

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

Thèse n°

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le Jeudi 21 Décembre 2017 à Poitiers
par Madame **LONGUET Cécile**

**Médecin généraliste et nouveau-né : qu'en pensent les mamans ? A propos
d'une étude menée à la maternité d'Angoulême en Charente.**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY
Monsieur le Docteur Yann BRABANT
Monsieur le Docteur Jacky CUZZI

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jacky CUZZI



Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Gomes Da Cunha, merci de l'honneur que vous me faites en présidant mon jury de thèse et en acceptant de juger mon travail. Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

A Monsieur le Docteur Parthenay, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et de partager avec moi votre analyse experte. Recevez ici ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Brabant, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et de l'intérêt que vous portez à mon travail. Recevez ici toute ma reconnaissance et mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Cuzzi, merci d'avoir dirigé ma thèse. Merci d'avoir cru en moi pour ce travail et merci pour votre enseignement en pédiatrie toujours passionnant. Recevez ici ma plus haute considération et toute ma reconnaissance.

A Mesdames Defrance et Idier-Thomas pour votre implication dans ce travail et votre aide précieuse dans la distribution des consentements et des questionnaires.

A toutes les jeunes mamans de Charente ayant accepté de répondre au questionnaire. Merci, car votre participation a été essentielle pour la réalisation de ce travail.

A tous mes Maitres de stage en hospitalier, merci d'avoir contribué à ma formation de médecin généraliste. Merci à l'équipe de pédiatrie du CH d'Angoulême qui m'a vue faire mes premiers pas en tant qu'interne. Merci à l'équipe de maladies infectieuses du CHU de Poitiers pour votre accueil dans votre service et merci pour cette formation précieuse en infectiologie. Merci à l'équipe des urgences du CH de Saintes de m'avoir fait découvrir et même aimer le travail aux urgences, toujours dans la bonne humeur. Merci à l'équipe de gériatrie du CH de La Rochelle de m'avoir accueillie à bras ouverts dans votre service et de m'avoir enseignée votre discipline.

A mes Maitres, médecins généralistes, Madame le Docteur Brethenoux, Madame le Docteur Laidet et Monsieur le Docteur Barret pour ce stage à vos côtés. Merci de m'avoir guidée vers la médecine générale et merci pour vos précieux conseils tout au long de ce semestre.

Au Dr Pezet, mon ophtalmologiste qui m'a donnée envie de faire ce beau métier de médecin.

A mes collègues actuels, Madame le Docteur Vandpradelles, Monsieur le Docteur Norbert et Monsieur le grand chef Docteur Galvez, merci de m'avoir laissée travailler sereinement ma thèse et merci pour votre professionnalisme et votre aide quotidienne. Sans oublier Madame le Docteur Chaumet, ma collègue de bureau, merci pour ta disponibilité, ta bonne humeur et ta gourmandise.

A mes co-internes, merci pour ces belles rencontres et ces beaux souvenirs partagés.

A Laura, ma cruella depuis le premier jour d'internat. Merci pour cette magnifique rencontre, ces beaux moments passés à tes côtés et tous ces fous-rires. Merci d'être toujours présente dans les bons et les mauvais moments. Merci de me soutenir dans tous ces 10km et bien plus. Une amitié en or qui va durer encore et encore.

A Justine et Margot, merci pour cette colocation à Poitiers et tous ces bons moments passés et à venir.

A Anna, Jeanne, Julie, Manu, Thomas, David, Thibaut et tous les autres, merci de m'avoir aidée à aimer ma nouvelle région. Vous avez fait de mes trois ans d'internat un moment inoubliable. Merci à tous.

A mes amis poitevins,

A Manon, ma coloc' adorée. Merci pour ces six mois inoubliables à La Rochelle. J'ai trouvé en toi une personne en or, merci pour ces longues soirées passées à refaire le monde en discutant ou en dansant, pour ces sorties footing ou vélo et tout ce soutien. Une amitié chère qui ne fait que commencer.

A Marianne et Wiwi pour votre bonne humeur. Merci pour toutes ces soirées sushis/ jeux de société qui ne sont pas prêtes de s'arrêter.

A mes desperates, Edwige, Emilie, Flopie, Marie, Marine et Milka pour ces beaux week-end entre filles et ces heures de shopping pour décompresser. Merci d'être là.

A mes amis clermontois,

A Orianne, ma copine de P1, merci pour ta présence depuis le début des études, merci pour ton soutien inconditionnel, merci pour ta joie de vivre et ton amitié. Merci de me faire l'honneur d'être ta témoin. Dix belles années d'amitié qui en annoncent encore de nombreuses je l'espère. A Nicolas, merci d'aimer ma copine Orianne et merci d'être devenu mon ami.

A Titi, Malvi, Juju, merci pour votre fidèle amitié.

A Sophie, ma copine de soirées et bien plus. Merci pour ta folie et nos soirées dansantes. Quel honneur pour moi de devenir marraine du plus beau des filleuls : Matthieu. Merci pour votre confiance avec Pierre.

A Alexane, Elodie, Jessica, Maëlle, Marine, Tiphaine, Yvan, Jean-Mathias, merci de m'avoir accompagnée pendant les six premières années de médecine et merci de me soutenir encore aujourd'hui. Votre amitié m'est précieuse.

A mes amis d'enfance,

A Marine, ma gaga-girl. Malgré la distance, nous avons conservé ce lien fort qui nous uni. Merci pour tous ces délires, ces fous-rires et ces beaux moments. Merci pour ton soutien sans faille et ton amitié unique.

A Marine, ma jumelle de cours de récréation. Que de chemin parcouru pour nous deux depuis les bancs de l'école primaire. Merci pour ta fidélité et ton amitié irremplaçable.

A Mathieu, mon binôme depuis le collège. Merci de m'avoir aidée à prendre confiance en moi. Malgré la distance on ne s'oublie pas et c'est toujours un plaisir de se retrouver.

A Camille K, ma super voisine, à Marie-Eva, ma pianiste adorée et à tous les autres qui m'ont aidée à devenir qui je suis.

A mes professeures de danse et de piano, Blandine et Mme Segondi pour m'avoir enseignée la rigueur et le sérieux.

A ma famille, pour son aide irremplaçable.

A mes parents, sans qui je n'aurai jamais pu faire ce travail. Merci de m'avoir éduquée dans une famille pleine d'amour et de valeurs. Merci de m'avoir toujours encouragée et soutenue dans mes projets. Merci pour tout.

A ma petite soeur, Hélène, merci d'être la petite soeur rêvée. Merci pour ton soutien inconditionnel. Je suis heureuse d'être ta soeur et je suis très fière de ton beau parcours. Merci pour tout ma Sister adorée. A Paul, merci d'aimer ma soeur comme elle le mérite et de la rendre chaque jour plus heureuse. Et merci pour tes conseils en informatique qui m'ont fait gagner un temps précieux.

A Lucien, mon compagnon, merci pour ces belles années passées à tes côtés qui en annoncent de nombreuses autres. Merci d'accepter que mon travail prenne une place importante dans ma vie, merci de me soutenir, de me faire rire et de m'aimer de la plus belle des manières. Merci pour ton soutien sans faille et merci d'accepter de vivre à mes côtés. Merci pour tout. Je t'aime fort.

A ma belle-famille, merci de m'avoir accueillie si chaleureusement parmi vous.

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE	10
I) INTRODUCTION	11
1) Historique	11
2) Notion de sortie précoce	16
3) Transfert des compétences de l'hôpital à l'ambulatoire autour de la maternité du CH d'Angoulême	20
4) Exemples de prise en charge à l'étranger	22
a- Expériences malheureuses	22
b- Expériences heureuses	23
5) Problématique	24
II) OBJECTIFS PRINCIPAL ET SECONDAIRES	25
1) Objectif principal	25
2) Objectifs secondaires	25
III) METHODE	26
1) Population cible	26
a- Critères d'inclusion	26
b- Critères de non-inclusion	26
2) Type et durée de l'étude, taille de la population	27
3) Respect des règles d'éthique	27
4) Recueil des données	28
IV) RESULTATS	29
1) Caractéristiques de la population étudiée	29
2) Choix du médecin traitant	29

3) Nombre d'interventions du médecin généraliste et conseils donnés aux mamans	31
a- Nombre de consultations	31
b- Conseils donnés aux mamans	32
4) Intervention d'un autre professionnel de santé	34
a- Différents professionnels de santé	34
b- Raisons ayant motivé l'intervention d'un autre professionnel	35
V) DISCUSSION	37
1) Limites de l'étude	37
2) Point forts de l'étude	37
3) Population étudiée	38
4) Choix du médecin traitant	39
a- Choix tourné vers un médecin généraliste	39
b- Critères de choix du médecin généraliste comme médecin traitant	41
5) Interventions du médecin généraliste	41
a- le médecin généraliste : premier intervenant dans la prise en charge des nouveaux-nés	42
b- motifs de consultation du médecin généraliste	43
c- Le médecin généraliste au centre d'un réseau de soins	44
VI) CONCLUSION	46
VII) BIBLIOGRAPHIE	47
VIII) ANNEXES	56
IX) RESUME	59
X) SERMENT	60

GLOSSAIRE

AFDPHE : Association Française pour le Dépistage et la Prévention du Handicap de l'Enfant

AFPA : Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation et l'Evaluation de Santé

AUDIPOG : Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Périnatalogie, Obstétrique et Gynécologie

CH : Centre Hospitalier

CNEMM : Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle

CNNSE : Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant

CPDPN : Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal

DREES : Direction de la recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DOMINO : Domicil In and Out

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

InVS : Institut de Veille Sanitaire

JORF : Journal Officiel de la République Française

MG : Médecin Généraliste

MSA : Mutualité Sociale Agricole

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Médicale Infantile

PRADO : Programme d'Accompagnement du Retour au Domicile

RSI : Régime Social des Indépendants

SFP : Société Française de Pédiatrie

SROS : Schémas Régionaux d'Organisation des Soins

I) INTRODUCTION

1) Historique

La prise en charge et l'accompagnement de la mère et de l'enfant avant, pendant et après la naissance ont fait l'objet de mise en place de programmes successifs.

C'est au début des années 1970 que le premier plan de périnatalité a vu le jour en France [1]. Le plan de soin, à cette époque est peu structuré. La loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant sur la réforme hospitalière fait apparaître une carte sanitaire [2,3,4]. La même année, la loi n° 70-633 du 15 juillet 1970 relative à la « délivrance obligatoire de certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs » voit le jour [5]. On assiste à une évolution importante de la pratique médicale et particulièrement périnatale avec l'apparition et le renforcement de nouvelles techniques, garantes de la sécurité des professionnels de santé et des patients, associée à l'introduction de la dimension émotionnelle pour les naissances. Le concept de périnatalité en France est défini par l'OMS (organisation mondiale de la santé) comme la période entre le 154ème jour de la gestation et le 7ème jour après la naissance [6,2].

Les principaux objectifs du premier plan de périnatalité créé entre 1971 et 1976, puis reconduit jusqu'en 1981, sont : l'amélioration de la surveillance prénatale, l'amélioration de la surveillance de l'accouchement, la réanimation des nouveau-nés en salle de travail, ainsi que la création de centres de réanimation néonatale [7,8,9].

Pendant la période de 1980 à 1992, les lois de décentralisation confirment la structure départementale des PMI (protection médicale infantile) et une nouvelle loi sur la réforme hospitalière (loi n° 91-748 du 31 juillet 1991) engendre la mise en place des schémas régionaux d'organisation de soins (Sros), des projets d'établissements et des contrats d'objectifs et de moyens.

En 1980, créé par le Professeur Claude Sureau, le premier dossier périnatal commun apparaît [10], s'inscrivant dans un contexte d'évolutivité importante du concept de périnatalité avec l'apparition de l'échographie et de nouvelles techniques de prélèvements foetaux. Devant des résultats pas aussi satisfaisants qu'escomptés [11], (détérioration des indicateurs de santé, inégalité des maternités, décalage de la France par rapport à d'autres pays européens sur la mortalité périnatale, mortalité

maternelle), que l'on retrouve dans le rapport du haut comité de santé publique de 1993 [11,12], on voit apparaître courant 1994 les réseaux sentinelles type AUDIPOG (Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Périnatalogie, Obstétrique et Gynécologie) afin de pouvoir surveiller la santé périnatale en France et ainsi pouvoir orienter la politique sanitaire. Les réseaux AUDIPOG sont constitués de groupes de maternités publiques ou privées volontaires, répartis en six zones géographiques. Leurs résultats sont superposables à ceux des études en population, même s'ils sont biaisés notamment par la fluctuation des établissements participants [13,14].

Au-delà des exigences de sécurité et des moyens à la naissance dans les maternités, le Haut Comité de la santé publique insiste sur la nécessité de poursuivre la réflexion dans deux directions : - les conditions du suivi et de la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance ;
- l'organisation des filières et l'amélioration de l'accessibilité de la prise en charge, notamment pour les femmes les plus défavorisées.

C'est ainsi que le concept de périnatalité revient au coeur des débats et qu'un nouveau plan de périnatalité pour cinq ans est créé en 1998 [11]. Ses principaux objectifs s'articulent autour de la notion de risque (diminuer la mortalité maternelle de 30 %, abaisser la mortalité périnatale de 20 % au moins, réduire le nombre des enfants de faible poids de naissance de 25 %, réduire de moitié le nombre de femmes enceintes peu ou pas suivies au cours de la grossesse) et débouchent sur une réforme des établissements accueillant les futures mamans. Toujours en 1998, sont promulgués les décrets portant sur la sécurité des naissances et les normes des établissements. Il en découle donc l'apparition de quatre types d'établissement en fonction du niveau de risque des patientes accueillies [2,3,15,16]:

=> Les maternités de type I assurent, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, les accouchements ainsi que les actes de chirurgie liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance.

=> Les maternités de type II A et II B sont situées dans un établissement disposant d'un service de pédiatrie et/ou de médecine néonatale.

=> Les maternités de type III sont situées dans un établissement (centre hospitalier universitaire ou non) disposant d'une unité individualisée de soins intensifs ou d'un service de réanimation pédiatrique ou néo-natale.

Le concept de périnatalité se développe rapidement et on voit apparaître en même temps un comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) et des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) [17,18]. La vision change progressivement avec toutes ces avancées et l'objectif est maintenant basé sur une gestion du risque fondée sur un dépistage précoce des pathologies et une orientation des futures mamans vers une maternité avec un niveau de soins approprié.

Progressivement, les résultats obtenus en termes de mortalité et de morbidité sont insuffisants [19], les gynécologues obstétriciens et anesthésistes ne sont plus assez nombreux pour assurer les exigences des décrets de 1998, les sages-femmes manifestent pour une reconnaissance statutaire et financière, et les médecins généralistes ont été totalement exclus du suivi de la grossesse. En outre, les usagers dénoncent un manque d'informations et de dialogues autour d'une prise en charge « hypertechnique » de la grossesse et de l'accouchement. Ces informations sont relatées par le comité national de la naissance créé en 2001 pour effectuer le suivi de la mise en oeuvre du plan de périnatalité [19].

Devant cette situation, le ministre de la santé de l'époque, M. Mattei propose de faire l'état des lieux de la situation [3,9,20]. Le rapport est rendu en Juillet 2003 et les principales propositions qui en découlent sont intégralement reprises dans le plan de 2005. Il en ressort que ce sont les caractères physiologique et naturel de la grossesse et de la naissance qui doivent être mis en avant, même si depuis les années soixante dix c'est plutôt la notion de risque voire de haut risque qui était prise en compte. Un nouveau slogan s'installe donc : « faire plus et mieux dans les situations à haut risque et moins et mieux dans les situations à faible risque » dans le cadre du nouveau plan de périnatalité de 2005 à 2007. Quatre mots clés s'en dégagent : humanité, proximité, sécurité et qualité. Ainsi, ce nouveau plan cherche à donner les moyens aux professionnels de santé à mieux répondre aux besoins d'écoute et d'information qu'expriment les parents.

Il se compose de 4 grands axes que nous allons détailler brièvement afin de comprendre le changement radical qui est en train d'opérer durant ces années [21].

=> 1er axe : porte sur l'humanisation de la naissance. Il est mis en place un entretien individuel (et/ou en couple) prénatal précoce, autour du 4ème mois de grossesse permettant une meilleure prise en compte de l'environnement physiologique de la grossesse (d'après la circulaire du 4 juillet 2005). Les usagers participent à la définition, au suivi et à l'évaluation de la politique périnatale, ainsi l'information qui leur est délivrée peut être optimisée. En découle donc une amélioration de la prise en charge des femmes enceintes dans la précarité, une expérimentation des maisons de naissance et un accompagnement spécifique des couples faisant face à des situations de handicap (suivi psychologique de la grossesse).

=> 2ème axe : concerne l'organisation pré et post natale, assurant la proximité des professionnels tout en veillant à la complémentarité et la coordination des soins. On voit se renforcer et s'étendre les centres périnataux de proximité et on voit se développer des réseaux de périnatalité. Les services de PMI font plus que jamais partie de la prise en charge.

=> 3ème axe : favorise la sécurisation de l'accouchement. Il est effectué une mise aux normes des différents établissements de santé, un renforcement et une amélioration des transports pour y accéder, ainsi qu'une amélioration de la prise en charge des futures mamans aux urgences.

=> 4ème axe : promulgue les démarches qualité et la gestion des risques dans les réseaux de périnatalité. L'échographie foetale apparaît comme un outil clé dans la détection des risques, et est ainsi mise au centre de la prise en charge de la surveillance de la grossesse.

Ce plan s'appuie entre autre sur l'arrêté du 23 Mars 2006 [22], qui positionne le médecin traitant au coeur du dispositif de coordination et de prévention de la grossesse et de l'accouchement en insistant particulièrement sur le dépistage de facteurs de risque pendant la grossesse. Toutes ces évolutions tendent à redonner confiance aux parents et essaient de répondre aux demandes faites par les professionnels de santé et les usagers au moment de l'état des lieux de 2002.

Parallèlement, l'Agence nationale d'accréditation d'évaluation en santé sur la sortie précoce publie des recommandations en Mai 2004 [23]. En effet, le pays est dans un contexte de manque de professionnels de santé et de manque de places dans les maternités, ce qui tend à réduire la durée de séjour hospitalier, tendance en accord

avec la demande des usagers qui souhaitent prioriser le côté physiologique de la grossesse et de l'accouchement. Ces recommandations s'adressent principalement aux professionnels de santé et aux structures d'accueil afin d'améliorer la prise en charge périnatale. Elles proposent un entretien au 4ème mois de grossesse afin de délivrer une information claire orale et écrite sur les critères et les risques d'une éventuelle sortie précoce de la maternité.

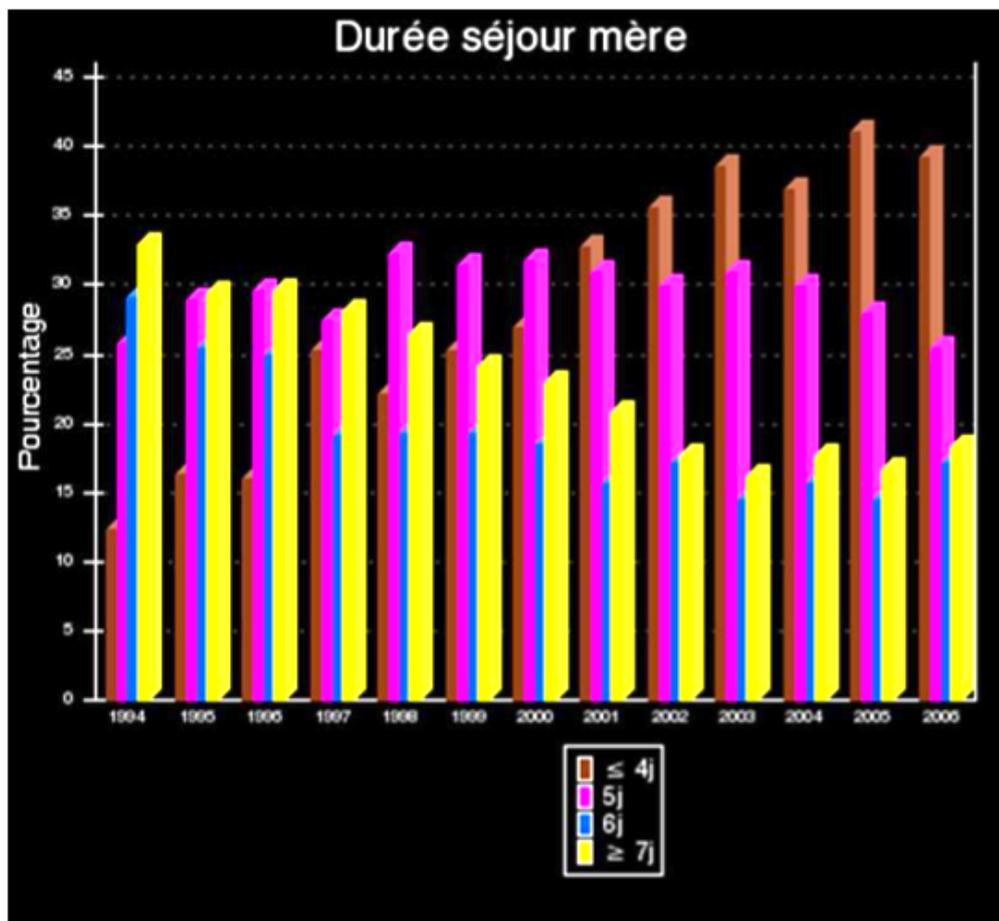


Tableau 1 : Source AUDIPOG

L'évolution est en marche et chemine dans le respect du caractère physiologique de la grossesse et de l'accouchement tout en minimisant les risques et en les prenant en charge de la meilleure façon possible. Les réseaux de périnatalité vont totalement dans ce sens et il est donc créé en 2008 un cahier des charges pour ces réseaux afin de définir parfaitement leurs rôles [4,8].

La population concernée représente les femmes enceintes, les conjoints et les nouveaux-nés en période périnatale et tout au long du suivi, si une vulnérabilité est

repérée ou suspectée. Pour assurer une bonne coordination entre les différents acteurs du réseau et les structures départementales, il est créé un comité de pilotage constitué de médecins de PMI ou de sage-femmes territoriales. Chaque réseau correspond à une aire géographique et les différents réseaux s'articulent entre eux dans le respect des principes éthiques du Groupe Européen d'éthique [24].

Ce cahier des charges définit les critères pour une sortie de maternité. En effet, cette sortie est une décision médicale, prise en accord avec les parents, le pédiatre et l'équipe obstétricale, sans impératif administratif. Les sorties précoces commencent à apparaître et donnent lieu à la remise d'un document de liaison (transmission d'une synthèse du dossier périnatal au médecin généraliste) adapté et choisi par le réseau. Il y a dans ce dernier cas une consultation avec le réseau qui doit être effectuée entre le 8ème jour et le 15ème jour de retour au domicile.

2) Notion de sortie précoce

La durée moyenne du séjour hospitalier dans le cadre d'un accouchement diminue donc de plus en plus et il faut faire attention à maintenir une bonne prise en charge globale de l'enfant et de la maman. Des programmes d'accompagnement sont mis en place, notamment le PRADO (programme d'accompagnement du retour à domicile) initié dans quelques régions en 2010 puis élargi à toutes les régions de France à partir de 2012 [25,26].

Ce programme se présente en 3 étapes [27]:

1- Pendant la grossesse

La future maman est informée de cette offre de service dans le cadre du parcours maternité, et lors de la consultation du 8ème mois (remise de la plaquette d'information par l'équipe médicale de l'établissement).

Dès sa déclaration de grossesse, la femme enceinte bénéficie d'une information sur son espace personnel sur ameli.fr, espace « grossesse », avec possibilité de préinscription en ligne au service.

2- Le lendemain de l'accouchement

L'équipe médicale :

- Évalue l'éligibilité du couple mère-enfant sur des critères médicaux objectifs
- Transmet le résultat de l'éligibilité au conseiller
- Détermine la date de sortie
- Transmet à la patiente une lettre de sortie

Le conseiller :

- Présente l'offre à la patiente
- Si la mère accepte l'offre, lui fait signer la lettre d'adhésion
- Lui présente une liste de sages-femmes : la patiente fait alors son libre choix
- Lui propose l'affiliation du nouveau-né
- Contacte la sage-femme choisie pour connaître ses disponibilités et organise le premier rendez-vous

3- A domicile

Le jour de la sortie, l'équipe médicale remet à la patiente la lettre de sortie contenant les informations utiles à la sage-femme libérale. Le comité national de la naissance et de la santé de l'enfant crée un groupe de travail afin d'articuler ses préconisations avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour améliorer le suivi post natal. En Juin 2013, un nouveau document est édité pour mettre en place de nouvelles mesures tel que l'élargissement de la prise en charge par le PRADO des femmes avec la Mutualité Sociale Agricole (MSA) ou le Régime social des indépendants (RSI) (initialement réservé aux femmes assurées du régime général). Devant des durées d'hospitalisation de plus en plus courtes, des définitions de « sortie précoce de la maternité » qui apparaissent, une augmentation majeure de l'utilisation de toutes les mesures en rapport avec la périnatalité, l'HAS publie des recommandations en mars 2014 pour encadrer les sorties de la maternité. La population ciblée est clairement définie : ce sont les couples mère-enfant à bas risques médical, psychique et social [6,23].

Bas risque maternel pour une sortie après un séjour standard :

	Critères
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addiction et de dépendances sévères
2	Soutien familial et/ou social adéquat
3	Absence de pathologie chronique mal équilibrée
4	Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu
5	Si hémorragie du post-partum immédiat, celle-ci a été contrôlée et traitée (si nécessaire)
6	Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection
7	Absence de signes thromboemboliques
8	Douleur contrôlée
9	Instauration d'un lien mère-enfant de bonne qualité

Tableau 2 : Source HAS

Bas risque maternel pour une sortie précoce :

	Critères
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addiction et de dépendances sévères
2	Soutien familial et/ou social adéquat
3	Absence de pathologie chronique mal équilibrée
4	Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu
5	Absence d'hémorragie sévère du post-partum immédiat ***
6	Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection
7	Absence de signes thromboemboliques
8	Douleur contrôlée
9	Interactions mère-enfant satisfaisantes
10	Accord de la mère et/ou du couple

Tableau 3 : Source HAS

Bas risque pédiatrique pour une sortie après un séjour standard :

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

Tableau 4 : Source HAS

Bas risque pédiatrique pour une sortie précoce :

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

Tableau 5 : Source HAS

L'HAS définit alors une durée de séjour standard entre 72 et 96 heures après un accouchement voie basse et entre 96 et 120 heures après une césarienne et une sortie précoce si celle-ci se fait avant 72 heures après un accouchement voie basse et avant 96 heures après une césarienne [6,8,23].

3) Transfert des compétences de l'hôpital à l'ambulatorio autour de la maternité du CH d'Angoulême

D'après de nombreuses études faites à l'étranger, dans le cas d'un bas risque bien défini, la durée de séjour semble peu discriminante sous conditions d'un suivi médical approprié [16,28].

Il faut alors préparer la sortie de la maternité dès le troisième trimestre de grossesse, pendant les cours de préparation à la naissance, la consultation prénatale et le séjour à la maternité. Il apparaît alors une notion de « référent du suivi » et de « référent de la maternité ». La sortie précoce se fait à la demande du couple et en accord avec les critères cités ci-dessus. Il faut que les critères maternels et pédiatriques soient remplis puisque la sortie se fait autant que possible le même jour pour la mère et l'enfant. La prévention notamment de l'hyperbilirubinémie sévère est d'autant plus importante que les nouveaux-nés sont à domicile pendant la période à risque. Il est donc réalisé pendant le séjour à la maternité une évaluation du risque avec un profil évolutif de l'ictère pour organiser au mieux les modalités du suivi. Les parents reçoivent une information claire sur les signes d'alerte et le circuit à suivre pour consulter en cas de doute. Toutes ces informations sont notées dans le carnet de santé de l'enfant [29,30,31].

Une concertation a lieu entre le référent du suivi, le référent de la maternité et le couple afin de s'assurer du bon suivi après la sortie [32,33]. Un entretien post-natal précoce est réalisé entre J8 et J15, l'examen du nouveau-né est programmé au 8ème jour de vie et l'examen de la mère est organisé entre la 6ème et la 8ème semaine après l'accouchement.

Le référent du suivi, qui peut-être une sage-femme ou un médecin traitant, est choisi par le couple en anténatal et a pour mission une bonne surveillance de la mère et de l'enfant.

A propos de la mère : il s'agit de surveiller le risque hémorragique, infectieux, d'hypertension artérielle, thromboembolique, de s'assurer d'une bonne cicatrisation, d'une mise à jour des vaccinations, et d'un suivi psychologique si cela s'avère nécessaire notamment.

A propos de l'enfant, il s'agit de dépister les pathologies néonatales, l'alimentation efficace et selon le cas, l'allaitement maternel, la bonne qualité du lien mère-enfant et la réalisation des dépistages réglementaires dans les délais corrects.

Ce suivi et cette prise en charge à domicile ne peuvent pas se faire dans le cadre d'une hospitalisation à domicile [34,35]. Le référent de la maternité remplit une feuille de liaison qui accompagne le couple mère-enfant pendant tout son suivi.

Lors d'une sortie après une durée standard d'hospitalisation, la 1ère visite pour l'enfant se fait dans la semaine après la sortie et une 2ème visite est recommandée dans les 3 semaines après la sortie. Dans le cas d'une sortie précoce, le suivi est très encadré afin de limiter les risques. Il y a donc 2 visites obligatoires : la première visite se fait 24 heures après la sortie et la 2ème est programmée par le référent du suivi en fonction des résultats de la première visite. Une 3ème visite est recommandée selon le référent mais non obligatoire.

D'après ces nouvelles recommandations, l'examen du nouveau-né devient obligatoire entre le 6ème et le 10ème jour et entre le 11ème et le 28ème jour. Ces consultations ont pour but de surveiller le poids, la prise alimentaire, la qualité de l'allaitement maternel s'il a lieu, l'absence d'ictère, l'absence de signe d'infection, l'absence de signe de détresse respiratoire et une bonne qualité du lien mère-enfant notamment.

A la maternité d'Angoulême [36], il est proposé à toutes les femmes qui le souhaitent un suivi par le PRADO (programme d'accompagnement du retour à domicile) une fois le retour au domicile, sortie précoce ou non [25,26]. Dans ce cadre, le référent du suivi est une sage-femme libérale choisie par la maman, et un médecin traitant (pédiatre ou médecin généraliste) est choisi pour effectuer les examens obligatoires du nouveau-né et coordonner le suivi [37].

Parallèlement, un projet pilote est évoqué pour une coordination entre l'hôpital d'Angoulême et les professionnels libéraux de Charente. Des groupes de travail pour soutenir la mise en place de formations pour les professionnels libéraux sur la

présentation du programme de collaboration et l'examen médical du huitième jour sont mis en place. Ce projet est créé notamment en collaboration avec le Réseau périnatal Poitou-Charente afin de constituer un réseau de proximité et d'identifier au mieux les besoins des futurs parents ainsi que leurs attentes et de trouver des réponses adaptées.

4) Exemples de prise en charge à l'étranger [16]

Cette notion de sorties précoces de la maternité existe déjà à l'étranger [38,39] et nous allons donc étudier les points positifs et négatifs des différentes expériences de nos voisins, afin d'adapter au mieux le plan de soins français.

a- Expériences malheureuses

Aux USA, la mise en place des retours à domicile précoces après un accouchement est un puissant échec qui s'est soldé par un allongement des durées d'hospitalisation obligatoire.

Le contexte était différent. Ce système a été mis en place sous la pression des familles qui souhaitaient une prise en charge à leur domicile devant des conditions d'hospitalisation qui se dégradaient. En effet, on assistait à cette époque à une pénurie de lits dans les hôpitaux et à des carences économiques majeures, ce qui débouche en 1970 à une diminution du temps d'hospitalisation.

Les organismes d'assurance de santé se mettent alors à faire pression et diminuent le temps de prise en charge d'hospitalisation remboursé. Ce temps passe de 24 à 12 heures selon les différentes assurances, sans suivi particulier au domicile, à partir de 1980.

Ce glissement progressif a débouché sur la ré-apparition de nouvelles complications gravissimes, qui avaient presque disparu, tel que l'ictère nucléaire par exemple.

En 1992, la durée moyenne d'hospitalisation en post-partum était alors de 2,7 jours, et sur le plan pédiatrique, les complications étaient de plus en plus nombreuses. L'American Academia of Pediatrics émet donc des « guidelines for perinatal care » et instaure un registre de surveillance des ictères nucléaires [40,41].

Enfin, en 1995 dans l'état du Maryland puis en 1996 au niveau fédéral, il est voté une loi de protection de la mère et de l'enfant « mothers and infants Health security Act ». Cette loi oblige les compagnies d'assurance à prendre en charge l'hospitalisation de la mère et de son enfant, 48 heures pour un accouchement voie basse et 96 heures pour une césarienne, à compter du lendemain de la naissance. La sortie est désormais décidée en accord entre les professionnels de santé et les parents, en fonction de critères bien définis, et le suivi à domicile doit être organisé précisément. L'évaluation réalisée à 5 ans de cette nouvelle loi démontre qu'il est nécessaire d'effectuer des améliorations dans la prise en charge du bien être et pas seulement dans la prévention des complications et des catastrophes.

Les durées d'hospitalisation se sont donc stabilisées, en 2003 des durées moyennes autour de 2,3 jours pour les accouchements par voie basse et 4 jours pour les césariennes, un peu plus long donc que ce que l'on propose actuellement en France lors de sorties précoces [42,43].

Cette conclusion est en accord avec le rapport rendu en Juillet 2003 en France.

Le contexte de mise en place de ce système semble très important et le suivi au domicile paraît déterminant dans la réussite de cette prise en charge [44].

b- Expériences heureuses

Plusieurs expériences étrangères ne montrent pas d'augmentation significative des complications lors de la diminution du temps de séjour à la maternité.

Au Canada, les motivations pour les sorties précoces étaient principalement économiques et les recommandations ont été faites en 1997. La diminution du temps d'hospitalisation a été progressive et la préparation à la sortie se fait dès la période anténatale. La durée moyenne de séjour est actuellement de 2,4 jours mais le décompte commence au jour de l'admission à la maternité et non au jour de l'accouchement [45,46].

En Hollande il existe plusieurs échelons (trois) en fonction du risque médical. Le plus bas risque, c'est à dire les femmes suivies par une sage-femme seule pendant toute leur grossesse accouchent à domicile. La sage-femme est assistée d'une infirmière

spécialisée, 8 heures par jour pendant 8 jours après la naissance, pour aider la maman. Elle est financée principalement par les organismes de santé de Hollande.

En Angleterre, le couple établit un « birth plan » avec l'aide de son médecin traitant, dès le début de la grossesse, pour encadrer le suivi, qui peut être fait par un médecin ou une sage-femme. La maman peut accoucher à domicile ou dans des maisons de naissances. Il existe le programme DOMINO (domicil in and out), qui prévoit, pour les patientes qui le souhaitent, le suivi du travail à la maison, l'accouchement à l'hôpital le plus proche et un retour à domicile 6 heures après. Dans ces cas là un suivi de 10 jours en postnatal à domicile est organisé [16].

Bien sûr, aucune de ces situations n'est comparable, du fait notamment de la grande diversité des systèmes de santé [47,22]. Chaque pays s'adapte aux rouages de son système mais on s'aperçoit que l'organisation du suivi à domicile est un élément déterminant dans la réussite d'une sortie précoce de la maternité [48].

5) Problématique

L'évolution des pratiques a conduit à la mise en place des sorties précoces en France. L'organisation du suivi au domicile est primordial pour que d'une part, la continuité et la coordination des soins soient optimisées et d'autre part, la sensation d'encadrement des mamans ne soit pas diminuée. Les jeunes mères demandent aussi souvent un soutien différent de celui d'un acte visant à soigner. Le soutien autrefois apporté par la famille au sens large (grands-parents, tantes, sœurs aînées, etc.) est en net recul. Les mamans se retrouvent parfois seules face à leurs angoisses, leurs questionnements dans la découverte d'un nouveau rôle et d'un nouveau monde pour lequel elles ont peu de références maternelles pour se rassurer.

Après une tendance à la surmédicalisation de l'accouchement, nous sommes actuellement plus sensibles au côté naturel de cet acte, sans pour autant diminuer la sensation d'encadrement des mamans.

Il est en train de s'opérer un transfert des compétences de l'hôpital vers le libéral et la prise en charge se déplace donc vers le domicile. Le médecin généraliste se voit

attribuer un rôle plus prononcé dans le suivi du nouveau-né et de la maman et devient à part entière un membre de l'équipe médicale pour la prise en charge. Cette tendance s'inscrit dans une conjoncture visant une réorganisation en vue de diminuer les coûts.

Il convient alors de se demander la place qu'occupent actuellement les médecins généralistes dans la prise en charge des nouveaux-nés. Nous avons pour cela, à l'aide d'une enquête directe auprès des mamans, cherché à mettre en évidence leurs attentes par rapport à la prise en charge de leur enfant pendant le premier mois et recherché d'éventuelles lacunes à combler.

II) OBJECTIFS PRINCIPAL ET SECONDAIRES

1) Objectif principal

Cette étude cherche à évaluer le nouveau rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du nouveau-né. Les besoins des usagers étant un des axes importants du plan de périnatalité, nous avons souhaité faire le point sur la place exacte que les mamans attribuent au médecin généraliste pour la prise en charge de leur nouveau-né au domicile.

L'objectif principal est de savoir pour quelles raisons les mamans sollicitent le médecin généraliste dans la prise en charge du nouveau-né durant le premier mois après la sortie de la maternité d'Angoulême, en Charente, quelque soit le mode de sortie (précoce ou non).

2) Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont multiples. Ils découlent entre autres du fait que les questionnaires sont destinés aux mamans et non aux médecins généralistes.

- rechercher la présence de failles dans la prise en charge des nouveaux-nés au domicile
- étudier le ressenti des mamans par rapport au suivi proposé pour leur enfant

- décrire les difficultés rencontrées par les mamans pour la prise en charge d'un nouveau-né lors de son arrivée au domicile
- rechercher la nécessité de faire entrer dans le suivi du nouveau-né d'autres professionnels de santé.

III) METHODE

1) Population cible

La collecte des données concerne les mamans du département de la Charente et plus précisément de la maternité du CH d'Angoulême, maternité de niveau IIB, au sein de laquelle les sorties précoces sont possibles depuis un peu plus d'un an. La maternité accueille en moyenne 1700 accouchements par an [36].

a- Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont toutes les femmes ayant accouché d'un nouveau-né à la maternité d'Angoulême, du premier avril au 31 août 2017, à terme, sans complication, quelque soit le mode d'accouchement et ayant accepté de signer le consentement afin de transmettre leurs coordonnées et donc d'entrer dans l'étude.

b- Critères de non-inclusion

Les critères de non-inclusion regroupent :

- La nécessité d'une hospitalisation en service de néonatalogie pour l'enfant
- Un accouchement non à terme
- Une grossesse gémellaire

- Une pathologie de l'enfant nécessitant un suivi spécialisé à la sortie de la maternité
- Un refus de répondre au questionnaire un mois après la sortie
- Un refus de signer le consentement et de participer à l'étude

2) Type et durée de l'étude, taille de la population

Il s'agit d'une étude descriptive, observationnelle, rétrospective, unicentrique.

Celle-ci s'est déroulée à la maternité du centre hospitalier d'Angoulême, maternité de niveau IIB. Toutes les patientes ne présentant pas de critères de non-inclusion et ayant accouché entre le premier avril et le 31 août 2017 ont été intégrées dans l'étude, quelque soit leur âge, leur lieu de vie ou leur habitus. Nous avons ainsi pu inclure 189 patientes dans cette enquête.

3) Respect des règles d'éthique

Afin de respecter les règles d'éthique, une demande préalable auprès du directeur du centre hospitalier d'Angoulême a été faite pour pouvoir accéder aux coordonnées des patientes. Après obtention de l'accord, il a été rédigé un consentement (annexe 1) distribué aux mamans entrant dans l'étude, afin qu'elles autorisent un accès à leurs coordonnées et ainsi un contact téléphonique.

Le but de l'étude leur a été expliqué lors de la distribution du consentement (par une sage-femme travaillant à la maternité de l'hôpital) le jour de leur sortie de la maternité et chaque maman était libre d'accepter ou non de participer à cette enquête.

Les consentements signés contenant les coordonnées des patientes (numéro de téléphone et nom si elles le souhaitaient) ont été remis à l'interne réalisant le projet.

Les entretiens téléphoniques ont été réalisés par l'interne effectuant l'étude, et les questionnaires ont été remplis au fur et à mesure par l'interne de manière anonyme.

4) Recueil des données

Le recueil des données s'est effectué en deux temps.

Dans un premier temps, le questionnaire (annexe 2) a été distribué par la cadre sage-femme aux mamans, au même moment que le consentement, le jour de la sortie de la maternité. Les patientes en prendront ainsi connaissance paisiblement à leur domicile afin qu'elles soient plus libres au moment de l'entretien téléphonique avec l'interne. En effet, il leur a été conseillé de le lire quelques jours avant l'appel téléphonique (prévu un mois, jour pour jour, après leur sortie de la maternité).

Dans un second temps, un mois après la sortie, les patientes ont été contactées par téléphone par l'interne réalisant l'étude.

Les appels ont été effectués aléatoirement à différents moments de la journée, en semaine ou pendant le week-end. S'il n'y avait pas de réponse lors du premier appel, les patientes étaient recontactées un autre jour et à un autre moment de la journée, jusqu'à trois tentatives maximum. Si les coordonnées recueillies n'ont pas permis de contacter les mamans, malgré les trois tentatives, les patientes ont été comptées comme « non-répondantes ».

Le but de l'étude était expliqué à nouveau par l'interne au téléphone, puis le questionnaire était lu aux patientes. Le questionnaire se compose de 12 questions fermées pour permettre une homogénéité des réponses.

Il se compose de 3 parties : - le terrain, contexte

- le choix du médecin

- les différents types d'interventions du médecin au domicile et les différents intervenants sollicités par les mamans.

Les patientes ayant choisi un médecin, autre que généraliste pour le suivi de leur nouveau-né, ne participaient pas à la troisième partie du questionnaire.

Les réponses étaient notées sur un questionnaire vierge, de manière anonyme. Les données récoltées étaient ensuite notées dans un tableau Excel sans qu'aucun nom de patientes n'apparaisse dans le tableau. Le choix de l'anonymat des réponses a favorisé l'objectivité.

IV) RESULTATS

1) Caractéristiques de la population étudiée

Nous avons récolté 189 consentements au total, sur les 615 accouchements effectués à la maternité d'Angoulême du premier avril au 31 août 2017.

Sur ces 189 consentements, 96 patientes ont répondu aux questionnaires à la suite de l'appel téléphonique et ont ainsi pu être incluses dans l'étude, soit 50,8%. Les 49,2% restant sont constitués de patientes ayant donné un numéro de téléphone ne permettant pas de les joindre, n'ayant pas répondu aux trois appels de l'interne ou ayant refusé de répondre au questionnaire lors de l'entretien téléphonique.

Parmi les 96 patientes incluses, 85,4% ont accouché par voie basse et 14,6% par césarienne. Pour 44,9% d'entre elles, il s'agissait d'un premier enfant, pour 30,8% d'un deuxième et pour 24,3% d'un troisième ou plus.

14,6% des femmes ont bénéficié d'une sortie précoce de la maternité. 85,7% d'entre elles ont accepté la prise en charge par le PRADO.

72,3% des mamans ont bénéficié de la prise en charge par le PRADO sur l'ensemble des patientes incluses.

2) Choix du médecin traitant

Soixante deux patientes ont choisi un médecin généraliste pour effectuer le suivi de leur nouveau né, soit 64,6% des patientes interrogées. Pour 41,9% (26 mamans) d'entre elles il s'agissait d'un premier enfant, pour 32,3% (20 mamans) d'un deuxième et pour 25,8% (16 mamans) d'un troisième ou plus. Parmi elles, huit avaient bénéficié d'une sortie précoce, soit 57,1% du total des patientes sorties précocement.

33,3% ont choisi un pédiatre ou un médecin de PMI pour la prise en charge durant le premier mois.

Les 2,1% restant (soit deux mamans) n'avaient pas encore réellement choisi de médecin (pédiatre, généraliste ou PMI) et avait seulement consulté la sage femme, le pédiatre à la maternité ou les urgences pédiatriques.

- Concernant le tiers ayant choisi un pédiatre ou un médecin de PMI, ce choix était personnel pour 71,9% d'entre elles (choix de la maman par conviction). 25% ont suivi les conseils de leur médecin généraliste qui a refusé de prendre en charge un nouveau-né. Une patiente ne s'est pas exprimée sur la raison de ce choix.
- Concernant les 62 patientes ayant choisi un médecin généraliste, le choix de ce médecin s'est fait pour différentes raisons.

Choix du médecin généraliste	Nombre de patientes
Médecin traitant de famille	38
Médecin qui a suivi la grossesse	4
Médecin proposé par la maternité	3
Médecin proche du domicile	11
Médecin entrant dans un réseau du suivi de la grossesse	2
Autres choix	4

Tableau 6 : Répartition des différentes façons de choisir le médecin généraliste

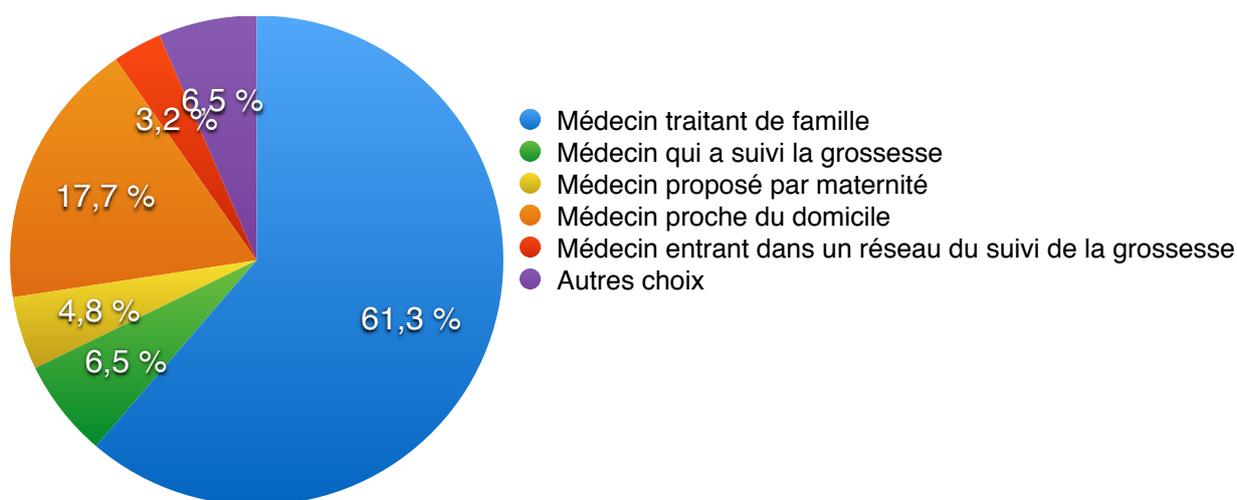


Figure 1 : Différentes façons de choisir le médecin généraliste pour le suivi du nouveau-né (pourcentages)

Le choix du médecin traitant de famille arrive largement en tête. Les « autres choix » incluent principalement des conseils d'amis et des difficultés à trouver un pédiatre libéral.

3) Nombre d'interventions du médecin généraliste (MG) et conseils donnés aux mamans

a- Nombre de consultations

Cinquante et une patientes ont consulté un médecin généraliste pour leur bébé dans le premier mois après le retour à domicile, soit 82,3%. La majorité des mamans a consulté plus d'une fois pendant ce premier mois.

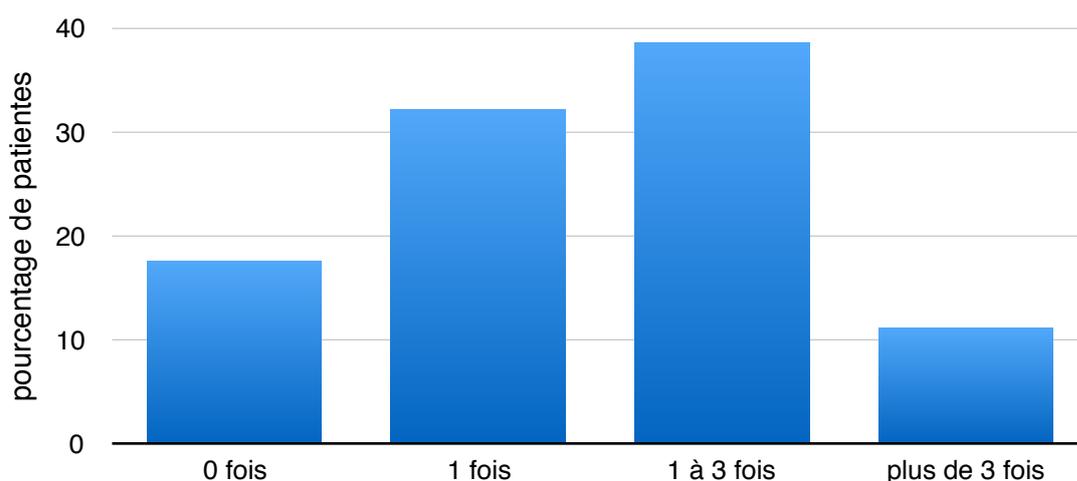


Figure 2 : nombre de consultations chez le MG

Parmi les consultations chez un médecin généraliste, 70,8% étaient effectuées chez le médecin traitant de l'enfant.

Vingt neuf patientes ont consulté exclusivement spontanément le médecin généraliste, sans conseil d'un autre professionnel de santé, soit 56,9%.

Vingt deux patientes ont consulté un autre professionnel de santé qui les a dirigées au moins une fois vers le médecin généraliste de leur enfant. Sur le total des

consultations effectuées chez le médecin généraliste par ces mamans, moins de la moitié a été conseillée par un autre professionnel de santé pour 86,4% d'entre elles.

Professionnels de santé ayant conseillé de consulter le médecin généraliste	Nombre de patientes (pourcentage)
Kinésithérapeute/ostéopathe	6 (27,3%)
Professionnels de la PMI	5 (22,7%)
Sage-femme libérale	5 (22,7%)
Médecin des urgences pédiatriques	4 (18,3%)
Autres	2 (9,0%)

Tableau 7 : types de professionnels ayant conseillé aux mamans de consulter un médecin généraliste pour leur nouveau-né

Les professionnels de la PMI sont principalement des puéricultrices. Deux mamans ont reçu des conseils d'autres professionnels de santé : pour l'une d'un pédiatre, pour l'autre d'un gynécologue-obstétricien.

b- Conseils donnés aux mamans

Lors des entretiens téléphoniques il ressort que quarante huit patientes sur cinquante et une ont consulté le médecin généraliste au moins une fois pour un problème de santé de leur nouveau-né (94,1%). Les problèmes de santé exprimés par les mamans étaient des pleurs, une hyperthermie, une toux, une éruption cutanée ou des douleurs abdominales.

Lors de ces consultations les mamans ont, pour 97,9% d'entre elles, sollicité le médecin généraliste pour d'autres conseils au delà du problème de santé concernant leur nouveau-né.

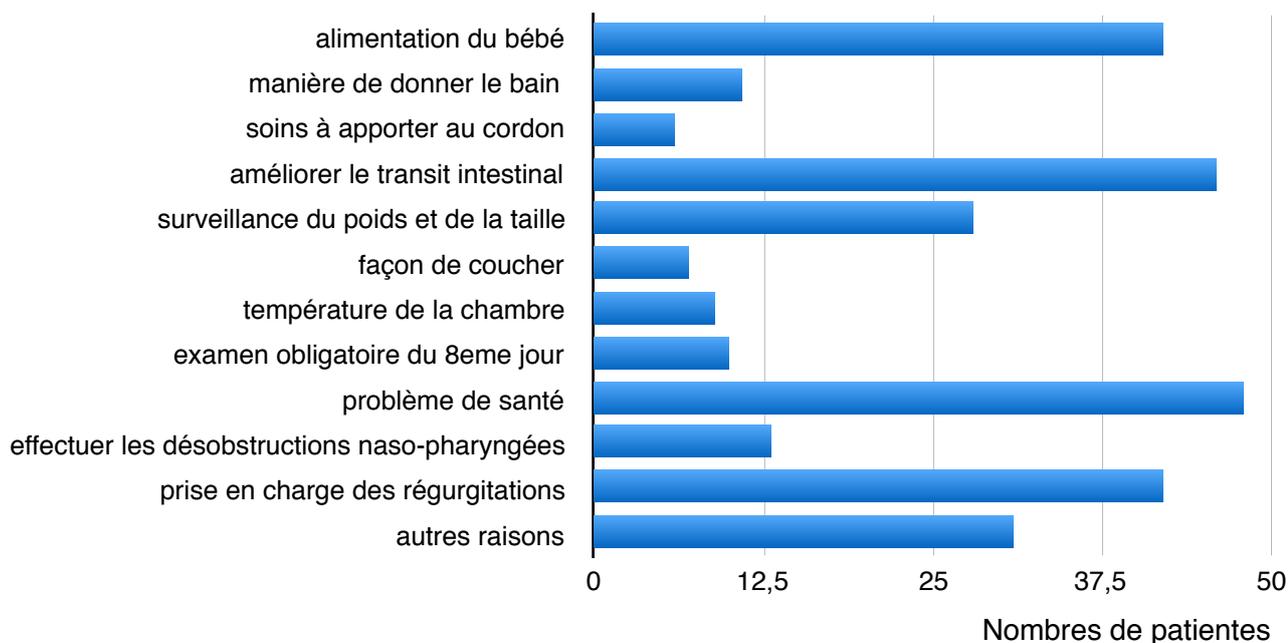


Figure 3 : conseils donnés aux mamans par le médecin généraliste pour le nouveau-né

Les conseils concernant l'alimentation du nouveau-né, le transit intestinal du bébé et la prise en charge des régurgitations sont fréquemment retrouvés lors des consultations (dans 84,3% d'entre elles), notamment lors de celles ayant pour motif principal un problème de santé de l'enfant.

On note tout de même 11 mamans (21,6%) ayant demandé des conseils sur la manière de donner le bain, six sur les soins du cordon (11,8%), sept sur la façon de coucher l'enfant (13,7%) et neuf sur la température de la chambre (17,6%). Ces questions d'ordre de puériculture n'étaient pour aucune d'entre elles le motif principal de la consultation.

Au total, 28 patientes ont fait appel au médecin généraliste pour au moins une de ces questions d'ordre de puériculture, soit un peu plus de la moitié des patientes ayant consulté leur médecin généraliste (54,9%).

Seulement 10 mamans ont fait pratiquer l'examen du 8ème jour par le médecin généraliste. 100% d'entre elles avaient bénéficié d'une sortie précoce et pour quatre de ces mamans, cet examen était le motif principal de la consultation.

Trente et une mamans ont demandé des conseils au médecin généraliste pour une autre raison (60,8%). Parmi ces « autres raisons » on note principalement l'examen du premier mois, des troubles du sommeil et une visite pour présenter l'enfant au

médecin traitant. Cette dernière raison a été pour six mamans le motif principal de la consultation.

D'une manière générale, il ressort que les mamans vont consulter le médecin traitant pour un problème de santé. Cependant, elles éprouvent le besoin de demander des conseils de puériculture concernant la prise en charge au quotidien de leur enfant.

4) Intervention d'un autre professionnel de santé

a- Différents professionnels de santé

Sur les 62 patientes ayant choisi un médecin généraliste comme médecin traitant pour leur nouveau-né, 26 n'ont pas fait intervenir d'autre professionnel de santé, soit 41,9%.

Parmi celles ayant eu recours à un autre professionnel de santé, cinq ont fait intervenir au moins deux professionnels différents (soit 13,9%). Les 31 mamans restantes ont donc fait intervenir un seul professionnel de santé en plus du médecin généraliste pour la prise en charge de leur nouveau-né.

Dans la figure ci-dessous on remarque que la majorité des mamans ont fait intervenir un « autre professionnel ». Il s'agissait majoritairement d'un kinésithérapeute ou d'un ostéopathe, pour 72,6% d'entre elles.

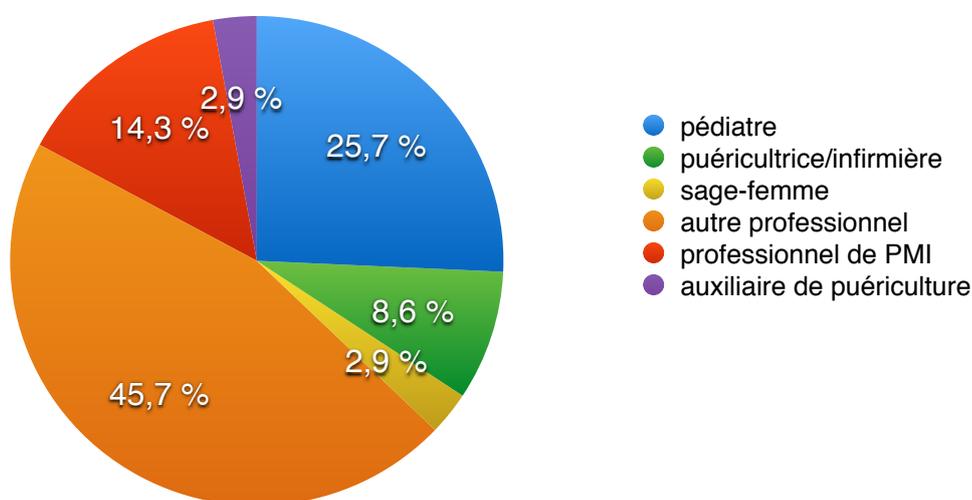
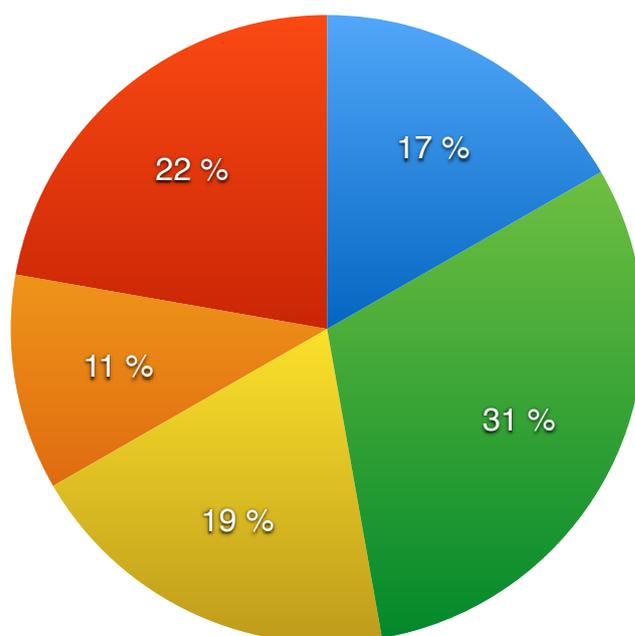


Figure 4 : répartition des professionnels de santé intervenant auprès du nouveau-né en plus du médecin généraliste.

Au total, pour près de la moitié des mamans ayant consulté un autre professionnel en plus du médecin traitant, il s'agissait de leur premier enfant, pour 30,5% du deuxième et seulement pour 22,2% du troisième ou plus.

b- Raisons ayant motivé l'intervention d'un autre professionnel

Les différentes raisons données par les mamans pour expliquer l'intervention d'un autre professionnel de santé pour leur nouveau-né en dehors du médecin généraliste et du suivi classique instauré par la maternité figurent ci-dessous :



- la question ne relève pas du médecin généraliste d'après la maman
- les explications données par le médecin généraliste ont été considérées comme insuffisantes
- conseils du médecin généraliste de consulter un autre professionnel
- le manque de disponibilité du médecin généraliste
- autres raisons

Figure 5: raisons ayant motivé l'intervention d'un autre professionnel

Parmi les 36 patientes ayant fait intervenir un autre professionnel de santé pour la prise en charge de leur nouveau-né, en dehors du médecin généraliste, 17% d'entre elles l'ont fait intervenir spontanément (soit 6 patientes). Elles ont considéré que le motif de leur demande ne relevait pas du médecin généraliste et sont donc allées spontanément consulter un autre professionnel.

Onze patientes ne se sont pas senties satisfaites de la réponse apportée par le médecin généraliste et sont donc allées consulter un autre professionnel de santé afin d'obtenir une réponse à leur demande plus complète, soit presque un tiers (31%). C'est la raison principale retrouvée pour expliquer l'intervention d'un autre professionnel de santé pour la prise en charge du nouveau-né.

Huit patientes nous ont donné une « autre raison ». Les principales raisons données dans ce cas étaient : satisfaites de ce professionnel de santé pour le premier enfant donc envie d'en faire profiter les autres enfants, les conseils d'un proche ou d'un autre professionnel de santé intervenu auprès de leur enfant.

V) DISCUSSION

1) Limites de l'étude

Les limites de l'étude viennent :

- d'une part du fait que le questionnaire a été distribué sur seulement cinq mois de l'année 2017 d'Avril à Août, donc plutôt pendant la période estivale. Or les consultations médicales concernant les nouveaux-nés et plus largement les enfants sont plus importantes durant la période hivernale, notamment à cause des épidémies saisonnières [52,53]. Les recours au médecin traitant sont probablement sous-estimés dans notre étude.

- d'autre part, elle a été effectuée seulement à la maternité du CH d'Angoulême, maternité de niveau IIb, c'est une étude unicentrique. L'échantillon étudié concerne seulement des mamans ayant accouché dans un établissement public, dans la plus importante des maternités du département. Nous n'avons pas une population très hétérogène, avec un biais de sélection important.

A cela, on peut ajouter un biais de mémoire lié au caractère rétrospectif de l'étude. Les mamans étaient interrogées sur les motifs d'une consultation datant d'il y a presque un mois pour certaines. On peut donc supposer que les questions secondaires ayant trouvé une réponse satisfaisante dès la première consultation ont pu être omises au moment de l'entretien téléphonique.

2) Point forts de l'étude

La méthodologie de cette étude a donné lieu à un taux de réponses élevé : 50,8%. Le fait de distribuer les questionnaires aux mamans dès la sortie de la maternité les a aidées à être plus sereines au moment de l'appel téléphonique et la faisabilité du questionnaire en peu de temps a permis de récolter 100% des réponses pour chaque questionnaire rempli.

La plupart des mamans ont apprécié d'être recontactées par l'interne et de ne pas avoir ainsi à envoyer le questionnaire rempli. Une majorité a d'ailleurs souligné la commodité de donner les réponses par oral et non par écrit.

Les questions fermées et courtes ont facilité l'analyse des résultats et la cohérence des réponses données. L'interview téléphonique a permis de lever toute ambiguïté dans les réponses apportées.

Ainsi, tous les questionnaires remplis ont pu être interprétés et intégrés dans l'étude.

3) Population étudiée

Notre étude porte sur les mamans ayant accouché à la maternité du CH d'Angoulême entre le premier Avril et le 31 août 2017. Nous n'avons récolté que 189 consentements sur les 615 mamans ayant accouché à la maternité sur la période l'étude, soit environ 30%. Or nos critères de non-inclusion n'excluaient pas 70% des patientes, puisqu'on retrouve environ 4% de naissance multiples et 12% de grossesses non à terme notamment [36,54].

Il a été décidé dans l'étude de faire distribuer les consentements par la cadre sage-femme de la maternité, qui était au courant de ce travail, afin que les mamans reçoivent toutes la même information au moment de la présentation de l'étude et de la distribution des consentements. En conséquence, de nombreuses mamans n'ont pas eu la présentation de l'étude (les sorties de week-end, de jours fériés ou pendant les vacances de la sage-femme) et nous avons donc un échantillon très restreint.

Nous avons poursuivi l'étude sur cinq mois afin d'avoir 100 réponses au total à étudier (96 questionnaires remplis).

Nous avons, sur les patientes ayant participé au travail, 85,4% ayant accouché par voie basse et 14,6% par césarienne. Ces pourcentages sont cohérents avec ceux retrouvés dans la population générale nationale [54] (20% de césariennes en France au total, toutes maternités confondues en 2014), mais avec tout de même une sous-représentation des césariennes dans notre étude. Elle peut être expliquée par le fait que nous sommes dans une maternité de type IIb et que nous avons exclu de

l'étude toutes les grossesses à risque, les naissances prématurées et toutes les grossesses gémellaires. A noter que le pourcentage de césariennes trouvé dans l'étude est compris entre 10% et 15%, pourcentage recommandé par l'HAS par établissement en France [55].

44,9% d'entre elles accouchaient de leur premier enfant, 30,8% de leur deuxième et 24,4% de leur troisième ou plus. On retrouve des proportions superposables au niveau national dans les différentes études effectuées [56].

En revanche, notre étude surestime le pourcentage de sorties précoces de la maternité puisque nous avons inclus seulement les grossesses menées à terme et non à risque. Nous avons ainsi un pourcentage de 14,6% de sorties précoces. Malheureusement, il existe peu d'études récentes encore sur ce sujet mais les données de l'HAS de 2014 comptaient seulement sept pour-cent de sorties précoces sur le plan national [57,58]. Les données de la revue mt-médecine de 2005 prévoyait plutôt autour de cinq à sept pour-cent de sorties précoces pour 2015 (suppositions faites à dix ans) [59]. Les sorties précoces pour les couples maman-enfant à bas risque prennent peu à peu une place plus importante.

La prise en charge par le PRADO est en revanche représentatif de la prise en charge sur le plan national puisque nous avons un pourcentage compris entre 70% et 75%, superposable aux pourcentages retrouvés sur le plan départemental et national [60,61,62].

Notre population est donc, malgré le biais de sélection important, représentative et variée.

4) Choix du médecin traitant

a- Choix tourné vers un médecin généraliste

Dans notre étude 64,6% des mamans ont choisi un médecin généraliste comme médecin traitant pour la prise en charge de leur nouveau-né dès la naissance. Ce pourcentage est élevé par rapport aux données actuelles sur le plan national puisque les enfants de moins de deux ans seraient suivis pour près de 60% d'entre

eux par un pédiatre [63,64]. Notre proportion élevée peut être expliquée par trois points.

Le premier est un biais de recrutement important : les mamans souhaitant faire suivre leur enfant par un médecin généraliste ont été plus sensibles au sujet de l'étude et ont donc plus facilement accepté d'y participer.

Le deuxième point vient du fait que nous avons inclus dans l'étude seulement des nouveaux-nés à terme, sans pathologie chronique et sans complication lors de la grossesse ou de l'accouchement. Les médecins généralistes sont principalement choisis pour suivre des enfants qui ne présentent pas de pathologie pédiatrique spécifique.

Le troisième point est lié au fait que l'étude est unicentrique et concerne seulement la maternité du CH d'Angoulême. En effet, le nombre de pédiatres en Charente est nettement inférieur à celui des autres départements. On retrouve un pédiatre pour 2500 enfants en Charente contre un pédiatre pour 111 enfants autour de la capitale par exemple [52,62].

En outre, la nécessité de signer le consentement et de transmettre par écrit les coordonnées a sélectionné seulement des patientes lettrées. Or, nous avons à la maternité du CH d'Angoulême un pourcentage non négligeable de mamans illettrées [66] qui font suivre principalement leurs enfants par des médecins de PMI (d'où la sous-estimation de ces professionnels dans notre étude) [62,65].

Même si la proportion de nouveaux-nés suivis par un médecin généraliste est légèrement surestimée, notre étude place le médecin généraliste comme le professionnel de santé clé dans la prise en charge des nouveaux-nés à bas risque en Charente dès leur premier mois de vie. Les mamans choisissent pour plus de la moitié d'entre elles un médecin généraliste pour le suivi de leur nouveau-né.

On retrouve une proportion sensiblement identique pour les mamans ayant bénéficié d'une sortie précoce. Notre étude n'est pas statistiquement significative à ce sujet mais il serait intéressant d'effectuer dans un autre temps une comparaison de la place du médecin généraliste dans le suivi du nouveau-né selon les sorties classiques et les sorties précoces.

b- Critères de choix du médecin généraliste comme médecin traitant

Dans notre étude, les mamans choisissent pour une grande majorité le médecin de famille comme médecin traitant de leur enfant. Elles font confiance à leur médecin généraliste de famille pour prendre en charge leur nouveau-né dès le retour au domicile. Elles ne ressentent pas le besoin de faire suivre leur nouveau-né par un autre spécialiste.

On retrouve seulement deux mamans ayant choisi un médecin généraliste par manque de disponibilité d'un autre spécialiste (pédiatre).

Le choix d'un médecin généraliste pour effectuer le suivi du nouveau-né est donc un choix affirmé par les mamans. Elles le sollicitent d'ailleurs beaucoup puisque 82,3% des mamans ayant choisi le médecin généraliste comme médecin traitant l'ont consulté dans le premier mois après la sortie de la maternité pour leur enfant.

5) Interventions du médecin généraliste

L'objectif principal de notre étude était de définir pour quelles raisons les mamans sollicitent le médecin généraliste dans la prise en charge du nouveau-né durant le premier mois après la sortie de la maternité d'Angoulême, en Charente, quelque soit le mode de sortie (précoce ou non).

A noter que nous avons étudié seulement les motifs de consultation des mamans ayant choisi un médecin généraliste comme médecin traitant. Les mamans ayant choisi un pédiatre ou un médecin de PMI comme médecin traitant consultent probablement aussi le médecin généraliste pour leur enfant. Il serait intéressant d'étudier dans un autre travail leurs motifs de consultation, qui sont peut être différents de ceux des mamans ayant choisi le médecin généraliste comme médecin traitant.

a- le médecin généraliste : premier intervenant dans la prise en charge des nouveaux-nés

Parmi les mamans ayant choisi un médecin généraliste comme médecin traitant, seulement 11 mamans (soit 17,7%) ne l'ont jamais consulté durant le premier mois.

Parmi les mamans l'ayant consulté, plus de la moitié (56,9%) l'a sollicité systématiquement pour leur enfant, sans conseil d'un autre professionnel de santé. Vingt deux patientes ont consulté le médecin généraliste à la suite des conseils d'un autre professionnel. Cependant, 86,4% d'entre elles se sont rendues spontanément chez le médecin généraliste pour plus de la moitié des consultations effectuées. Les consultations chez le MG à la suite d'un conseil par un autre professionnel ne représente en fait que moins d'un quart des consultations totales.

Le médecin généraliste apparaît donc dans la majorité des cas comme le premier intervenant choisi par les mamans après la sortie de la maternité. Il représente le professionnel référent dans la prise en charge des nouveaux-nés.

Près de la moitié des mamans consulte la première fois le médecin traitant pour présenter l'enfant au médecin généraliste. Le médecin apparaît alors comme un membre à part entière de l'entourage de l'enfant. Il est considéré par les mamans comme le professionnel de confiance pour prendre en charge l'enfant, au sein de la famille [66].

Actuellement, les médecins généralistes sont relativement disponibles puisque plus de deux tiers des consultations de médecine générale dans l'étude ont été effectuées chez le médecin traitant désigné. De plus, on peut penser que ce pourcentage est un peu sous-estimé, dans notre étude, du fait de la période étudiée (Avril à Août) qui inclut les vacances pour une majorité des médecins et donc l'intervention d'un médecin remplaçant.

Il existe très peu d'études en France concernant la place du médecin traitant souhaitée par les mamans pour leur enfant mais les études faites à l'étranger confirment cette tendance à choisir le médecin généraliste comme le premier intervenant [67,68,69].

Il est donc important de veiller à maintenir une disponibilité des médecins généralistes pour la prise en charge des nouveaux-nés et plus largement des enfants. La pédiatrie fait partie intégrante de l'activité des médecins généralistes et les mamans semblent vouloir maintenir le médecin généraliste en première ligne dans la prise en charge de leur enfant. Certaines études montrent d'ailleurs la nécessité d'une formation un peu plus approfondie des médecins généralistes devant l'augmentation de la proportion des enfants dans leur patientèle [70,71,72,73].

Autour de la maternité d'Angoulême, il existe des groupes de travail entre les médecins libéraux et la maternité. Une étude auprès des médecins généralistes participant à ces groupes serait intéressante afin d'adapter au mieux le contenu de ces formations et l'étendre à tous les médecins généralistes de Charente.

b- motifs de consultation du médecin généraliste

Dans ce travail, il apparaît que le motif de consultation le plus fréquent est un « problème de santé ». Ce terme regroupe d'après les mamans principalement les hyperthermies, les éruptions cutanées, les pleurs inexplicables, la toux et les douleurs abdominales. Ces résultats sont cohérents avec les études effectuées à ce sujet qui placent comme principal motif de consultation chez le médecin généraliste pour l'enfant, les éruptions cutanées [74].

Lors de notre étude, on remarque que les mamans consultent le médecin généraliste pour de nombreux motifs à chaque consultation. Les motifs motivant la consultation sont les problèmes de santé principalement mais les consultations sont le lieu de plusieurs questions et notamment des questions différentes d'un acte visant à soigner l'enfant, pour plus de la moitié d'entre elles (54,9%). Les motifs principaux de consultation évoluent peu mais la diversité des questions augmente.

Le soutien autrefois apporté par la famille au sens large est en net recul et les mamans semblent se tourner vers le médecin généraliste pour trouver des réponses à toutes leurs questions.

Dans notre étude, les mamans semblent majoritairement satisfaites du soutien apporté par le médecin généraliste puisque seulement 11 mamans ont considéré la réponse faite par ce dernier comme insuffisante et ont donc consulté un autre professionnel de santé (soit 17,7%).

A noter un nouveau motif de consultation en lien avec la mise en place des sorties précoces de la maternité : l'examen du huitième jour. Notre étude n'est pas statistiquement significative sur ce sujet mais on retrouve, parmi les mamans ayant fait faire cet examen par le médecin traitant, 100% de sorties précoces.

On peut donc se demander si le nombre de consultations chez le médecin généraliste ne va pas augmenter, en plus de se diversifier avec l'augmentation des sorties précoces. Les consultations pédiatriques chez le médecin généraliste seront probablement plus longues devant les multiples demandes des mamans. Il existe d'ailleurs des études aux Etats-Unis qui ont montré que la complexité et la durée des consultations en médecine générale augmentent [75].

A Lausanne, une étude s'est intéressée à la nécessité d'effectuer une formation spécifique pour les médecins généralistes sur la prévention des risques domestiques pour les enfants [76]. Il pourrait être intéressant, en France de s'intéresser au ressenti des médecins généralistes devant la diversification des attentes des mamans et ainsi pouvoir leur proposer une formation complémentaire spécifique si besoin, ou adapter celles déjà proposées (comme à Angoulême).

c- Le médecin généraliste au centre d'un réseau de soins

Même si le médecin généraliste semble le professionnel de santé principal choisi par les mamans pour le suivi de leur enfant, il s'intègre dans un réseau de soins créé par les mamans elles-mêmes.

Outre le PRADO, qui représente un suivi proposé par la maternité et dont le médecin généraliste est un des membres clé, les mamans semblent associer spontanément d'autres professionnels de santé à la prise en charge de leur enfant à domicile. Plus de la moitié des mamans de notre étude (58,1%) ont fait intervenir au moins un autre professionnel de santé pour leur enfant.

Le professionnel associé pour la majorité d'entre elles est un kinésithérapeute ou un ostéopathe. Peu d'études analysent l'efficacité d'une prise en charge associée des enfants avec un kinésithérapeute ou un ostéopathe. Un essai contrôlé randomisé multicentrique à deux bras semble montrer que la prise en charge par un kinésithérapeute, associée à la prise en charge par des soins médicaux, serait plus efficace pour contrôler la constipation chez les enfants de cinq à 17 ans qu'une prise en charge par des soins médicaux seuls [77]. En France, les kinésithérapeutes ne font pas partie de la prise en charge classique des enfants mais notre étude montre que pour les nouveaux-nés, les mamans les sollicitent très fréquemment.

De plus, 39% des mamans ont fait intervenir les professionnels de santé sans lien avec le médecin traitant. Or notre étude place le médecin généraliste au centre de la prise en charge des nouveaux-nés.

Il semble qu'il manque un lien franc entre le médecin généraliste et les autres professionnels de santé.

Les mamans de l'étude souhaitent un réseau s'articulant autour de leur enfant, centré par le médecin généraliste et comprenant divers professionnels de santé, notamment un kinésithérapeute. Il pourrait être intéressant d'étudier la complémentarité des prises en charge des médecins généralistes et des kinésithérapeutes concernant les problèmes de santé décrits par les mamans afin d'évaluer la nécessité d'ajouter ces professionnels dans le réseau de périnatalité.

Ainsi, la continuité des soins à domicile pour l'enfant serait possible avec les relations entre le médecin généraliste et les autres professionnels de santé.

VI) CONCLUSION

Cette thèse a étudié la demande des mamans concernant la place du médecin généraliste dans la prise en charge de leur nouveau-né. Le médecin généraliste apparaît comme l'acteur central de la prise en charge des nouveaux-nés au domicile, et ce, pour la majorité des mamans. Il serait intéressant de compléter cette étude afin de connaître la place accordée au médecin généraliste par les mamans ayant choisi un autre médecin comme médecin traitant.

Le médecin généraliste est le professionnel de santé principalement contacté pour leur nouveau-né, pas seulement pour des actes liés aux soins mais plus largement pour une prise en charge générale de l'enfant. Les motifs de consultation se diversifient et de nouveaux motifs apparaissent tel que l'examen du huitième jour, avec la mise en place des sorties précoces. Les mamans placent le médecin généraliste au centre d'un réseau de professionnels de santé, composé des professionnels du suivi imposés par la maternité mais aussi d'autres professionnels tels que les kinésithérapeutes ou les ostéopathes. Les liens entre les différents intervenants semblent encore insuffisants et il serait intéressant d'étudier la manière d'élargir le réseau autour de l'enfant pour assurer la continuité des soins à domicile.

Finalement, le médecin généraliste est le professionnel de choix des mamans pour prendre en charge leur nouveau-né. Les consultations en médecine générale de pédiatrie se multiplient et se diversifient et il semblerait intéressant d'étudier lors d'un autre travail le ressenti des médecins généralistes concernant ces modifications afin de pouvoir, si besoin, adapter au mieux les formations complémentaires qui sont proposées en pédiatrie.

VII) BIBLIOGRAPHIE

- 1) Rameau-Rouquette C. Naitre en France et au Québec. L'effet des politiques publiques sur les résultats périnataux en France. Santé, solidarité et société. 2004. n°1. pp57-68. 0.3406/oss.2004.1222
- 2) Ministère des affaires sociales et de la santé. Plan de périnatalité. 2005-2007. [En ligne] <http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/article/perinatalite>
- 3) Vanlerenberghe JM. Rapport d'information n°243. Présidence du sénat. La situation des maternités en France. 2015. [En ligne] <http://www.senat.fr/rap/r14-243/r14-2431.pdf>
- 4) Collège national des sages femmes de France (CNSFF). Bonnes pratiques 1ers jours en maternité. 2011. 1-17. [En ligne] <http://www.cnsf.asso.fr/doc/B641C518-5056-9C00-4173A66C41353737.pdf>
- 5) Journal officiel de la République française (JORF). Loi n°70-633 du 15 Juillet 1970 relative à la délivrance obligatoire de certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs. 1970. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr>
- 6) Haute Autorité de Santé (HAS). Sortie de maternité après accouchement. Recommandations mars 2014. [En ligne] www.has-sante.fr
- 7) Code de la santé publique. Chapitre IV. Section 1. Sous-chapitre 3 : obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr>
- 8) Haute Autorité de Santé (HAS). Cahier des charges national des réseaux de périnatalité. Mars 2014. [En ligne] <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/>

- 9) Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Instruction DGOS-PF3-R3-DGS-MC1 no 2015-227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional. 2015. [En ligne] <http://social-sante.gouv.fr/fichiers.pdf>
- 10) Association des utilisateurs de dossiers informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie. Historique de cette association. 2017. [En ligne] <http://www.audipog.net>
- 11) Haut comité de santé publique. Avis et rapports. 1992-2004. [En ligne] <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapports1>
- 12) Code de la santé publique. Articles L1411-6, L1411-7 et L1433-1. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr>
- 13) Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie. 2017. [En ligne] <http://www.audipog.net>
- 14) Valleteau de Moulliac J. Guide pratique de la consultation en pédiatrie. 10ème édition. Paris : Elsevier Masson ; 2012. 482p.
- 15) Puech F. L'organisation autour de la grossesse et de la naissance. ADSP. 2008 ; n°61/62 : 35-45. [En ligne] www.hcsp.fr
- 16) De Montgolfier I. Recommandations en pédiatrie : bien gérer les sorties précoces de maternité. 2008. [En ligne] www.lesjta.com
- 17) Conseil national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Comité national d'experts sur la mortalité maternelle. Protocole de l'enquête confidentielle. Janvier 2010. [En ligne] <http://www.cngof.asso.fr>
- 18) Institut de veille sanitaire. Rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle. Décembre 2006. p149. [En ligne] <http://www.invs.sante.fr>

- 19) Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE). Ministère des affaires sociales et de la Santé. Compte-rendus des réunions. 2016.
- 20) Compte rendu de la réunion plénière de la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. 2015. [En ligne] <http://social-sante.gouv.fr>
- 21) Société française de pédiatrie (SFP). Plan « périnatalité » 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. 10 novembre 2004. [En ligne] <http://www.sdp.perinat-france.org>
- 22) Journal officiel de la république française (JORF). Loi n°76 du 30 mars 2006. texte n°29. Arrêté du 23 mars 2006. p4768. Avenant n°12. 2006.
- 23) Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Sortie précoce après accouchement. Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. 2014. [En ligne] <http://www.has-sante.fr>
- 24) Cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité. Bulletin Officiel n°2006-4. Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006. Annonce n°22. [En ligne] <http://solidarites-sante.gouv.fr>
- 25) Programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO). Dépliant distribué aux mamans. Assurance maladie. 2017.
- 26) Centre primaire d'assurance maladie (CPAM). Présentation du PRADO sorties précoces. Assurance maladie. Juin 2016.
- 27) Cassol E. Le rôle du médecin généraliste dans le suivi du nourrisson de moins de vingt quatre mois. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Université Bordeaux 2 ; 2015. 82p.
- 28) 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*. Boston. 2003. 111(3):519-24.

- 29) Bourillon A, Benoist G, Delcourt C. Collège national des pédiatres universitaire. 6ème édition. Paris : Elsevier Masson ; 2014. 1016p.2
- 30) Fonce C. Identifier chez les gynéco-obstétriciens et pédiatres de la maternité Jeanne de Flandre les représentations et les perspectives d'amélioration de la coordination des soins en périnatalité. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Université lille 2 ; 2014. 49p.
- 31) Lopez H. Les sorties précoces et rapides : versant pédiatrique. Mémoire. GEN Midi-pyrénées ; 2013. 36p.
- 32) Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant (AFDPHE). Le dépistage néonatal. 2017. [En ligne] <http://www.afdphe.org/depistage/introduction>
- 33) Cooper P, Johnson R, Saloojee H, Zupan J. Prise en charge des problèmes du nouveau-né : manuel de la sage-femme, de l'infirmière et du médecin. Genève : OMS ; 2007. 332p.
- 34) Code de la sécurité sociale. Article R332-2.
- 35) L'assurance maladie. Professionnels de santé. Le médecin traitant. 2015. [En ligne] <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins.php>
- 36) Rapport d'activité 2016 du centre hospitalier d'Angoulême. 2016. p35-40. [En ligne] www.ch-angouleme.fr/
- 37) Compte rendu de la réunion autour des sorties précoces. Protocole entre la maternité du centre hospitalier d'Angoulême et les professionnels libéraux de Charente. 2015.
- 38) Union professionnelle des sages-femmes belges (UPSFB). GT-HAD, sorties précoces de la maternité. 5 octobre 2015. [En ligne]<http://www.sage-femme.be/wp-content/uploads/2015/10/Sorties-pr--coces-de-Maternit---analyse-de-la-probl--matique.pdf>

- 39) Hascoët JM, Vert P. Sortie de maternité et retour à domicile du nouveau-né. Abrégé de périnatalité. Issy-les-moulineaux : Elsevier Masson ; 2010. 238p
- 40) Brugha R, Marlais M, Abrahamson E. Examen clinique pédiatrique. Maloine ; 2016. 265p.
- 41) Service-Public. Parcours de soins coordonnés et médecin traitant. 2016. [En ligne] <https://www.service-public.fr>
- 42) Code de déontologie médicale. Ordre national des médecins conseil national de l'ordre. Edition aout 2016. [En ligne] <https://www.conseil-national.medecin.pdf>
- 43) Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA). Revue Le Pédiatre. n°263. Article : Le statut du médecin traitant de l'enfant. Tome XLX. 2014.
- 44) Costiou N. Les sorties précoces de la maternité : satisfaction des différents partenaires. Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme. Université de Nantes ; 2006. 94p.
- 45) Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE). Décret n° 2009-1216 du 9 octobre 2009 relatif à la création et aux missions de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. 2009. Consulté le 04 Juillet 2017. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr>
- 46) Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE). Décret n° 2010-1407 du 12 novembre 2010 modifiant le décret n° 2009-1216 du 9 octobre 2009 relatif à la création et aux missions de la Commission nationale de la naissance. 2010. Consulté le 04 Juillet 2017. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr>
- 47) Turgeon J, Bernard-Bonnin AC, Hervouet-Zeiber C, Ovetchkine P. Dictionnaire de Pédiatrie Weber. 3ème édition. De Boeck ; 2015. 1366p.

- 48) Kehila M, Magdoud K, Touhami O, Abouda HS, Jeridi S, Marzouk SB, Mahjoub S, Hmid RB, Chanoufi MB. The Pan African medical Journal (PAMJ). Sortie précoce en post-partum : résultats et facteurs de risques de ré-hospitalisation. Article. 2016; 24: 189.
- 49) Haute autorité de santé (HAS). Evaluation du dépistage néonatal systématique de la surdité permanente bilatérale. Service évaluation médico-économique et santé publique. Janvier 2007.
- 50) Carayol M, Alexander S, Goffinet F, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Volume 33. N°sup1. Paris. Elsevier Masson. Janvier 2004. p.37-44.
- 51) VANLERENBERGHE JM, Communication à la commission des affaires sociales du sénat. N°243. Article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières. Décembre 2014. Cahier 1. [En ligne] <https://www.senat.fr>
- 52) Atlas de la démographie médicale, Conseil national de l'ordre des médecins, 1er janvier 2016.
- 53) Claudet I, De Montis P, Debuissou C, Maréchal C, Honorat R, Grouteau E, Fréquentation des urgences pédiatriques par les nouveau-nés. Archives de pédiatrie. Volume 19. Paris. Elsevier Masson. Septembre 2012. p.900-906
- 54) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). La naissance : caractéristiques 28 des accouchements. Les établissements de Santé - Edition 2016. Juillet 2017 [En ligne] <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche28-2.pdf>
- 55) Haute Autorité de Santé (HAS). Données épidémiologiques générales liées à la grossesse. Services des bonnes pratiques professionnelles. Janvier 2012. [En ligne] <https://www.has-sante.fr>

- 56) Blondel B, Kermarrec M, Enquête Nationale Périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants. Mai 2011. [En ligne] <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/>
- 57) Haute autorité de santé (HAS). Sorties de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leur nouveau-nés. Eléments de chiffrage et analyse des données du PMSI. Mars 2014. [En ligne] <https://www.has-sante.fr/>
- 58) Vendittelli F, Boniol M, Mamelle N. Sortie précoce dans le post-partum : état des lieux en France. Revue Epidemiol Santé Publique 2005 ; 53 : 373-82.
- 59) Juresco A, Service de protection maternelle et infantile. Sorties précoces de maternité après accouchement : quelles conséquences pour les pédiatres de ville ? mt-pédiatrie, volume 8. numéro 5-6. septembre-décembre 2005. p. 413-416.
- 60) Caisse primaire d'assurance maladie. Programme d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés (PRADO). Le champ de la maternité. février 2012. [En ligne] <http://www.cpam40.com>
- 61) Société Française de Médecine Générale (SFMG). Au sujet du généraliste et du suivi médical des enfants. Communiqué du 4 janvier 2005 [En ligne] <http://www.sfmfg.org>
- 62) Raul JF, Le Breton-Lerouillois G, La démographie médicale en région Poitou-charente. Conseil national de l'ordre des médecins. Paris. 2013. p60 [En ligne] www.conseil-national.medecin.fr
- 63) Michel M, Suivi régulier de l'enfant de 0 à 6ans en Midi-Pyrénées : Généraliste, pédiatre ou PMI ? Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Université de Toulouse III ; 2013. p39

- 64) Classification commune des actes médicaux du médecin généraliste. Le syndicat des médecins généralistes. Les enfants doivent pouvoir choisir leur médecin traitant ; Juin 2014. [En ligne] <https://www.mgfrance.org>
- 65) Agence régionale de la Formation tout au long de la vie Poitou-Charente (arF). Données chiffrées et ressources sur l'illettrisme. janvier 2015. p224. [En ligne] <https://www.arftlv.org/>
- 66) Iqbal U, Syed-Abdul S, Jack L, International Journal for Quality in Health Care. Impact of general practitioner on perceived quality of care and monitoring maternal-newborn health outcomes in developing countries. Volume 28 Issue 5. United Kingdom. 2016 ; 28(5):539.
- 67) Ou L, Chen J, Hillman K. Journal.pone.0176563. eCollection 2017. Socio-demographic disparities in the utilisation of general practice services for Australian children - Results from a nationally representative longitudinal study. Australian, 2017 ; 27;12(4)
- 68) Hugenholtz M, Bröer C, van Daalen R. British Journal of General Practice. Apprehensive parents: a qualitative study of parents seeking immediate primary care for their children. Netherland, 2009;59(560):173-9.
- 69) Hayes J1, Dave S, Rogers C, Quist-Therson E, Townsend J. Midwifery. A national survey in England of the routine examination of the newborn baby. Elsevier. England. 2003; 19(4):277-84. [En ligne] www.journals.elsevier.com/midwifery
- 70) Delorme D. Soins primaires pédiatriques en ambulatoire : quelles justifications à la mise en place d'une formation spécifique ? Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Université de Grenoble ; 2011. p61
- 71) Munidasa D, Lloyd-Lavery A, Burge S, McPherson T. Journal of Clinical Medicine. What Should General Practice Trainees Learn about Atopic Eczema? Oxford University. 2015;4(2):360-8.

- 72) Mathet F, Martin-Guehl C, Maurice-Tison S, Bouvard MP. *Encephale*. Prevalence of depressive disorders in children and adolescents attending primary care. A survey with the Aquitaine Sentinelle Network. *Bordeaux*.2003;29(5):391-400.
- 73) Bayram C, Harrison C, Charles J, Britt H. *Aust Fam Physician*. Research Fellow and Project Manager, BEACH Program, University of Sydney, 'The kids are alright' - Changes in GP consultations with children 2000-15. *Sydney*, 2015;44(12): 877-9.
- 74) Schofield JK, Fleming D, Grindlay D, Williams H. *British Journal of Dermatology*. Skin conditions are the commonest new reason people present to general practitioners in England and Wales. *University of Nottingham*. UK. Epub. 2011; 165(5):1044-50
- 75) Freed GL, Spike NA, Sewell JR, Moran LM, Britt H, Valenti L, Brooks P. *Paediatr Child Health*. Changes in longer consultations for children in general practice. *Michigan*. USA, 2013 ; 49(4):325-9
- 76) Ibanez G, Zabar J, Cadwallader JS, Rondet C, Lochard M, Magnier AM. *Frontiers in medicine*. Views of general practitioners on indoor environmental health risks in the perinatal period. *eCollection*. *Lausanne*.2015;18;2:32.
- 77) Van Engelenburg-van Lonkhuyzen ML, Bols EM, Benninga MA, Verwijs WA, Bluijssen NM, de Bie RA. *BMC Pediatric*. The effect of pelvic physiotherapy on reduction of functional constipation in children: design of a multicentre randomised controlled trial. *Maastricht University Medical Centre*. *Maastricht*, the Netherlands. 2013.2;13:112 [En ligne] <https://bmcpediatr.biomedcentral.com>

VIII) ANNEXES

Annexe 1

Titre de la recherche : Thèse pour le diplôme de Docteur en médecine.

Formulaire d'information et de consentement éclairé

Avant d'accepter de participer à cette étude, veuillez prendre le temps de lire les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique les buts de ce projet de recherche et ses procédures. Il indique les coordonnées de la personne avec qui communiquer au besoin. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Je soussignée, Melle LONGUET Cécile, interne de médecine générale, vous propose de participer à élaboration de ma thèse.

L'objectif de cette étude est d'évaluer la place du médecin traitant (généraliste), dans la prise en charge du nouveau-né durant le premier mois après le retour au domicile, afin **d'essayer d'adapter au mieux le suivi du nourrisson et la coordination des soins entre hôpital et médecin généraliste en ville.**

Pour cela, je souhaiterai évaluer les besoins des nouvelles Mamans par rapport à la prise en charge de leur nouveau-né pendant son premier mois de vie.

Je vous propose donc, si vous souhaitez participer à cette étude, **de vous contacter par téléphone 1 mois après votre retour à domicile afin de recueillir les réponses aux questions se trouvant dans le questionnaire ci-joint.**

Une fois les réponses au questionnaire obtenues ; vous ne serez plus contactées.

Aucune information personnelle ne sera collectée à votre insu. Dans une logique de respect de la vie privée, je m'engage à ce que la collecte et le traitement d'informations personnelles (coordonnées telles que le numéro de téléphone, réponses données au questionnaire) soient effectués conformément à la loi n°09-08 du 18 février 2009, relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Je soussignée consens librement à participer à l'étude de Melle Longuet Cécile, interne de médecine générale, et ainsi lui laisser accès à mes coordonnées personnelles afin d'être joignable par téléphone 1 mois après mon retour à domicile suite à mon accouchement pour répondre au questionnaire de son étude.

Signature de la patiente : _____ n° de téléphone de la patiente : _____

Nom et Signature de l'interne : Longuet Cécile _____

Date : _____

Annexe 2

Questionnaire à lire quelques jours avant l'échange téléphonique avec l'interne, un mois après votre retour à domicile.

1ère partie : le terrain, contexte :

1. Avez-vous accouché : par voie basse ou par césarienne : _____
2. Gestité (nombre de grossesses) _____ Parité (nombre d'enfants) _____
3. Combien de jours après votre accouchement êtes-vous sortie de la maternité ?
_____ jours
4. Avez-vous bénéficié d'une prise en charge dans le cadre du PRADO ?
oui non

2ème partie : choix du médecin traitant

Le médecin que vous avez choisi pour le suivi de votre bébé est :

un médecin généraliste autre (préciser) _____

=>Pour le médecin généraliste : comment avez-vous choisi ce médecin pour le suivi de votre bébé ?

- Il est votre médecin traitant
- Il a suivi votre grossesse
- Il vous a été proposé par la maternité
- Il est proche de votre domicile
- Il fait parti d'un réseau (avec la sage-femme/le gynécologue..) qui a suivi votre grossesse
- Autre (préciser) _____

3ème partie : interventions du médecin généraliste dans le 1er mois du Retour à Domicile

1 - Combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste pour votre bébé ?

0 fois Si 0 fois, passer à la question 4.

1 fois

de 2 à 3 fois

plus de 3 fois

=> est-ce à chaque fois le médecin traitant du bébé ? oui non

2 - Sur le nombre total de consultations du médecin généraliste, combien ont été conseillées par un autre professionnel de santé ?

Zéro moins de la moitié la moitié plus de la moitié toutes

=> suite aux conseils de QUEL(s) professionnel(s) : _____

3 - Quels conseils avez-vous eu de la part du médecin généraliste ? (plusieurs réponses possibles)

- sur l'alimentation du bébé
- sur la manière de donner le bain
- sur les soins à apporter au cordon
- sur le transit intestinal (fréquence des selles, eau du biberon ..) de votre bébé
- sur la surveillance du poids/taille
- sur la manière de coucher le bébé (ventre ou dos)
- sur la nécessité d'une couverture ou non, sur la température dans la chambre
- pour l'examen obligatoire dans les 8 premiers jours (ou le test de Guthrie)
- pour un problème de santé
- pour les lavages de nez
- pour des régurgitations
- autre (préciser) _____

4 - Avez-vous eu besoin pendant le premier mois après le retour à la maison de faire intervenir un autre professionnel de santé pour votre bébé ? (en dehors du suivi instauré par la maternité)

oui non

⇒ **si oui, quel(s) professionnel(s) est(sont) intervenu(s) ?**

sage femme auxiliaire de puériculture puéricultrice (ou infirmière)
 pédiatre professionnel de PMI autre (à préciser) _____

⇒ **Et pourquoi ?**

Le motif de la question ne relevait pas, selon vous, du médecin

L'explication donnée par le médecin n'était, à votre sens, pas suffisante

Sur les conseils du médecin généraliste

Un manque de disponibilité du médecin généraliste

Autre (préciser) _____

En vous remerciant du temps que vous avez consacré à cette enquête

IX) RESUME

INTRODUCTION : La prise en charge et l'accompagnement de la mère et de son enfant avant, pendant et après la naissance ont fait l'objet de programmes successifs. Actuellement, le caractère physiologique de l'accouchement semble au premier plan, sans pour autant diminuer la sensation d'encadrement du couple mère-enfant. On voit s'opérer un transfert des compétences de l'hôpital vers le domicile et le médecin généraliste se voit attribuer un rôle primordial dans la prise en charge des nouveaux-nés dès la naissance.

OBJECTIFS : l'objectif principal était d'évaluer la place que les mamans attribuent au médecin généraliste dans la prise en charge de leur nouveau-né au domicile durant le premier mois. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer le ressenti des mamans par rapport au suivi qu'on leur propose et de mettre en évidence des failles dans la prise en charge des nouveaux-nés au domicile durant le premier mois.

METHODE : nous avons réalisé une étude descriptive, observationnelle, rétrospective, unicentrique auprès de 189 mamans dont 96 ayant répondu au questionnaire de manière anonyme lors de l'appel téléphonique, en Charente.

RESULTATS : on a pu constater que plus de la moitié des mamans choisissent un médecin généraliste pour le suivi de leur nouveau-né dès le retour au domicile. Le médecin généraliste apparaît comme l'acteur central dans la prise en charge du nouveau-né et tend à devoir dispenser des conseils de puériculture et pas seulement des actes liés aux soins médicaux. Les mamans semblent satisfaites des réponses apportées par le médecin généraliste et du suivi proposé mais il manque l'intégration dans le réseau de soins d'autres professionnels de santé tels que les kinésithérapeutes puisque presque la moitié des mamans en ont sollicité un.

CONCLUSION : l'étude du ressenti des médecins généralistes par rapport à la diversité des consultations de pédiatrie pourrait être intéressante afin d'adapter la formation complémentaire en pédiatrie et puériculture aux médecins qui le souhaitent. L'intégration d'autres professionnels de santé dans la prise en charge du nouveau-né pourrait être nécessaire tout en renforçant le rôle du médecin généraliste comme coordonateur de la prise en charge du nouveau-né.

MOTS CLES : médecin généraliste, périnatalité, nouveau-né, coordination, domicile.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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



Thèse : Médecin généraliste et nouveau né : qu'en pensent les mamans ? A propos d'une étude menée à la maternité d'Angoulême en Charente.

RESUME

INTRODUCTION : La prise en charge et l'accompagnement de la mère et de son enfant avant, pendant et après la naissance ont fait l'objet de programmes successifs. Actuellement, le caractère physiologique de l'accouchement semble au premier plan, sans pour autant diminuer la sensation d'encadrement du couple mère-enfant. On voit s'opérer un transfert des compétences de l'hôpital vers le domicile et le médecin généraliste se voit attribuer un rôle primordial dans la prise en charge des nouveaux-nés dès la naissance.

OBJECTIFS : l'objectif principal était d'évaluer la place que les mamans attribuent au médecin généraliste dans la prise en charge de leur nouveau-né au domicile durant le premier mois. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer le ressenti des mamans par rapport au suivi qu'on leur propose et de mettre en évidence des failles dans la prise en charge des nouveaux-nés au domicile durant le premier mois.

METHODE : nous avons réalisé une étude descriptive, observationnelle, rétrospective, unicentrique auprès de 189 mamans dont 96 ayant répondu au questionnaire de manière anonyme lors de l'appel téléphonique, en Charente.

RESULTATS : on a pu constater que plus de la moitié des mamans choisissent un médecin généraliste pour le suivi de leur nouveau-né dès le retour au domicile. Le médecin généraliste apparaît comme l'acteur central dans la prise en charge du nouveau-né et tend à devoir dispenser des conseils de puériculture et pas seulement des actes liés aux soins médicaux. Les mamans semblent satisfaites des réponses apportées par le médecin généraliste et du suivi proposé mais il manque l'intégration dans le réseau de soins d'autres professionnels de santé tels que les kinésithérapeutes puisque presque la moitié des mamans en ont sollicité un.

CONCLUSION : l'étude du ressenti des médecins généralistes par rapport à la diversité des consultations de pédiatrie pourrait être intéressante afin d'adapter la formation complémentaire en pédiatrie et puériculture aux médecins qui le souhaitent. L'intégration d'autres professionnels de santé dans la prise en charge du nouveau-né pourrait être nécessaire tout en renforçant le rôle du médecin généraliste comme coordonateur de la prise en charge du nouveau-né.

MOTS CLES : médecin généraliste, périnatalité, nouveau-né, coordination, domicile.