmes digestifs du nouveau-né (partie 2), l'ictère du nouveau-né (partie 3) et les signes d'alertes d'infections et cardiopathies du premier mois de vie (partie 4). Nous avons choisi de faire 2 types de questionnaire en fonction du mode d'allaitement du nouveau-né : le vocabulaire de certaines questions était adapté et certains items étaient ajoutés ou retirés.

La partie 2 comprenait 22 questions: 11 questions fermées à choix unique, 3 questions fermées à choix multiples, 6 questions semi-ouvertes à choix multiples et 2 questions ouvertes.

La partie 3 comprenait 2 questions fermées sur les conséquences de la jaunisse et sa prise en charge.

La partie 4 était constituée d'un tableau (questions semi-ouvertes) permettant de noter quelles situations étaient considérées par la mère comme urgentes.

b. Méthode d'intervention

Le questionnaire a été testé au préalable par des entretiens avec deux patientes du service de suites de couches du CHU d'Angers.

Il a ensuite été distribué à 229 patientes dans ce même service entre le 21 octobre et le 16 décembre 2013. Il était donné la veille du retour à domicile, même si celui-ci était précoce, par les auxiliaires de puériculture et les aides-soignantes des étages pendant les 6 premières semaines, puis par nos soins. Le questionnaire était récupéré le jour de la sortie par la puéricultrice ou par nos soins (les 2 dernières semaines).

Un livret comportant des éléments de réponses aux questions posées était proposé aux patientes lors du recueil du questionnaire. 49 livrets ont été donnés.

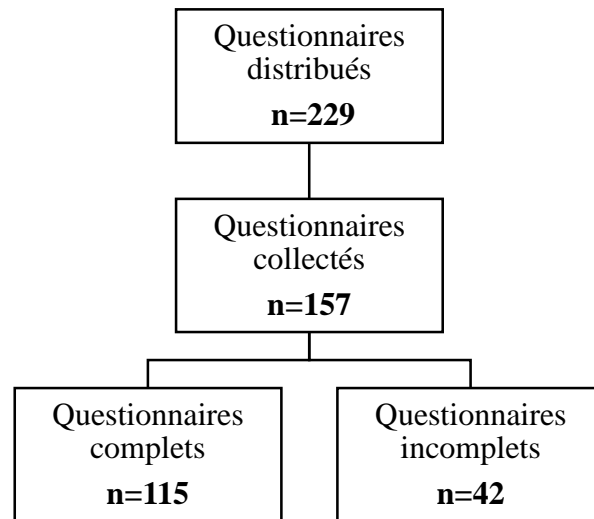
E. Analyse statistique

Les données ont été recueillies et analysées à l'aide du logiciel Excel[®].

Le test de Chi2 a été calculé grâce au site internet Biostatgv[®].

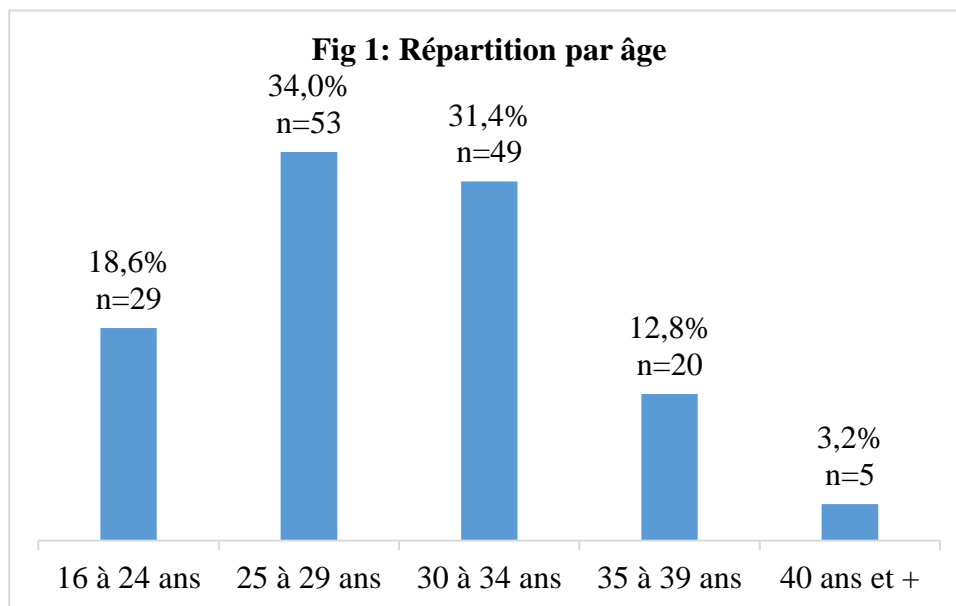
III. Résultats

A. Description de la population



Le taux de réponse était de 68,6%.

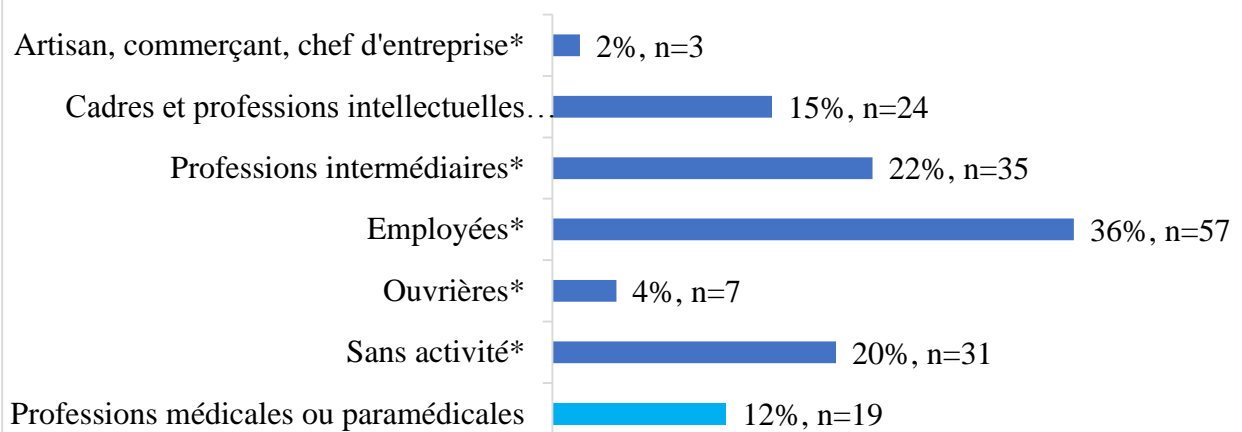
Tous les questionnaires récupérés ont été inclus, complets ou incomplets. Pour chaque résultat, le nombre n de réponses a été précisé.



Les mères avaient entre 16 et 43 ans, avec une moyenne de 29,8 ans ($\pm 7,6$) et une médiane de 29 ans.

Les primipares avaient entre 16 et 38 ans. Leur moyenne d'âge était de 26,4 ans ($\pm 4,5$), contre 32,4 ans ($\pm 4,5$) pour les multipares.

Fig 2: Répartition par catégories socio-professionnelles



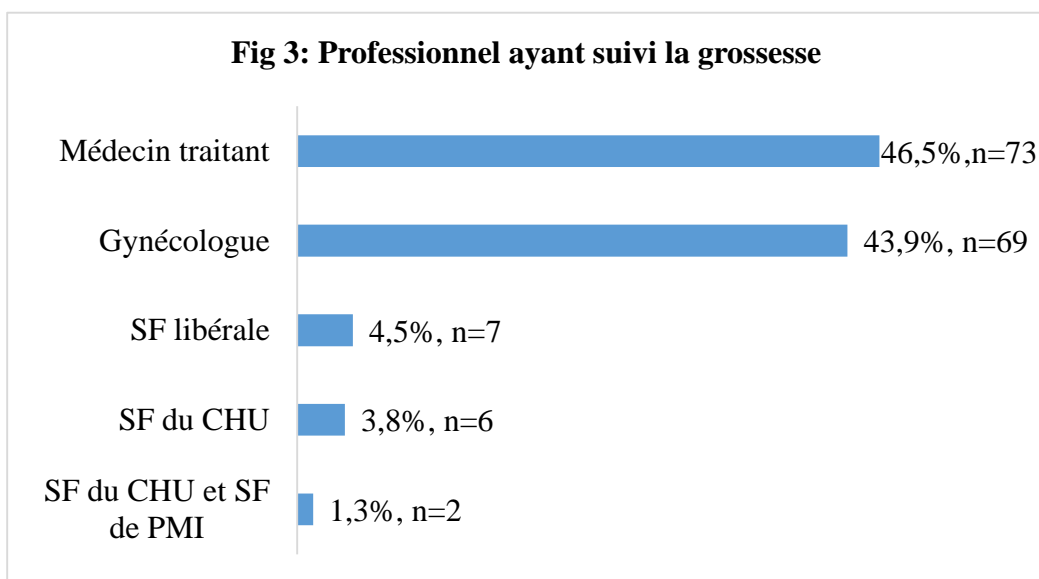
**Catégories socio-professionnelles établies par l'INSEE*

Dans la catégorie sans activité, 10 femmes se déclaraient « au foyer » (6,4%) et 3 étaient étudiantes. Le taux réel de mères sans emploi est donc de 11% (n=18).

93% (n=146) des femmes déclaraient vivre en couple.

43,3% (n=68) des femmes étaient primipares et 56,7% (n=89) étaient multipares, 39,5% (n=62) ayant accouché de leur 2^{ème} enfant, 12,7% (n=20) de leur 3^{ème} enfant et 4,5% (n=7) avaient plus de 3 enfants.

Fig 3: Professionnel ayant suivi la grossesse



Le taux de participation à la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) chez les primipares était de 81% (n=55) et chez les multipares de 42% (n=37), soit un taux global de

58,6% (n=92). Parmi elles, 94,6% (n=87) l'ont suivie avec une sage-femme libérale et 5,4% (n=5) avec une sage-femme du CHU.

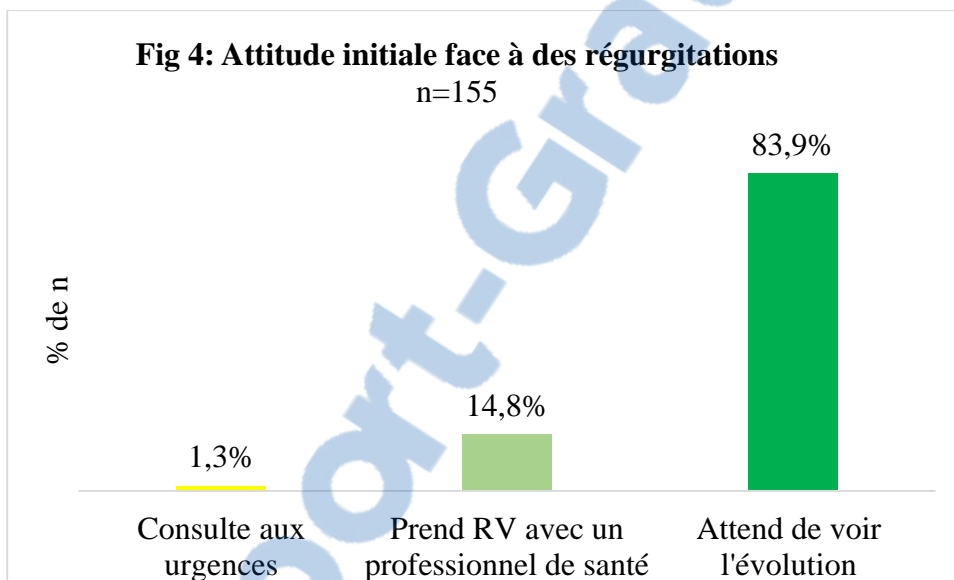
Dans 80,4% (n=74) des cas, elles avaient eu l'occasion de parler du nouveau-né durant ces séances : soins, alimentation, problèmes de santé etc...

Le taux d'allaitement maternel était de 49,7% (n=78).

B. Réponses à propos des incidents et pathologies digestives

1. Régurgitations et vomissements

91,1% (n=143) des mères savaient différencier une régurgitation d'un vomissement et 95,4% (n=145) savaient que le reflux gastro-oesophagien dans les premiers mois est bénin.



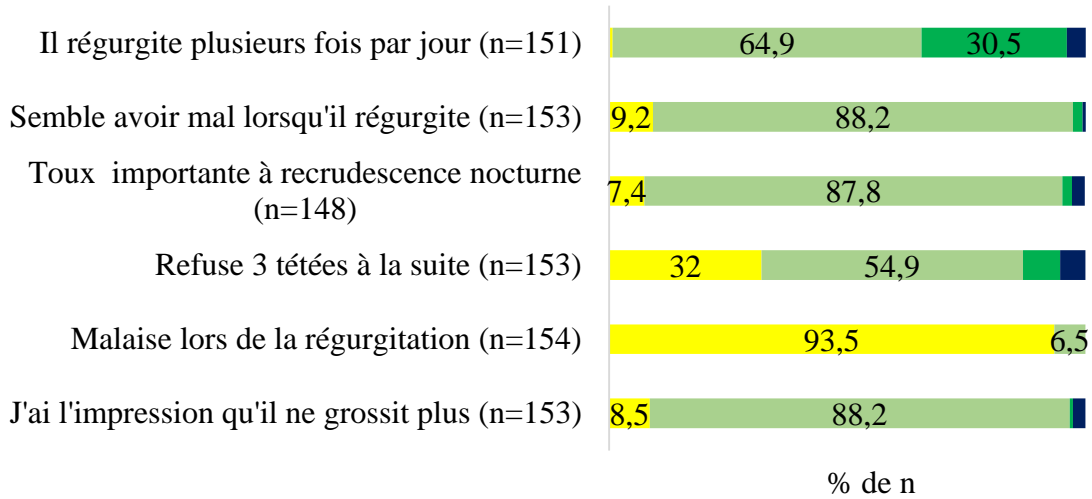
En cas de régurgitation, 73,4% (n=113) des mères savaient que la position de couchage adaptée était sur le dos légèrement surélevé, **3,2% (n=5) des mères pensaient que la position en décubitus ventral était recommandée** et 17,5% (n=27) adoptaient la position en décubitus latéral.

75,3% (n=116) ne savaient pas que des tétées moins abondantes et plus fréquentes permettaient de diminuer les régurgitations.

Dans le cadre de l'allaitement artificiel, 55,7% (n=44) des mères étaient prêtes à changer spontanément de marque ou de type de lait (lait épaissi ou anti-régurgitation).

Fig 5: Taux et type de consultation en cas de complication d'une régurgitation

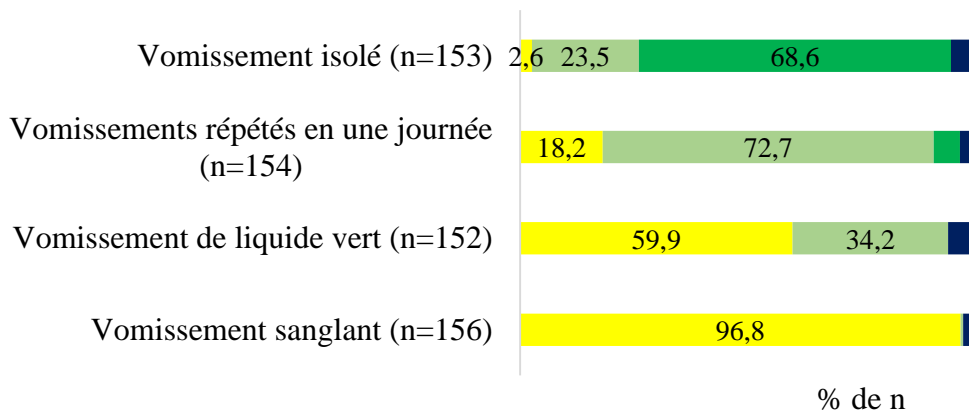
■ Urgences ■ Prend rendez-vous avec un professionnel ■ Ne consulte pas ■ Autre*



*Dans les autres propositions faites par les mères, on retrouve l'appel d'un professionnel de santé (médecin traitant, pédiatre, PMI ou urgences), la surveillance du poids et l'utilisation des petits moyens cités à la question précédente. Plusieurs précisent qu'elles iront consulter si l'évolution n'est pas bonne.

Fig 6: Taux et type de consultation en cas de vomissement

■ Urgences ■ Prend rendez-vous avec un professionnel ■ Ne consulte pas ■ Autre*

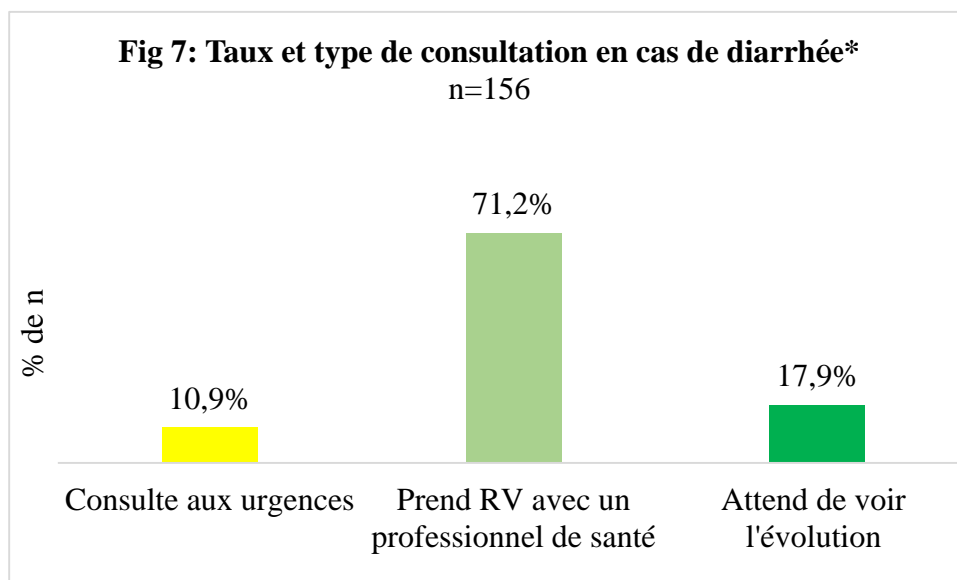


*Des mères avaient le réflexe d'appeler un professionnel pour prendre conseil : les urgences, un médecin, ou le SAMU, surtout en cas de vomissement sanglant (2,6% ; n=4) et de vomissement de liquide vert ou bilieux (5,9% ; n=9).

2. Diarrhée

Toutes les mères donnant le biberon savaient que des selles de diarrhées sont d'aspect liquide.

Parmi les mères allaitantes, 10,3% (n=8) pensaient que des selles liquides avec des grumeaux étaient des selles de diarrhée.

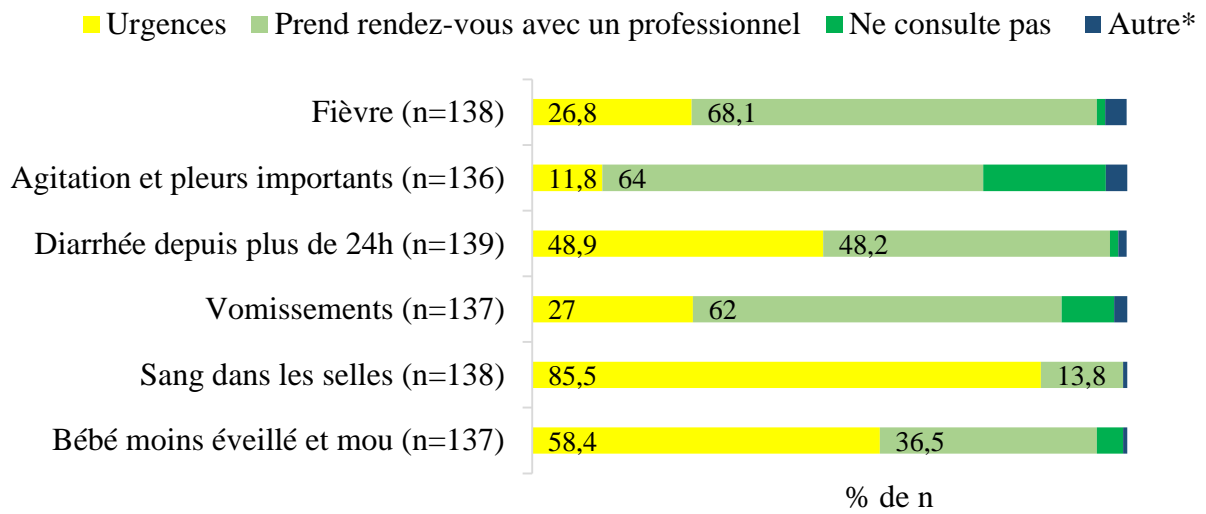


*3 épisodes de diarrhée en une demi-journée

A domicile, 90,7% des mères (n=127) avaient le réflexe de prendre la température de leur nouveau-né et 45% (n=63) de l'hydrater en augmentant la fréquence des tétées ou en lui donnant un biberon d'eau ou de soluté de réhydratation.

Au contraire, 8,6% (n=12) des mères pensaient qu'il fallait diminuer la fréquence des tétées ou des biberons.

Fig 8: Taux et type de consultation en cas de diarrhée aggravée des symptômes suivants

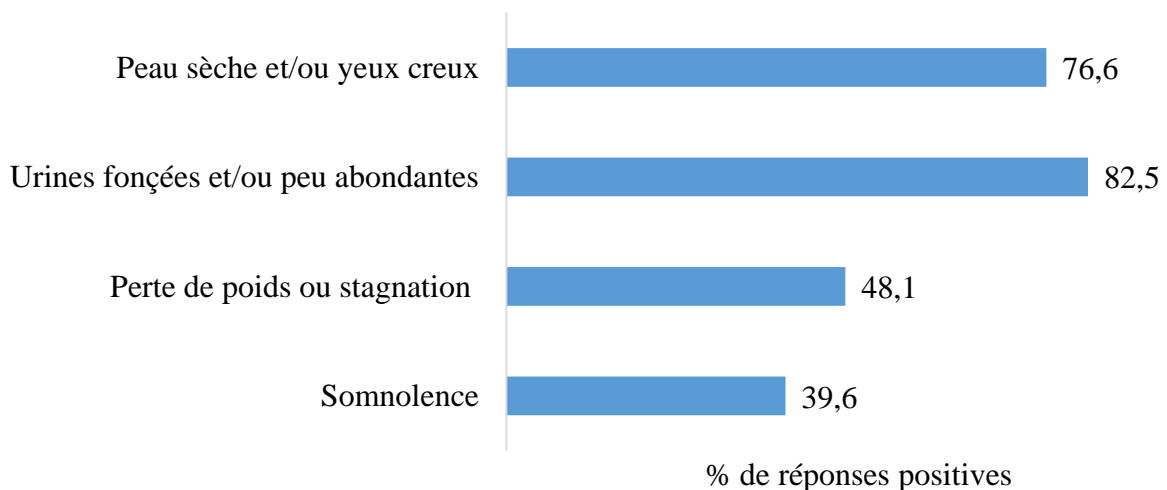


*En cas de pleurs/agitation ou de vomissements : consultation si mauvaise évolution (n=5). Dans les autres cas : appel médecin (n=2), urgences (n=2) ou SAMU (n=1) pour conseils.

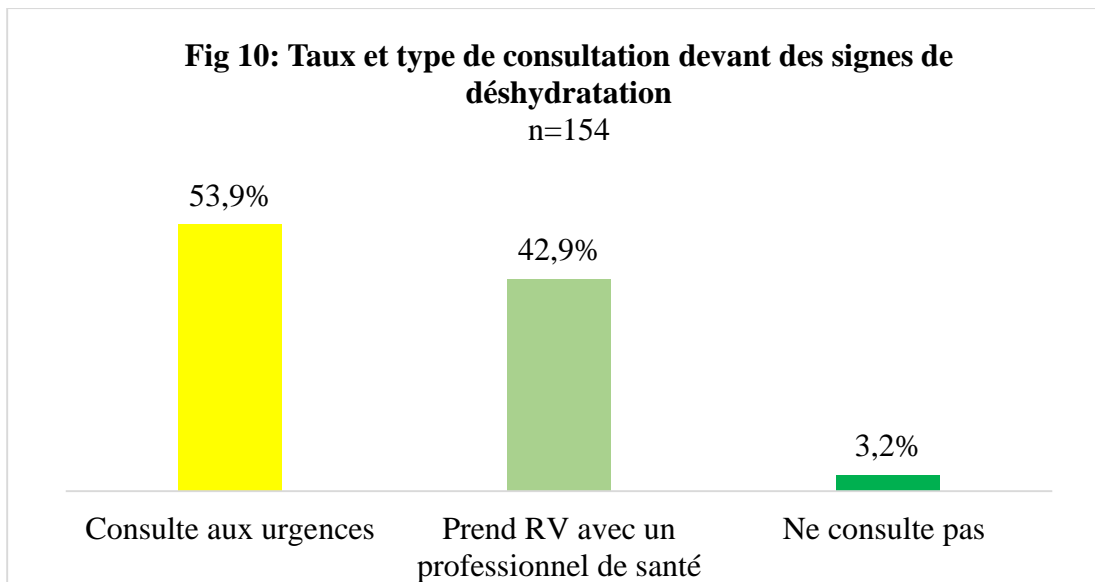
3. Déshydratation

83,1% (n=103) des mères savaient que le nouveau-né risque de se déshydrater s'il vomit ou en cas de grosse chaleur et 90,3% (n=112) s'il a la diarrhée.

Fig 9: Proportion des mères connaissant les signes de déshydratation
n=154



Concernant la diurèse normale du nouveau-né, 56,8% (n=88) des femmes savaient que la couche doit être retrouvée humide 6 à 7 fois en 24h. 43,2% (n=67) pensaient que 1 à 3 fois suffisaient.

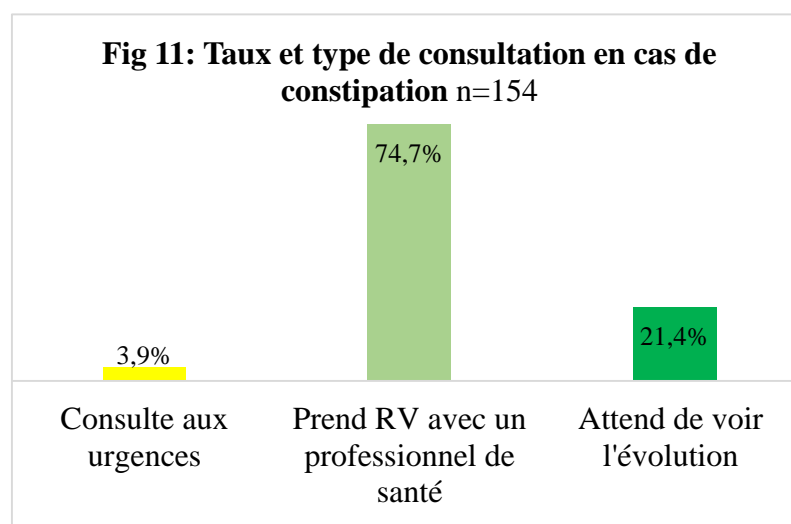


Parmi les mères qui ne consultaient pas, 4 sur 5 avaient le réflexe d'hydrater leur nouveau-né en lui donnant plus souvent le sein, le biberon ou de l'eau.

4. Constipation

Dans le cadre de l'allaitement artificiel, 12,8% (n=10) des mères parlaient de constipation à partir d'une selle par jour. 87,2% (n=68) savaient qu'on parle de constipation à partir d'une selle tous les 2 jours ou pour des selles plus rares qu'à l'habitude et dures.

44,9% (n=35) des mères allaitantes pensaient que leur bébé était constipé s'il avait moins d'une selle tous les deux jours.



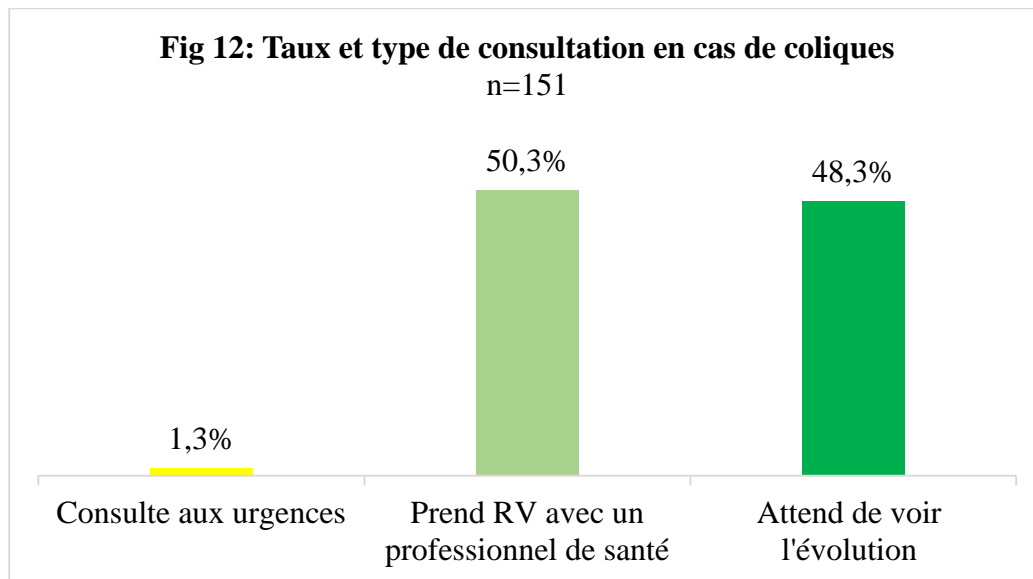
Parmi les mères qui

n'allaient pas aux urgences, 43,5% (n=64) connaissaient des moyens à mettre en œuvre sans prescription en cas de constipation : les massages abdominaux (n=27), l'ajout d'eau Hépar® dans les biberons (n=18), une hydratation supplémentaire en eau (n=13), les suppositoires de

glycérine ou du Microlax® (n=5) et une alimentation riche en fibres pour les mères allaitantes (n=3).

5. Coliques

68% (n=104) des mères savaient reconnaître des coliques. 13,7% (n=21) pensaient qu'il s'agissait de douleurs au cours de la tétée ou du biberon, 15,7% (n=24) des pleurs du soir et 3,3% (n=5) de l'aspect inhabituel des selles.

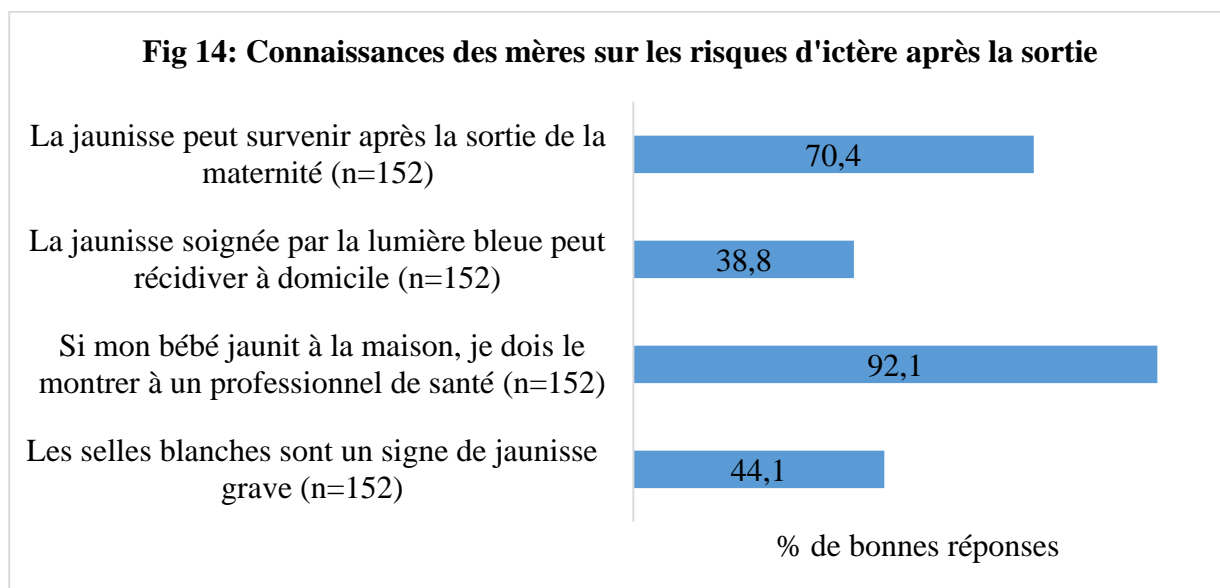
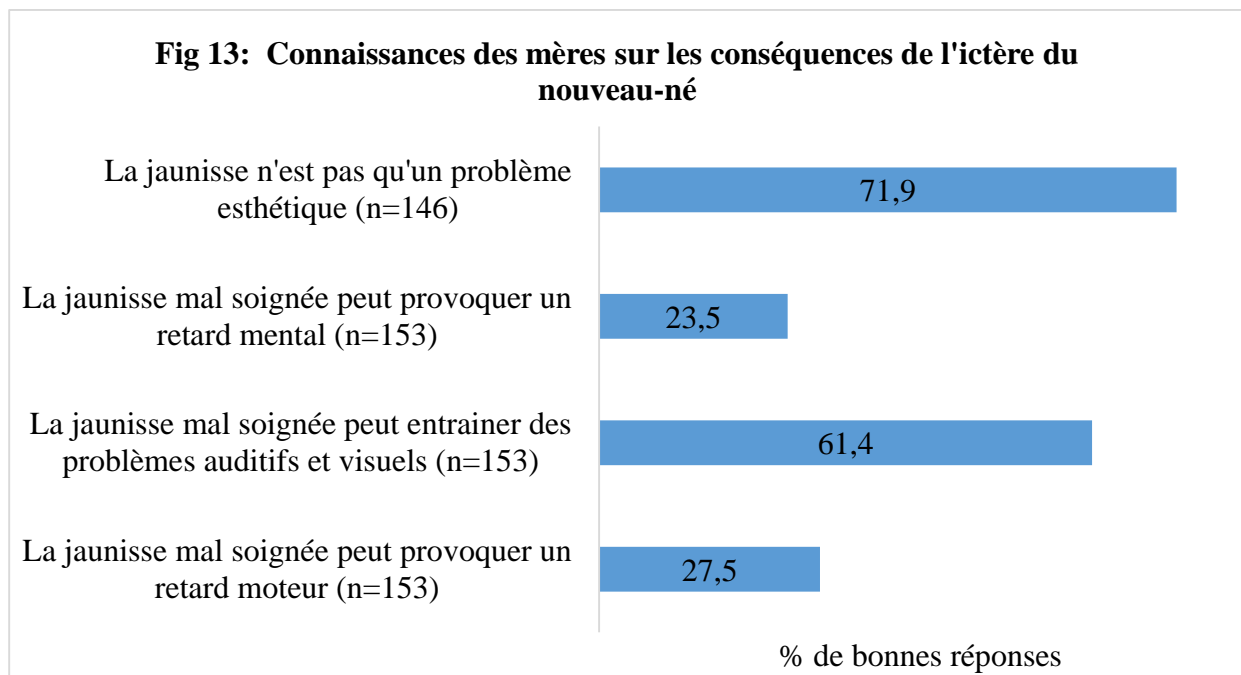


A domicile,

- 87,9% (n=131) des mères ne savaient pas qu'il est bon d'espacer les tétées ou pensaient qu'il faut les rapprocher.
- 39,6% (n=59) connaissaient les 3 moyens suivants pour soulager les coliques: massage abdominal, portage en position ventrale, succion du doigt ou de la tétine, et 59,1% (n=88) en connaissaient au moins un.
- 25% (n=19) des mères donnant le biberon étaient prêtes à changer de marque de lait spontanément.

14,8% (n=22) des femmes connaissaient la durée et la fréquence des coliques.

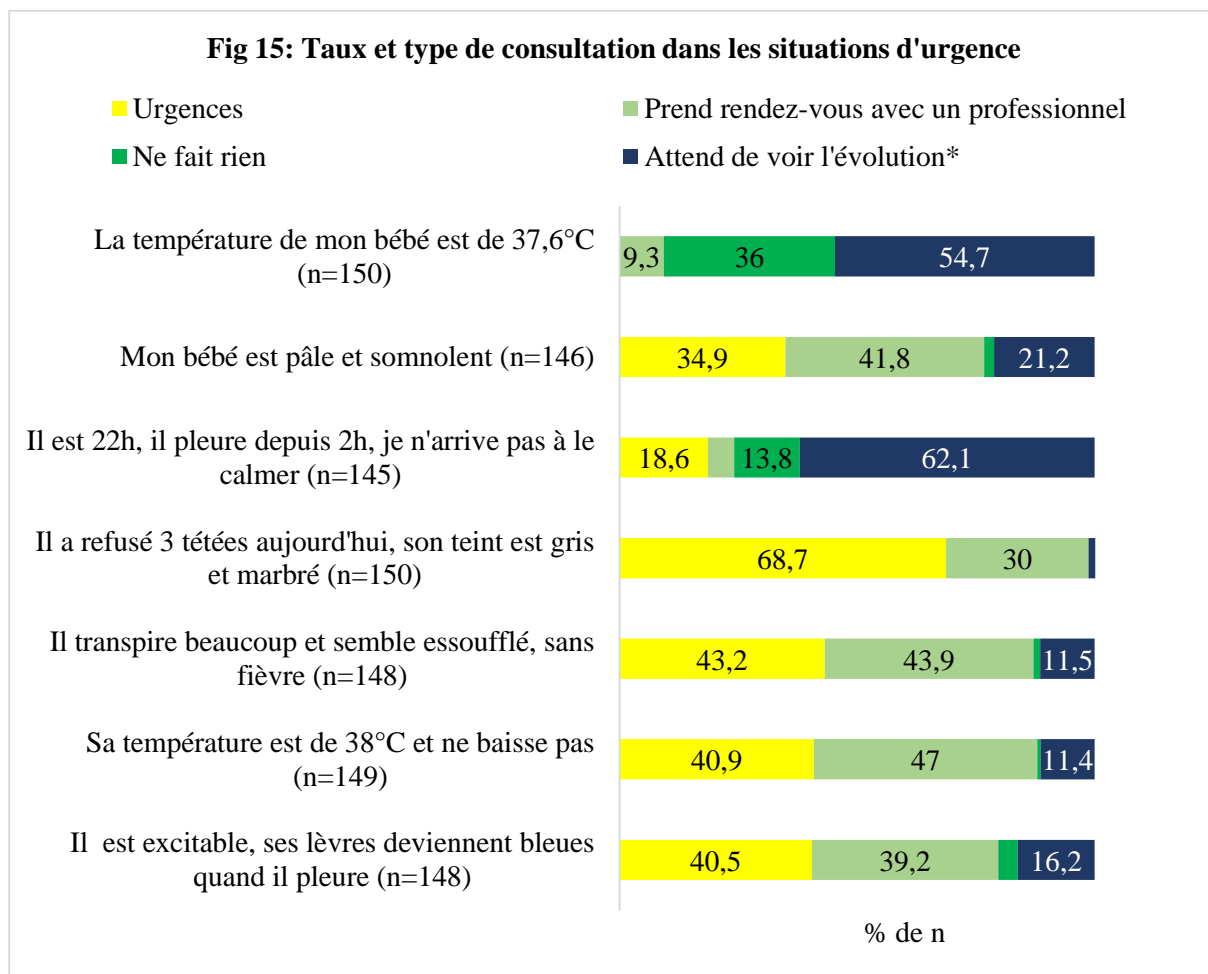
C. Réponses à propos de l'ictère du nouveau-né



Dans le cas d'un contrôle de bilirubinémie prévu à la maternité le lendemain de la sortie, 95,2% (n=138) des mères considéraient qu'il était important de le faire même si leur nouveau-né semblait avoir repris un teint normal.

D. Action dans les situations d'urgences

1. Sur l'ensemble des mères



Sur l'ensemble des **situations relevant de la puériculture ou ne nécessitant pas d'avis médical** (cf. annexe 2), le taux de consultation global était de 39,5% dont 5% aux urgences et 34,5% chez un professionnel de santé.

Sur l'ensemble des **situations nécessitant un avis médical ni urgent ni spécialisé** (cf. annexe 2), le taux de consultation en ville était de 76,5% et le taux de recours aux urgences de 13,5%.

Sur l'ensemble des **situations relevant réellement du service des urgences en raison du caractère aigu ou possiblement grave des symptômes** (cf. annexe 2), le taux de consultation aux urgences était de 53,4% et le taux de consultation en ville de 38,5%.

2. Selon la parité

Tableau II : Taux de recours aux urgences pédiatriques dans des situations à degrés d'urgence variables en fonction de la parité

	Primipares* n=68	Multipares* n=89	Significativité (p)
Situations ne nécessitant pas d'avis médical	3,9%	5,8%	NS**
Situations nécessitant un avis médical ni urgent ni spécialisé	10,9%	13,1%	NS**
Situations relevant du service des urgences	55,3%	52,0%	NS**

*en pourcentage de chaque effectif

**Non significatif ($p>0,05$)

3. Selon la catégorie socioprofessionnelle

Tableau III : Taux de recours aux urgences pédiatriques dans des situations à degrés d'urgence variables en fonction de la CSP

	CSP supérieures* n=22	Professionnels de santé* n=19	Autres CSP* n=116	Significativité (p)
Situations ne nécessitant pas d'avis médical	5,3%	2,3%	5,4%	NS**
Situations nécessitant un avis médical ni urgent ni spécialisé	10,6%	9,1%	12,9%	NS**
Situations relevant du service des urgences	50,7%	58,9%	53,1%	NS**

*en pourcentage de chaque effectif

** Non significatif ($p>0,05$)

IV. Analyse et discussion

A. Forces et limites de l'étude

Cette étude a mis en évidence **la pertinence des connaissances théoriques des mères à propos du nouveau-né**, montrant ainsi la bonne transmission des informations données pendant la grossesse et le séjour en suite de couche. L'étude a montré aussi que, dans l'ensemble, les mères préféreraient consulter un professionnel de santé de proximité en première intention.

L'échantillon de population était limité (n=157) mais le taux de réponse (68,8%) était plutôt satisfaisant. 42 questionnaires sur 157 étaient incomplets (soit 27%) ce qui peut s'expliquer par sa longueur et par le temps assez court qu'avaient les mères pour le remplir (24h). Se sentant en difficulté devant certaines questions, certaines mères ont peut-être préféré ne pas y répondre plutôt que de risquer de « se tromper ». Une erreur de typographie à la question 13 du questionnaire « allaitement artificiel » a entraîné une perte de réponses à la question 15, d'où un effectif réduit pour cette question (n=124).

Le mode de collecte des données (questionnaire papier en langue française) excluait de l'étude les patientes non francophones, ce qui constitue un biais de sélection.

Les données sur le type d'allaitement étaient obtenues par le type de questionnaire distribué. Dans les cas d'allaitement mixte, le choix de donner l'un ou l'autre des questionnaires était laissé à l'appréciation de l'agent. Ces cas n'ont donc pas pu être répertoriés, ce qui constitue un autre biais de sélection.

B. Une population plus jeune et plus active avec plus de mères expérimentées

Au vu des données du Rapport sur la santé périnatale dans les Pays de la Loire de l'Observatoire régional de la santé (ORS) et du Réseau « Sécurité naissance, Naitre ensemble » publié en 2013 (2), on peut dire que la population de l'étude constitue un échantillon représentatif de la population des Pays de la Loire, avec les mêmes écarts par rapport à la France métropolitaine, bien que parfois plus marqués. Une différence est à noter cependant : la part plus importante de mères jeunes.

En ce qui concerne la répartition des mères par classe d'âge (cf. Annexe 3), par rapport à la population française on retrouve :

- Plus de mères jeunes, surtout en ce qui concerne les mères de moins de 25 ans

- Moins de mères de plus de 35 ans
- La moyenne d'âge maternel est légèrement plus basse
- La moyenne d'âge des primipares est sensiblement plus basse

Comme dans la région, le taux de mères en activité (cf. annexe 3) est plus important qu'en France métropolitaine en 2012 (19). Parmi les mères actives, on retrouve une part un peu moins importante de mères de niveau professionnel moyen (employées, ouvrières) à intermédiaire au profit de celles de niveau professionnel supérieur (artisans, commerçants, chef d'entreprises et professions intellectuelles supérieures).

Le taux de mères primipares (43%) est nettement plus faible que celui de la France (57%) et plus faible que celui de la région (49%).

C. Des connaissances théoriques plutôt bonnes

1. Dans le domaine digestif

Les mères semblent savoir différencier une simple régurgitation d'un vomissement en jet. 91% d'entre elles iront consulter (18% aux urgences et 73% en ville) en cas de vomissements répétés, ce qui montre qu'elles ont conscience qu'il s'agit d'un symptôme pathologique. 70% des mères savent que la position en décubitus dorsal avec le dos surélevé permet de diminuer les régurgitations. Encore 3,2% d'entre elles (5 femmes) coucheront leur nouveau-né sur le ventre en cas de reflux, malgré les recommandations pour limiter le risque de mort inattendue du nourrisson.

Plus de la moitié des mères non allaitantes en particulier les primipares (65%) sont prêtes à changer spontanément de marque ou de type de lait en cas de reflux.

La plupart des femmes savent que la diarrhée chez le nouveau-né n'est pas à négliger puisque 81% d'entre elles consulteront dès 3 épisodes de selles liquides. Cependant seulement 45% penseront à hydrater davantage le nouveau-né et moins de 50% iront aux urgences après 24h de diarrhée. En cas de fièvre ou de vomissements associés la plupart iront consulter, mais seulement une sur 4 ira aux urgences directement. La somnolence et la présence de sang dans les selles les alertent plus (respectivement 60 et 85% de consultation aux urgences).

Plus de 8 mères sur 10 connaissent les situations à risque de déshydratation. 7 sur 10 disent pouvoir être alertées par une sécheresse cutanée ou des muqueuses et par une diurèse

faible et 4 sur 10 par la perte de poids et la somnolence. Mais si 97% d'entre elles iront consulter, seulement une sur deux ira directement aux urgences.

Il faut noter que la définition de la diurèse normale du nouveau-né n'est pas claire pour toutes : presque 4 femmes sur 10 pensent que 1 à 3 couches humides par jour suffisent, l'une d'entre elle ayant précisé que l'information donnée à la maternité était de 2 couches humides par jour alors que la HAS parle de 6 à 7 (20).

Même si 68% des mères reconnaissent les signes d'une colique, la majorité (85%) ne sait pas que les coliques banales peuvent durer jusqu'à 3 heures par jour et 3 jours par semaine et une mère sur deux ira consulter un professionnel. Pourtant 90% d'entre elles connaissent les moyens à mettre en œuvre sans prescription à domicile pour soulager leur nouveau-né.

Dans le cadre de l'allaitement maternel, la plupart des mères (90%) savent que des selles d'aspect liquide avec des grumeaux ne sont pas des selles de diarrhée chez le nouveau-né. Par contre, 40% des mères allaitantes pensent que leur nouveau-né est constipé dès qu'il a moins d'une selle tous les 2 jours.

2. A propos de l'ictère du nouveau-né

Les connaissances par rapport à l'ictère du nouveau-né sont très irrégulières. Une majorité de mères savent qu'il ne s'agit pas seulement d'un problème esthétique et qu'il peut entraîner des troubles de l'audition et de la vision (6 sur 10) mais peu connaissent les risques de retard psychomoteur (1 sur 4).

Par contre 90% d'entre elles sont sensibilisées à l'importance de la surveillance de l'ictère même après la sortie de la maternité : elles savent qu'il faudra consulter devant tout changement de teint et sont prêtes à revenir effectuer un contrôle éventuellement prévu. Elles sont 44% à connaître le signe des selles blanches.

On peut en conclure qu'avec une prise en charge précoce de l'ictère par les professionnels de santé, en conformité avec les recommandations du CNRHP, des complications ne devraient pas survenir du fait d'un défaut de surveillance parentale.

Dans l'ensemble les mères semblent avoir de meilleures connaissances théoriques que ce qu'il était attendu. Cela peut être expliqué par le taux élevé de participation à la PNP, tout comme dans les Pays de la Loire en 2013. Presque toutes les participantes disent avoir eu des conseils pour les soins du nouveau-né durant ces séances.

D. Un recours au service des urgences peu évoqué par les mères...

Après une analyse globale des réactions des mères face à des situations à degrés d'urgence variables on observe que :

- **Dans des situations relevant de la puériculture ou ne nécessitant pas d'avis médical**, les mères n'iront pas aux urgences en première intention, mais prendront facilement rendez-vous avec un professionnel de santé. Pourtant, la majorité dit connaître les petits moyens à mettre en place à la maison sans prescription. Par exemple, 66% des mères disent qu'elles prendront rendez-vous pour de simples régurgitations répétées alors que 95% disent savoir que le reflux gastro-œsophagien dans les premiers mois est bénin.
- **Pour les situations nécessitant un avis médical ni urgent ni spécialisé**, l'attitude des mères semble adaptée : la plupart ira consulter en ville et une faible proportion ira aux urgences (13,5%).
- En revanche, **dans les situations relevant réellement du service des urgences** la moitié des mères seulement disent qu'elles iront aux urgences en première intention et 38,5% prendront rendez-vous chez un professionnel.

D'après leurs dires, les mères n'auront pas facilement recours au service d'urgences pédiatriques. C'est en contradiction avec les constatations ayant conduit à la réalisation de cette étude : le taux de fréquentation de plus en plus élevé de ces services par les nouveau-nés de moins de 28 jours, une grande part venant pour des motifs non urgents.

On pourrait penser que la part élevée de mères expérimentées (57% de multipares) dans cette étude est responsable de ce contraste. Cependant on voit dans le tableau II qu'il n'y a pas de différence significative entre le taux de consultations aux urgences des multipares et celui des primipares. Et contrairement à ce qu'on pourrait penser, les multipares sont un peu plus nombreuses à dire qu'elles vont consulter dans les cas non urgents, tandis que dans les situations relevant réellement de l'urgence, elles sont moins promptes à consulter.

Une autre caractéristique de notre population pourrait expliquer ce contraste. Il s'agit de la part élevée de mères de niveau professionnel supérieur et de mères ayant une profession médicale ou paramédicale (15% des mères actives, contre 9,4% en France métropolitaine (21) (22)). On voit que les mères travaillant dans le domaine de la santé auront une attitude plus adaptée au

degré d'urgence, mais la différence avec les autres catégories socio-professionnelles n'est pas significative (cf. Tableau III). De même pour les mères de CSP supérieures.

D'autres suppositions peuvent être évoquées pour expliquer cet écart. Les mères répondant au questionnaire étaient dans un contexte plutôt serein. L'inquiétude qui accompagne la situation concrète peut modifier leur capacité de jugement et les pousser à aller aux urgences. De plus, l'étude ne prenait pas en compte l'heure d'apparition des symptômes qui peut influencer sur le recours aux urgences.

E. ...et une préférence pour les professionnels de proximité

Que ce soit pour des conseils de puériculture ou en première intention dans des situations plus critiques, les mères ont une préférence pour les professionnels de proximité, médecin traitant, pédiatre, sage-femme, puéricultrice.

Ceci met en lumière que les jeunes parents ont surtout besoin d'être rassurés et mis en confiance. Au-delà du seul avis médical parfois nécessaire, la jeune maman cherche un interlocuteur qui puisse la confirmer dans son être *bonne mère*. Un professionnel connu dès avant la naissance aura ici toute sa place car la relation de confiance est déjà tissée.

Le médecin traitant sera très apprécié grâce à sa connaissance de la famille. Dans notre étude 46,5% des mères ont fait suivre leur grossesse par leur médecin traitant contre 43,9% par un gynécologue. Le Maine-et-Loire possède un peu plus de médecins généralistes que la moyenne nationale avec 110 médecins pour 100000 habitants (21). On peut se demander quel est leur point de vue sur leur rôle dans des consultations qui parfois ne nécessitent que des compétences de puériculture. En 2011 par exemple, 78% des médecins généralistes de la région s'estimaient bien placés ou plutôt bien placés pour prendre en charge les difficultés d'allaitement maternel. (2) Mais sont-ils suffisamment disponibles simplement pour rassurer, pour un étayage parental souvent très chronophages ?

Le pédiatre est un interlocuteur privilégié pour la prise en charge des nouveau-nés. L'offre pédiatrique de la région est une des plus faibles de France avec une densité de pédiatres libéraux en 2012 de 1,6 pour 1000 nouveau-nés vivants, soit inférieure de 32% par rapport à la moyenne nationale. Depuis 2001 le nombre de pédiatres libéraux a diminué légèrement (2). Les parents qui viennent d'avoir leur premier enfant ne connaissent en général pas de pédiatre avant la naissance. On peut imaginer qu'ils ne se tourneront pas vers lui pour une simple question, une inquiétude ou un conseil, d'autant plus si le rendez-vous se fait attendre.

Dans ce contexte de pénurie de spécialistes, les sages-femmes libérales, elles, sont de plus en plus nombreuses. La densité de sages-femmes du département est élevée avec 150 sages-femmes pour 100000 femmes de 15 à 49 ans, contre 135 en France métropolitaine. 26% d'entre elles travaillent en libéral contre 22% en moyenne dans les autres départements (22). 36 sages-femmes de la région travaillent en PMI.

F. La sage-femme au premier plan de l'accompagnement précoce des parents

1. Des compétences pour la surveillance du nouveau-né en bonne santé

D'après le code de déontologie de la sage-femme, celle-ci « est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie concernant [...] le nouveau-né » (*Article R4127-318 Modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012*).

La formation initiale des sages-femmes comprend, outre la surveillance et les soins du nouveau-né en maternité ainsi que les pathologies de la période néonatale :

- la surveillance, les soins, les compétences sensorielles et le suivi du nouveau-né jusqu'à 30 jours
- l'alimentation du nouveau-né et du nourrisson jusqu'à 3 ans,
- le développement psychomoteur et socioaffectif de l'enfant jusqu'à 6 ans,
- les vaccinations et la prévention en santé de l'enfant.

Si son champ de prescription est limité (cf. annexe n°4), la sage-femme peut, sans se substituer au médecin ou au pédiatre, suivre le nourrisson dans son évolution physiologique. Elle répondra à toutes sortes de questions auxquelles ces professionnels ne répondent pas toujours. La sage-femme est en capacité de dépister une pathologie et d'orienter les parents vers l'interlocuteur adapté. Sa disponibilité permettra d'éviter une consultation inutile aux urgences. Enfin elle peut veiller à la bonne instauration du lien mère-enfant et en détecter les troubles précoces.

La sage-femme joue un rôle primordial dans **la prévention** des risques médicaux et relationnels et dans **l'éducation en santé primaire**.

2. Une continuité entre l'avant et l'après naissance

La sage-femme libérale a une place privilégiée auprès des couples, qu'elle a rencontrés et accompagnés pendant la grossesse, parfois même au domicile. Ses compétences sont axées sur l'accueil d'un nouveau-né, tant sur le plan physiologique que psychoaffectif. La relation de

confiance instaurée à l'avance en fait un acteur de choix pour l'accompagnement du post-partum et des premiers mois de l'enfant dans sa famille.

3. Un rôle à revaloriser aujourd'hui au regard des nouvelles recommandations

La HAS a publié le 13 mars 2014 une recommandation de bonne pratique sur la Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés, concernant les couples mère-enfant à bas risque médical, psychique et social. Il est précisé en introduction qu'on ne peut définir une durée optimale de séjour, car celle-ci « est plutôt fonction de l'organisation de la sortie de la maternité, du suivi médical et de l'accompagnement ultérieur » (23).

On mesure en effet aujourd'hui l'importance de cet « accompagnement ultérieur » pour l'amélioration de la santé périnatale et le bien-être de chaque nouvelle famille.

La HAS préconise la mise en place d'un « professionnel référent du suivi » qui peut être une sage-femme libérale ou de PMI ou un médecin. Choisi par le couple, de préférence avant la naissance, il est responsable du suivi et de l'accompagnement post-natal de la mère et de l'enfant dans les jours suivant le retour à domicile. Il est en lien avec le lieu d'accouchement et coordonne les différents professionnels impliqués.

Le déroulement du suivi post-natal sera marqué par **une 1^{ère} visite systématique** dans la première semaine (si possible dans les 48h) suivant la sortie, puis **une 2^{ème} visite recommandée**, planifiée au cas par cas. En plus, **2 séances postnatales** avec une sage-femme sont prises en charge au titre de l'Assurance Maternité entre le 8^{ème} jour et la visite post-natale en cas de besoin particulier. Enfin « **un entretien post-natal précoce** » au cours de la 2^{ème} semaine devrait permettre aux femmes d'exprimer leur vécu et leurs besoins.

La HAS redéfinit les modalités du parcours de soin du nouveau-né dans le premier mois. Outre les 2 examens médicaux réalisés à la maternité, un troisième devra être réalisé entre le 6^{ème} et le 10^{ème} jour de vie par un pédiatre ou un médecin généraliste ayant l'expérience des pathologies du nouveau-né. Le professionnel référent pourra faire une visite supplémentaire au cours de la deuxième semaine.

4. Point de vue de sages-femmes libérales

Nous avons interrogé deux sages-femmes libérales sur la place du suivi du nouveau-né dans leur exercice (cf. Annexe n°5).

Il ressort de ces entretiens que la demande des mères est croissante :

« Il y a beaucoup de demandes, surtout de la part de femmes que je suivais pendant la grossesse. Il s'agit surtout de rassurer. » « Les mères se confient beaucoup. »

« Cela demande beaucoup de disponibilité, il faut accepter de prendre du temps. Parfois il faut revoir la maman avec son bébé plusieurs jours d'affilée. Les mamans ont besoin de se sentir vraiment accompagnées. »

« En tant que sage-femme libérale, nous avons une place privilégiée dans la mesure où nous connaissons les couples dès avant la naissance. [...] Cette proximité favorise la confiance et leur ouvre un espace pour poser des questions qu'ils n'auraient peut-être pas osé ou pas eu le temps de poser au médecin. »

Les sages-femmes interrogées considèrent qu'elles ont toute leur place auprès du nouveau-né en bonne santé, en complément du médecin dont le rôle est différent et avec qui elles peuvent collaborer.

D'après l'une d'elles, jeune diplômée, « la formation initiale théorique est assez complète, mais il n'y a pas du tout assez de pratique. Il faudrait faire plus de stages auprès de puéricultrices, qui sont beaucoup plus en contact avec les bébés.»

« C'est surtout par mon expérience que j'ai progressé dans la connaissance du nouveau-né, je m'appuie sur mon bon sens » disait une autre. « En fait tout ce que je sais je l'ai appris au contact des mères, en les écoutant »

Nous avons également interrogé Jacqueline Lavillonnière (cf. Annexe 5), sage-femme libérale proposant des formations dans le cadre du développement professionnel continu (DPC). Lorsqu'elle a proposé un programme sur le suivi du nourrisson en bonne santé, beaucoup de sages-femmes pensaient que cela n'était pas dans leurs compétences.

Actuellement la demande des sages-femmes est croissante, mais il existe peu de propositions sur le suivi du nouveau-né et du nourrisson dans le cadre du DPC.

5. Propositions pour encourager le suivi post-natal du nouveau-né

Les tarifs actuellement en vigueur dans la pratique des sages-femmes ne favorisent pas le suivi post-natal à long terme: après le 8^{ème} jour, une séance post-natale est facturée 40% de moins qu'une séance de PNP individuelle.

Visites à domicile du jour de sortie de la maternité à J7	Lettre clé	Tarifs (€)
un enfant, les 2 premiers forfaits*	SF 16	44,80
un enfant, les forfaits suivants*	SF 12	33,60
deux enfants et plus, les 2 premiers forfaits*	SF 21	58,80
deux enfants et plus, les forfaits suivants*	SF 17	47,60

A partir de J8	Lettre clé	Tarifs (€)
2 séances post-natales de J8 à la visite post-natale*	SP	18,55
Consultation	C	23
Visite	V	23

**pris en charge intégralement au titre de l'Assurance Maternité*

Déjà en 2011, devant la part très faible du suivi post-natal dans l'exercice libéral (3% de l'activité) et dans un intérêt de santé publique, la Cour des Comptes avait préconisé une reconfiguration de la tarification des actes de sage-femme « au profit du suivi global et du suivi post-natal ». (5)

Aujourd'hui cette revalorisation est plus que jamais nécessaire pour optimiser la nouvelle configuration du suivi post-natal, dans l'intérêt du nouveau-né et de ses parents.

D'autre part, il serait important de permettre aux sages-femmes d'améliorer leur formation concernant le nouveau-né et le nourrisson. Voici quelques propositions en ce qui concerne le Maine-et-Loire.

Pour les étudiants sages-femmes :

- prévoir des journées auprès des puéricultrices de maternité et de l'unité Kangourou durant leurs stages en suite de couche,
- favoriser les stages avec des puéricultrices de PMI ou dans des unités d'hospitalisation mère-bébé comme le Home à Nantes.

Pour sages-femmes libérales et hospitalières

- proposer des ateliers d'une journée au CHU, animés par un pédiatre. Chaque atelier aura un thème bien précis à propos du nourrisson (par exemple : l'auscultation cardio-pulmonaire : repères de normalité, les dermatoses, les étapes du développement psychomoteur, la diversification alimentaire...) redonnant les bases théoriques du sujet et permettant en même temps un échange d'expérience
- augmenter le nombre de formations sur le suivi du nourrisson en bonne santé par des organismes agréés par l'OGDPC.

« Education à la parentalité ». Le concept utilisé avec assurance au début de ce travail mérite à présent d'être revisité. Certes les jeunes parents sollicitent beaucoup les professionnels de la périnatalité. Mais est-ce pour être « éduqués » ? Est-ce pour recevoir un savoir qui initialement les dépasse?

Confirmer aux parents les compétences qu'ils ont déjà, en être le révélateur. Accompagner la transformation familiale, être une présence rassurante. Au-delà de l'apport d'un savoir médical et technique indispensable, la mission de tous les professionnels qui œuvrent autour de la naissance est un accompagnement singulier et bienveillant. La sage-femme y occupe une place unique auprès de la dyade mère/nouveau-né.

Pour répondre aux attentes des jeunes parents, les sages-femmes doivent aujourd'hui déployer leur activité en utilisant tout le champ de leurs compétences, au sein du système de soins et avec son soutien.

BIBLIOGRAPHIE

1. Valade A, Guerin B, Legrand M, Mansir T, Doireau V, Choulot JJ. 62 Infection materno-foetale tardive à streptocoque B : à propos d'un cas de cellulite sous angulo-maxillaire. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* juin 2004;33(4):364.
2. Observatoire régional de la santé, Réseau « Sécurité Naissance, Naître ensemble ». Rapport sur la santé périnatale en Pays de la Loire. 2013.
3. Dreyfus M, d' Ercole C. 41e Journées nationales de la Société française de médecine périnatale: Naissance et douleur; urgences en salle de naissance; cardiopathies congénitales. Springer Science & Business; 2013. 141 à 156 p.
4. Blondel B. Rapport européen sur la santé périnatale. INSERM; 2013 mai p. 7.
5. Cour des comptes. Le rôle des sages-femmes dans le système de soins. Sécurité sociale 2011. Cour des Comptes; 2011 sept p. chap IV; pp173-198.
6. HAS. Sortie de maternité après accouchement: conditions optimales pour proposer un retour à domicile [Internet]. HAS; 2012 mai. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-08/note_de_cadrage_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement__conditions_optimales_pour_proposer_un_retour_a_domicile.pdf
7. Cortey A. Ictère du nouveau-né: le retour de l'ictère nucléaire. *Arch Pédiatrie.* 2012;
8. Mæstracci M, Santaella E, Guyon G, Blanc B. SFP-33 – Pédiatrie générale et sociale – Problématique de la fréquentation croissante des nouveau-nés aux urgences. *Arch Pédiatrie.* juin 2008;15(5):933.
9. Biette, E. Consultations aux urgences pédiatriques des nourrissons de moins d'un mois: influence de l'intervention de puéricultrices en maternité. [CHU Angers]: Poitiers; 2005.
10. Djavadian A. Motifs de consultation aux urgences pédiatriques des nouveau-nés et des nourrissons dans le premier mois qui suit la sortie de maternité ou de néonatalogie [Internet]. 2007. Disponible sur: <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0487303.pdf>
11. Claudet I, De Montis P, Debuisson C, Maréchal C, Honorat R, Grouteau E. Fréquentation des urgences pédiatriques par les nouveau-nés. *Arch Pédiatrie.* sept 2012;19(9):900-906.
12. Millar KR, Gloor JE, Wellington N, Joubert GI. Early neonatal presentations to the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care.* juin 2000;16(3):145-150.
13. HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)-Recommandations professionnelles [Internet]. 2005 nov. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
14. DREES. La situation périnatale en France en 2010. *Etudes Résultats.* oct 2011;(775):8.
15. Direction Générale de la Santé. Évaluation du plan périnatalité 2005 - 2007 Rapport final [Internet]. Ministère de la Santé; 2010 mai. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf

16. Poirier P. La préparation à la naissance et à la parentalité, ce qu'en savent les futurs parents. 1 mars 2011 [cité 28 janv 2014]; Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00659735>
17. Belot R-A, Vennat D, Moissenet A, Bluon-Vannier A, Herse V, de Montigny F, et al. Accès à la parentalité et isolement familial La nouvelle solitude des parents. Dialogue. 1 mars 2013;n° 199(1):7-18.
18. Lussier V, David H, Ouimet L. L'entraide maternelle, une réponse à l'isolement pathogène des nouvelles mères. Santé Ment Au Qué. 1996;21(2):224.
19. Insee. Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle en 2012 [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=natfef02135
20. HAS, Service d'évaluation des pratiques. Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en pédiatrie: Allaitement maternel suivi par le pédiatre. 2005.
21. Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2013 Document de travail. Séries statistiques. DREES; 2013.
22. Sicart D. Les professions de santé au 1er janvier 2013 [Internet]. DREES; 2013. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat183.pdf>
23. HAS. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/v3-bat_reco2clics_sortie_de_maternite-120314.pdf

Annexes

Annexe n°1 : Questionnaire

ETUDE DES CONNAISSANCES MATERNELLES SUR LES PROBLEMES DE SANTE DU NOUVEAU-NE DANS LE 1^{ER} MOIS DE VIE

Items spécifiques à l'allaitement artificiel

Items spécifiques à l'allaitement maternel

PARTIE 1

Date d'accouchement :

Age :

Profession :

Nombre d'enfants :

Age de l'avant-dernier :

Vous vivez : en couple célibataire

Qui a suivi votre grossesse (en dehors des échographies) ?

- votre médecin traitant un gynécologue une sage-femme libérale
 une sage-femme de la maternité avec une sage-femme de PMI

Avez-vous suivi une préparation à la naissance ? oui non

Si oui, avec une sage-femme de la maternité avec une sage-femme libérale
 avec un médecin

Durant ces séances, avez-vous eu l'occasion de parler du nouveau-né (soins, alimentation, problèmes de santé...) ? oui non

ATTENTION : Toutes les questions qui vont vous être posées concernent le nouveau-né **jusqu'à un mois de vie.**

Dans l'intérêt de l'étude, nous vous prions de répondre de façon personnelle et spontanée, sans recherche documentaire sur les pathologies citées.

PARTIE 2

1) Pour les mots *régurgitation* et *vomissement*, cochez la définition qui vous semble exacte. *Une seule case à cocher pour chaque mot.*

	<i>Régurgitation</i>	<i>Vomissement</i>
Votre bébé rejette du lait plus ou moins digéré pendant ou après la tétée, et il ne semble pas avoir mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après la tétée, un filet de lait coule le long de la bouche de votre bébé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tout le contenu de l'estomac de votre bébé sort en jet par la bouche et parfois par le nez, avec un effort musculaire souvent douloureux. Il se produit à n'importe quel moment de la journée (sans lien avec la tétée).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES REGURGITATIONS

2) Votre bébé régurgite. Que faites-vous ? *Une seule réponse possible*

- A. Je consulte aux urgences
- B. Je prends rendez-vous avec un professionnel de santé (médecin, sage-femme ou puéricultrice)
- C. J'attends de voir l'évolution

Si vous avez coché la réponse A, passez directement à la question 5)

3) Que faites-vous à la maison? *Plusieurs réponses possibles*

- J'évite de manipuler mon bébé après la tétée
- Je lui donne des *biberons* / *tétée* moins abondants mais plus souvent
- Je lui donne des *biberons/ la tétée* plus abondants mais moins souvent
- Si ça se reproduit, j'achèterai du lait épaissi*
- Si ça se reproduit, j'achèterai une autre marque de lait*
- Je couche mon bébé sur le ventre
- Je couche mon bébé sur le dos, légèrement surélevé
- Je couche mon bébé sur le coté
- Autres. *Précisez :*

4) Dans les situations ci-dessous, que faites-vous ? *Mettre une croix dans la case de votre choix*

	Je vais aux urgences immédiatement	Je prends rendez-vous avec un professionnel de santé	Je ne consulte pas	Autre. Précisez
Mon bébé régurgite plusieurs fois par jour.				
Mon bébé semble avoir mal lorsqu'il régurgite.				
Mon bébé tousse beaucoup et surtout la nuit.				
Au moment de la régurgitation mon bébé a du mal à respirer, il pâlit, et ne semble plus réagir.				
Mon bébé refuse 3 biberons de suite.				
J'ai l'impression qu'il ne grossit plus.				

5) Lorsque les régurgitations se répètent plusieurs fois par jour, on peut parler de *reflux-gastro-œsophagien*. A votre avis, dans le premier mois de la vie, c'est le signe :

- Que le bébé a une maladie
- Que le système de fermeture de l'estomac du bébé ne fonctionne pas encore bien : ça n'est pas grave

LA DESHYDRATATION

On dit que votre bébé est déshydraté quand son corps manque d'eau.

11) Pour un bébé en bonne santé, combien de fois devez-vous retrouver sa couche mouillée (d'urines) dans la journée (24h) ?

- 1 fois 3 fois 6 à 7 fois

12) Quels sont les signes qui vous permettent de voir que votre bébé est déshydraté ? *Plusieurs réponses possibles*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sa peau est douce et rose | <input type="checkbox"/> Ses urines sont foncées |
| <input type="checkbox"/> Sa peau et sa langue sont sèches | <input type="checkbox"/> Il perd du poids ou n'en prends plus |
| <input type="checkbox"/> Il est somnolent | <input type="checkbox"/> Ses yeux semblent creux |
| <input type="checkbox"/> Il fait peu pipi | <input type="checkbox"/> Il est très agité |

13) Votre bébé vous semble déshydraté. Que faites-vous ?

- A. Je consulte aux urgences
B. Je prends rendez-vous avec un professionnel de santé
C. Je ne consulte pas, ça n'est pas la peine.

Si vous avez coché les réponses A ou B, passez directement à la question 15)

14) Si vous ne consultez pas, que faites-vous ? *Réponse libre*

15) Dans quelles circonstances votre bébé peut-il se déshydrater rapidement ? *Plusieurs réponses possibles*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Il est enrhumé | <input type="checkbox"/> <i>Il a du mal à téter, je n'ai pas beaucoup de lait</i> |
| <input type="checkbox"/> Il fait très chaud | <input type="checkbox"/> Il est constipé |
| <input type="checkbox"/> Il a la diarrhée | <input type="checkbox"/> Il vomit |

LA CONSTIPATION

16) A partir de quand pouvez-vous dire que votre bébé est constipé ? *Plusieurs réponses possibles*

- Il a une selle par jour, molle
 Il a une selle tous les 2 jours
 Ses selles sont dures et il semble douloureux lors de la poussée
 Il a des selles moins fréquentes que d'habitude mais de consistance normale
 Il a des selles moins fréquentes que d'habitude et dures

17) Votre bébé est constipé. Que faites-vous ?

- A. Je consulte aux urgences
B. Je prends rendez-vous avec un professionnel de santé
C. J'attends de voir l'évolution

Si vous avez coché la réponse A, passez directement à la question 19)

18) Que faites-vous en attendant ? Réponse libre

LES COLIQUES

19) Quand pouvez-vous dire que votre bébé a des « coliques » ? Une seule réponse possible

- Mon bébé pleure le soir
- Les selles de mon bébé ont un aspect inhabituel
- Mon bébé semble douloureux pendant la tétée
- Mon bébé semble douloureux et inconfortable : il crie et pleure beaucoup, il a des rots et des gaz. Il est soulagé par la succion.

20) Votre bébé a des coliques. Que faites-vous ?

- A. Je consulte aux urgences
- B. Je prends rendez-vous avec un professionnel de santé
- C. J'attends de voir l'évolution

Si vous avez répondu la réponse A, passez directement à la question 23)

21) Que faites-vous à la maison? Plusieurs réponses possibles

- Je rapproche *les biberons / tétées*
- J'espace *les biberons/ tétées*
- Je masse le ventre de mon bébé
- Je couche mon bébé sur le ventre lors de la sieste
- Je le porte en position ventrale
- Je lui fais téter le doigt ou la tétine
- Je change de lait*
- Il n'y a rien à faire
- Autre - précisez

22) Jusqu'à quelle fréquence les coliques restent-elles banales ? Une seule réponse possible

- Moins de 15 minutes par jour
- Moins d'une heure par jour
- Moins d'une heure par semaine
- Moins de 3 heures par jour, et 3 jours par semaine

LA JAUNISSE

La jaunisse ou ictère, est l'apparition d'une coloration jaune de la peau et du blanc de l'oeil. Elle est due à l'accumulation dans le sang du bébé d'une molécule appelée bilirubine.

23) Selon vous ces propositions sont-elles exactes ?

	VRAI	FAUX
La jaunisse n'est pas grave, c'est un problème esthétique.		
La jaunisse mal soignée peut provoquer un retard mental.		
La jaunisse mal soignée peut entraîner des problèmes auditifs et visuels.		
La jaunisse mal soignée peut entraîner un retard moteur.		

	VRAI	FAUX
Si mon bébé sort de la maternité sans avoir eu la jaunisse, il n'a plus de risque de l'avoir.		
Si mon bébé sort de la maternité lorsque sa jaunisse a été soignée par la lumière bleue, il n'a plus de risque de redevenir jaune.		
Si mon bébé jaunit à la maison, je dois le montrer à un professionnel de santé.		
Si ses selles deviennent plus blanches, c'est un signe de jaunisse grave.		

24) Votre enfant a un contrôle du dosage de bilirubine à faire le lendemain de la sortie de la maternité. Vous trouvez que la coloration de sa peau est redevenue normale (rose).

- Vous allez quand même faire ce contrôle
 Vous n'y allez pas car l'observation de sa peau suffit pour dire que la jaunisse est terminée.

AUTRES SIGNES D'ALERTE

25) Dans les situations ci-dessous, que faites-vous ? *Mettre une croix dans la case correspondante.*

	Je vais aux urgences immédiatement	Je prends rendez-vous avec un professionnel de santé	Rien	J'attends de voir l'évolution (Précisez vos actions)
La température de mon bébé est de 37,6°C.				
Mon bébé est pâle et somnolent.				
Il est 22h, mon bébé pleure depuis 20h, je n'arrive pas à le calmer.				
Mon bébé a refusé 3 fois le biberon aujourd'hui, et il a le teint « gris » et marbré.				
Mon bébé transpire beaucoup, mais n'a pas de fièvre. Il semble essoufflé.				
La température de mon bébé est de 38°C et ne baisse pas.				
Mon bébé pleure plus que d'habitude, il est excitable. Lorsqu'il pleure ses lèvres deviennent légèrement bleues.				

Ce questionnaire touche à sa fin. ***Je vous remercie vivement d'avoir accepté de participer à cette étude.*** Si vous le souhaitez, un livret comportant les réponses exactes aux questions posées peut vous être remis.

En espérant que vous avez passé un bon séjour à la maternité, je vous souhaite une installation sereine à la maison avec votre bébé !

Annexe n°2

Situations relevant de la puériculture ou ne nécessitant pas d'avis médical

Questions 2) Votre bébé régurgite. Que faites-vous ?

Question 4A) Mon bébé régurgite plusieurs fois par jour.

Question 6A) Mon bébé vomit une fois un liquide blanc.

Question 8) Il est 16h, votre bébé a eu 3 épisodes de diarrhée depuis ce matin. Que faites-vous?

Question 20) Votre bébé a des coliques. Que faites-vous ?

Question 25A) La température de mon bébé est de 37,6°C.

Question 25C) Il est 22h, mon bébé pleure depuis 20h, je n'arrive pas à le calmer.

Situations nécessitant un avis médical ni urgent ni spécialisé

Question 4B) Mon bébé semble avoir mal lorsqu'il régurgite.

Question 4C) Mon bébé tousse beaucoup et surtout la nuit.

Question 4E) Mon bébé refuse 3 biberons de suite.

Question 4F) J'ai l'impression qu'il ne grossit plus.

Question 10B) Mon bébé a la diarrhée, est agité et pleure beaucoup.

Question 17) Votre bébé est constipé. Que faites-vous ?

**Situations relevant réellement du service des urgences en raison du caractère aigu ou
possiblement grave des symptômes**

Question 4D) Au moment de la régurgitation mon bébé a du mal à respirer, il pâlit, et ne semble plus réagir.

Question 6B) Mon bébé vomit plusieurs fois en une journée un liquide blanc.

Question 6C) Mon bébé vomit une fois un liquide vert.

Question 6D) Mon bébé vomit du sang.

Question 10A) Mon bébé a la diarrhée et de la fièvre.

Question 10C) Mon bébé a la diarrhée depuis plus de 24h.

Question 10D) Mon bébé a la diarrhée et vomit.

Question 10E) Mon bébé a la diarrhée et il y a du sang dans ses selles.

Question 10F) Mon bébé a la diarrhée et est moins éveillé, mou

Question 13) Votre bébé vous semble déshydraté. Que faites-vous ?

Question 25B) Mon bébé est pâle et somnolent.

Question 25D) Mon bébé a refusé 3 fois le biberon aujourd'hui, et il a le teint « gris » et marbré.

Question 25E) Mon bébé transpire beaucoup, mais n'a pas de fièvre. Il semble essoufflé.

Question 25F) La température de mon bébé est de 38°C et ne baisse pas.

Question 25G) Mon bébé pleure plus que d'habitude, il est excitable. Lorsqu'il pleure ses lèvres deviennent légèrement bleues.

Annexe n°3

Tableau I : Répartition par âge, comparée aux Pays de la Loire et à la France

	CHU d'Angers de 10/2013 à 12/2013	Pays de la Loire en 2010*	France en 2010*
Moyenne d'âge (ans)	29,8	29,9	30,1
Moyenne d'âge des primipares (ans)	26,4	28,3	29
Part des mères de moins de 25 ans	18,6%	14%	15%
Part des mères de plus de 35 ans	16%	19%	21,5%

**Source : Rapport sur la santé périnatale dans les Pays de la Loire en 2013, Observatoire régional de la santé et Réseau « Sécurité naissance, naître ensemble »*

Tableau II : Proportion de mères actives, comparée aux Pays de la Loire et à la France

	CHU d'Angers de 10/2013 à 12/2013	Pays de la Loire en 2010*	France en 2010*
Taux de mères en activité	80%	84%	69%

**Source : Rapport sur la santé périnatale dans les Pays de la Loire en 2013, Observatoire régional de la santé et Réseau « Sécurité naissance, naître ensemble »*

Tableau III : Répartition des mères actives par catégories socio-professionnelles (CSP) comparée à la population féminine française de 15 ans et plus

	CHU d'Angers de 10/2013 à 12/2013	France en 2012*
Mères de CSP moyennes et intermédiaires** (% des femmes actives)	79%	81%
Mères de CSP supérieures*** (% des femmes actives)	21%	19%

*Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle en 2012, Source : Insee, enquête emploi

**Artisans, commerçants, chefs d'entreprise ; Cadres et professions intellectuelles supérieures

***Professions intermédiaires, Employées, Ouvrières

Annexe n°4

Les médicaments que la sage-femme peut prescrire à un nourrisson en dehors de l'hôpital sont :

- antiseptiques locaux
- anesthésiques locaux
- paracétamol par voie orale ou rectale,
- antifongiques locaux,
- collyres antiseptiques, antibactériens et antiviraux sans anesthésiques, sans corticoïdes et sans vasoconstricteurs,
- vitamines et sels minéraux par voie orale,
- topiques à activité trophique et protectrice
- vaccins (vaccin et immunoglobulines anti-hépatite B, BCG).

Source : Liste de prescription de la Sage-femme. JO 20-10-2011

Annexe n°5

Entretien avec des sages-femmes libérales

Anne-Charlotte Néron-Bancel, diplômée en 2013, sage-femme en maison médicale depuis septembre 2013

- 1) Quelle place pour le suivi du nouveau-né et du nourrisson dans votre pratique quotidienne ?

J'en fais presque autant que mes autres activités (PNP, suivi de grossesse, rééducation). Il y a beaucoup de demandes, surtout de la part de femmes que je suivais pendant la grossesse. Il s'agit surtout de rassurer. Je sais voir quand ça va bien et orienter vers un médecin ou les urgences quand c'est pathologique et que ça dépasse mes compétences. Parfois ce sont les médecins eux-mêmes qui m'envoient des patientes.

Les mères se confient beaucoup : j'ai l'impression qu'elles ne peuvent se confier à personne d'autre sur ces sujets ! Cela demande beaucoup de disponibilité, il faut accepter de prendre du temps. Parfois il faut revoir la maman avec son bébé plusieurs jours d'affilée. Elles ont besoin de se sentir vraiment accompagnées.

- 2) Vous sentez-vous assez formée ?

Non. La formation initiale théorique est assez complète, mais il n'y a pas du tout assez de pratique. Il faudrait faire plus de stage auprès de puéricultrices, qui sont beaucoup plus en contact avec les bébés. Nous ne connaissons pas vraiment les bébés en sortant de l'école. Il faut savoir évaluer la relation maman-bébé et la soutenir, ce qui s'acquiert à force d'observation et par l'expérience.

Pour ce qui est de la formation continue, il y a beaucoup de propositions concernant l'allaitement, mais pour le reste, pas grand-chose.

En fait tout ce que je sais je l'ai appris au contact des mères, en les écoutant.

- 3) Que vous manque-t-il comme contenu de formation ?

J'aurais besoin de savoir plus concrètement à qui m'adresser en fonction des symptômes observés : médecin, urgences directement ? Par exemple, que repérer à l'auscultation pulmonaire pour dire qu'il est urgent de consulter ?

Je pense que plus qu'une formation théorique, c'est un échange d'expérience avec d'autres sages-femmes qui serait intéressant.

Béatrix Boisseau-Ratouis, sage-femme libérale depuis 14 ans

1) Quelle place pour le suivi du nouveau-né et du nourrisson dans votre pratique quotidienne ?

Cela ne constitue pas une part très importante de mon exercice. Mais en tant que sage-femme libérale, nous avons une place privilégiée dans la mesure où nous connaissons les couples dès avant la naissance, en étant même souvent allés les voir au domicile. Nous les connaissons donc mieux que par le seul biais d'une consultation médicale, presque dans leur intimité. Cette proximité favorise la confiance et leur ouvre un espace pour poser des questions qu'ils n'auraient peut-être pas osées ou pas eu le temps de poser au médecin. C'est aussi un atout pour dépister des changements, une éventuelle maltraitance.

Je profite aussi de cet accompagnement pour montrer à la mère les compétences de son bébé, les possibilités et les outils d'éveil dont les jeunes mères n'ont pas toujours idée.

1) Vous sentez-vous assez formée ?

C'est surtout par mon expérience que j'ai progressé dans la connaissance du nouveau-né, je m'appuie sur mon bon sens. La population est culturellement de plus en plus variée. Cela nécessite une écoute et une grande adaptabilité. Mon discours doit être entendable et correspondre à la particularité du couple avec ses traditions, ses habitudes, ses besoins propres.

Jacqueline Lavillonnière, sage-femme libérale et formatrice au sein de l'association Réseau et Famille (programme DPC)

« J'ai découvert dans mon exercice libéral l'importance de mon rôle auprès des parents pour l'accompagnement de l'enfant en bonne santé pendant les premiers mois de vie voire au-delà d'un an.

Il ne s'agit pas de se substituer au médecin traitant ou au pédiatre mais de répondre à une foule de questions auxquelles ces praticiens ne répondent pas ou peu. C'est très souvent rassurer et parfois éviter une consultation aux urgences faute d'avoir eu rapidement accès à un médecin.

Je donne une formation sur ce sujet et la demande des SF de cette formation ne fait qu'augmenter chaque année. C'est une évolution récente car lorsque j'ai proposé ce programme l'immense majorité des SF pensait que ce suivi des nourrissons en bonne santé n'était pas de leur compétence. En effet les SF libérales sont de plus en plus sollicitées dans ce domaine, or si la formation initiale aborde bien puériculture et pédiatrie, elle vous donne peu d'espace pratique dans ce domaine où nous jouons essentiellement un rôle d'éducation en santé primaire. »

Résumé

Connaissances des mères à propos des problèmes de santé du nouveau-né

Introduction : La période néonatale nécessite une surveillance particulière. Les professionnels de la périnatalité doivent transmettre aux parents les informations essentielles à la bonne santé du nouveau-né. Cependant le recours aux urgences pédiatriques pour des motifs non urgents augmente. Cette étude a pour objectif d'évaluer les connaissances des mères sur les incidents et pathologies du premier mois de vie.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective descriptive réalisée par questionnaire auprès de 157 accouchées francophones du CHU d'Angers entre le 21 octobre et le 16 décembre 2013. L'étude excluait les patientes dont le nouveau-né était hospitalisé. Le critère de jugement principal était les connaissances des mères à propos des incidents digestifs, de l'ictère et des signes d'alertes d'infections et cardiopathies. Le critère de jugement secondaire était le taux de recours aux urgences.

Résultats : La plupart des mères avaient de bonnes connaissances théoriques sur les incidents digestifs. 90% savaient qu'il est important de surveiller l'ictère. 5 % disaient aller aux urgences dans les situations ne nécessitant pas d'avis médical, 13,5% dans les situations nécessitant un avis médical ni urgent ni spécialisé et 53,5% dans les situations réellement urgentes.

Conclusion : Cette étude a mis en évidence la pertinence des connaissances théoriques des mères à propos du nouveau-né. Dans l'ensemble, les mères préféraient consulter un professionnel de santé de proximité en première intention : l'engorgement des urgences pédiatriques montre sans doute un besoin d'être rassurées. La sage-femme trouve ici toute sa place en tant que professionnel de la physiologie du nouveau-né et de la mère.

Mots-clés : nouveau-né, urgences pédiatriques, connaissances maternelles, préparation à la naissance et à la parentalité.

Abstract

Mothers' knowledge about neonatal diseases

Introduction: The neonatal period needs a special supervision. Perinatal professionals have to impart some basic information to young parents, for the newborn's good health. However non-acute presentations to the pediatric emergency department are increasing. We undertook a study to assess mothers' knowledge about incidents and pathologies of the first month of life.

Method: A prospective survey was conducted among approximately 157 women just after delivery at the Angers hospital between October 21th and December 16th, 2013. When the newborn was hospitalized, the mother was excluded of the study. The main outcome measure was mothers' knowledge about digestive incidents, jaundice, and warning signs for infections and heart diseases. The secondary outcome measure was the rate of use of the emergency department.

Results: Most mothers had a good theoretical knowledge about digestives incidents. 90% of them knew the importance of jaundice supervision. 5% said that they would go to the emergency department for a problem which would not require medical examination, 13,5% for a problem which would require medical examination neither urgent nor specialized, and 53,5% for an acute problem.

Conclusion: This survey brought out the relevance of the mothers' theoretical knowledge about the newborn. On the whole, mothers preferred to consult a near health professional in first-line: the number of non-acute visits to the pediatric emergency department shows probably a need to be reassured. The midwife has an important office as physiology professional for both the newborn and his mother.

Key words: newborn, pediatric emergency department, mothers' knowledge, childbirth and parenthood education.