



HAL
open science

Devenir des parents et de leurs enfants. Enquête pédiatrique à 1 mois du retour au domicile

Stéphanie Sulpis

► **To cite this version:**

Stéphanie Sulpis. Devenir des parents et de leurs enfants. Enquête pédiatrique à 1 mois du retour au domicile. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00836648

HAL Id: dumas-00836648

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00836648>

Submitted on 21 Jun 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE ROUEN

ANNEE 2013

N°

THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'état

Stéphanie Sulpis

Née le 16 juillet 1984 à Bondy

Présentée et soutenue publiquement

le mercredi 22 mai 2013

Devenir des parents et de leurs enfants :
Enquête pédiatrique à 1 mois du retour au domicile

Président du jury : Monsieur le Professeur Stéphane MARRET

Directeur de thèse : Madame le Docteur Laurence DELHAYE

Membres du jury : Madame le Professeur Priscille GERARDIN

Monsieur le Professeur Christophe MARGUET

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE ROUEN

ANNEE 2013

N°

THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'état

Stéphanie Sulpis

Née le 16 juillet 1984 à Bondy

Présentée et soutenue publiquement

le mercredi 22 mai 2013

Devenir des parents et de leurs enfants :
Enquête pédiatrique à 1 mois du retour au domicile

Président du jury : Monsieur le Professeur Stéphane MARRET

Directeur de thèse : Madame le Docteur Laurence DELHAYE

Membres du jury : Madame le Professeur Priscille GERARDIN

Monsieur le Professeur Christophe MARGUET

I-Médecine

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (<i>surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Alain CRIBIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique

M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>)	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie

M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES et de la reproduction	HCN	Biologie et médecine du développement
M. Jean-Christophe RICHARD d'urgence	HCN	Réanimation Médicale, Médecine
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-Gastro
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie Médicale
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie

Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II- Pharmacie

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie

Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
-------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim MEKAOUI	Chimie Analytique
Mlle Virgine OXARAN	Microbiologie

III- MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES À MI-TEMPS

M. Pierre FAINSILBER	UFR	Médecine générale
-----------------------------	-----	-------------------

M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
-------------------------	-----	-------------------

M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M. Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
-----------------------------	-----	-------------------

Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
-------------------------------	-----	-------------------

Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie Et Biologie moléculaire (Unité Inserm 614)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovasc)

Mme Pascaline **GAILDRAT**

Génétique moléculaire humaine
(Unité Inserm 1079)

M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD**

Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mme ISABELLE **TOURNIER**

Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei **FETISSOV**

Physiologie (Groupe ADEN)

Mme Su **RUAN**

Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur MARRET

Merci d'avoir accepté de présider et de juger ce travail
Merci pour votre apprentissage tout au long de mon internat
Merci pour votre soutien durant ces 4 années

A Madame le Docteur DELHAYE

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail
Merci pour ton aide, ton écoute et ton soutien
Merci pour ton apprentissage du travail en maternité

A Madame le Professeur GERARDIN

Merci d'avoir accepté de juger ce travail
Merci pour votre soutien lors de mes quelques mois passés au sein de votre unité
Merci pour votre apprentissage de la pédo psychiatrie

A Monsieur le Professeur MARGUET

Merci d'avoir accepté de juger ce travail
Merci pour votre apprentissage de la pédiatrie durant ces 4 années

Aux médecins de la maternité du Belvédère

(Mesdames les Docteurs LEVAVASSEUR, TRESTARD, DUPONT CHAMPION et AUBER et Monsieur le Docteur LEPETIT)

Merci pour votre accueil lors de ces 6 mois de stage

Merci pour votre apprentissage, vos conseils

Merci pour votre accompagnement pour ces 6 derniers mois d'internat

Aux équipes de la maternité du Belvédère et particulièrement le 3^{ème} et l'unité kangourou

Merci de votre accueil durant ces 6 mois

Merci pour tout ce que vous m'avez appris

Et merci pour tous ces bons moments passés ensemble

A ma famille

A mes parents

A toi papa

Qui n'est pas là pour voir ce travail mais qui je l'espère est fière de moi

A toi maman

Merci pour ton soutien durant ces 10 années

Merci pour ton aide lors de mon exil rouennais

A Benjamin

Merci pour ton aide et ton soutien durant ces derniers mois

Merci pour ces merveilleux moments passés ensemble

Merci à ta sœur et tes parents pour leur soutien

Les années à venir vont être merveilleuses avec toi

Aux plus que de simples cousins savoyards (Bruno, Christophe, Sophie, Luca, Claudine et Alain)

Merci pour votre aide durant toutes ces années, votre soutien dans les moments difficiles

Vous m'avez permis de m'oxygéner pendant ces 10 années et de découvrir la plus belle région du monde

A mon grand père

Merci pour ton soutien pendant toutes ces années

A mes amis

Hélène et Aurélie

Vous êtes plus que des co internes pour moi, merci pour ces 4 années passées avec vous, merci pour votre soutien dans les moments difficiles

Merci pour tout et rendez vous dans les Alpes

Aux amis d'avant et qui le resterons toujours (Fanny, Laurie, Aurélien)

Je vous rejoins enfin dans le domaine des travailleurs, merci pour votre soutien durant toutes ces années.

Vous me manquez.

Aux nouveaux (Solène, Jessy, Thomas, Fish, JB, Fafa) et aux anciens de la montagne (Flo et Luc)

Merci pour ces bons moments passés avec vous, j'ai hâte d'être enfin parmi vous pour en partager encore d'autres.

Merci à toutes les équipes que j'ai pu côtoyer durant ces 4 années au CHU de Rouen (Mireille, Isabelle, Clémentine, Claire et Céline), sans oublier l'équipe d'endocrinologie de Robert Debré (Professeur CAREL et Laetitia).

Merci aux Docteurs JOUFFROY et KERDUDO VEAU de m'avoir permis de découvrir la pédiatrie de ville pendant 6 mois et d'adorer ça.

TABLE DES MATIERES

Table des figures et des tableaux	20
Abréviations	21
Introduction	22
Première partie: Le séjour en maternité	26
<i>I Les différents séjours en maternité et leurs durées</i>	27
a. Le séjour traditionnel	27
b. Le séjour en unité kangourou	29
c. Les sorties précoces de maternité	30
d. L'Hospitalisation A Domicile (HAD)	33
<i>II Définitions</i>	36
a. Le sommeil du nouveau né	36
b. Anxiété du post partum et EPDS3	38
Deuxième partie: L'étude	40
<i>I Population et méthodes</i>	41
a. Population	41
b. Méthodes	41
<i>II Résultats</i>	45
a. La population	45
b. Les données maternelles	46
c. L'accouchement	47
d. Le nouveau né	49
e. L'alimentation du nouveau né	52
f. Le vécu de la grossesse et de l'accouchement	54
g. Le séjour en maternité	57
h. Réponses au questionnaire	60
i. Situation familiale	60
j. L'alimentation à 1 mois	61
k. Qualité de sommeil de l'enfant	72
l. Qualité du sommeil des parents	75
m. Participation du père	77
n. Aides des familles et amis	79
o. Les pleurs de l'enfant	80
p. Ressenti des parents par rapport aux pleurs de leur enfant	81
q. Anxiété des parents	82
r. Consultations durant le 1 ^{er} mois	84
s. Le retour à domicile	88
t. Les conseils reçus à la maternité	89
Troisième partie: Discussion	91
Quatrième partie: Conclusion et perspectives	110
Bibliographie	113
Annexes	118
Résumé	125

TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

- Figure 1 : Répartition des naissances en fonction de l'âge maternel
- Figure 2 : Répartition des naissances en fonction de la parité
- Figure 3 : Répartition des naissances en fonction du type d'accouchement
- Figure 4 : Répartition des naissances en fonction du terme d'accouchement
- Figure 5 : Répartition des naissances en fonction du poids en percentiles
- Figure 6 : Répartition des réanimations des nouveaux nés
- Figure 7 : Répartition de l'alimentation à J0
- Figure 8 : Répartition de l'alimentation à la sortie de la maternité
- Figure 9 : Motifs du mauvais vécu de la grossesse
- Figure 10 : Motifs d'hospitalisations à l'unité kangourou
- Figure 11 : Types de sortie de la maternité
- Figure 12 : Durée du séjour en maternité en fonction de la parité
- Figure 13 : Types de lait à 1 mois
- Figure 14 : Allaitement maternel à 1 mois
- Figure 15 : Evolution de l'alimentation du nouveau né
- Figure 16 : Aides pour l'allaitement
- Figure 17 : Alimentations par 24 heures
- Figure 18 : Nombre d'alimentations la nuit
- Figure 19 : Régurgitations, constipation et coliques
- Figure 20 : Lieu de sommeil
- Figure 21 : Difficultés de sommeil des enfants
- Figure 22 : Nombres de réveils nocturnes
- Figure 23 : Délai de prise du congé paternité
- Figure 24 : Participation des pères
- Figure 25 : Anxiété des mères, EPDS 3
- Figure 26 : Consultation pour le 1^{er} mois
- Figure 27 : Répartition des consultations en fonction de la parité

- Tableau 1 : Motifs d'hospitalisations durant la grossesse
- Tableau 2 : Motifs du mauvais vécu de l'accouchement
- Tableau 3 : Motifs du changement de lait
- Tableau 4 : Délai d'arrêt de l'allaitement maternel
- Tableau 5 : Motifs d'arrêts de l'allaitement maternel
- Tableau 6 : Nombre d'alimentations par 24 heures
- Tableau 7 : Nombre d'alimentations la nuit
- Tableau 8 : Aides apportées par la famille et les amis
- Tableau 9 : Causes des pleurs
- Tableau 10 : Ressenti des parents par rapport aux pleurs de leur enfant
- Tableau 11 : Consultations du 1^{er} mois

ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé
J : Jour
HAS : Haute Autorité de Santé
SA : Semaine d'Aménorrhée
UK : Unité Kangourou
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
HAD : Hospitalisation A Domicile
EPDS 3 : Edinburgh Postnatal Depression Scale 3
PMI : Protection Maternelle et Infantile
VB : Voie Basse
g : gramme
AA : Alimentation Artificiel
AM : Allaitement Maternel
AMixte : Allaitement Mixte
DG : Diabète Gestationnel
HTA : HyperTension Artérielle
AVP : Accident de la Voie Publique
MAP : Menace d'Accouchement Prématuro
CU : Contraction Utérine
RPDE : Rupture Prématuro de la poche Des Eaux
RCF : Rythme Cardiaque Foetal
MAVEU : Mauvaise Adaptation à la Vie Extra Utérine
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
HA : Hypo-Allergénique
AR : Anti Régurgitation
PLV : Protéines de Lait de Vache
RGO : Reflux Gastro Oesophagien
RAD : Retour A Domicile
ns : non significatif
MT : Médecin Traitant
SF : Sage Femme
CH : Centre Hospitalier
pb : problème
GEA : Gastro Entérite Aigue
BAS : Breastfeeding Assessment Score
CRAT : Centre de référence sur les agents tératogènes
UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund
INVS: Institut National Veille Sanitaire
DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
PACS : PActe Civil de Solidarité

INTRODUCTION

La naissance d'un enfant est un évènement très attendu par les parents mais souvent pourvoyeur de stress et d'angoisse. Passée la phase de l'accouchement, débute une période de découverte entre le nouveau né et ses parents.

L'OMS définit le post partum comme « une période de transition critique pour la femme, son nouveau né et sa famille, sur le plan physiologique, affectif et social »[1].

Cette période du post partum immédiat est importante pour le développement du lien d'attachement entre le nouveau né et ses parents. Le séjour en maternité permet aux professionnels de la périnatalité de vérifier la bonne santé du nouveau né et de sa mère, d'encadrer et d'accompagner les jeunes parents dans les soins de puériculture et l'alimentation du nouveau né. Ce séjour permet à la mère de prendre confiance en elle et en ses capacités à s'occuper de son enfant.

Le séjour en maternité a beaucoup évolué depuis les années 1970 de part sa durée et son organisation. S'il y a une cinquantaine d'année le séjour était axé sur la mère et son nouveau né, la participation du père a pris une grande importance depuis, avec son implication dans les soins de puériculture et l'alimentation du nouveau né. La séparation de la mère et de son nouveau né était encore fréquente dans les années 70, aujourd'hui le lien précoce est fortement recommandé pour favoriser le lien d'attachement et l'allaitement. La durée du séjour a également beaucoup évoluée en 50 ans. Elle était de 9 jours en 1970. Cette durée a tendance à beaucoup diminuer avec l'introduction de la notion de sortie précoce au 3^{ème} jour (J2 du nouveau né).

Après ce séjour encadré, les parents et leur nouveau né rentrent au domicile et commence alors une nouvelle étape. Les parents doivent se confronter à différentes situations souvent source d'inquiétude et qui peuvent les désespérer.

Le 1^{er} mois est souvent une période difficile pour les parents, le lien avec leur nouveau né est encore précaire et en constante formation. La fatigue et les modifications hormonales sont autant d'obstacles au bon vécu de ce 1^{er} mois au domicile.

Même si de nombreux conseils ont été prodigués durant le séjour en maternité concernant l'alimentation et le sommeil, certains parents sont confrontés à des difficultés.

Sur le versant alimentaire, les mères allaitant leur nouveau né sont confrontées aux difficultés matérielles et temporelles de l'allaitement. Elles ont besoin d'encouragement et de soutien pour l'alimentation.

La journée est axée sur l'enfant avec un rythme très différent des rythmes de vie des adultes. De plus, le nouveau né n'a pas encore la capacité de dialogue articulé et s'exprime par des pleurs souvent source d'angoisse pour les parents qui n'arrivent pas encore à déchiffrer la demande de leur enfant.

Tous ces changements peuvent désemparer les parents et faire naître une anxiété pouvant avoir des effets néfastes sur leur relation avec leur enfant.

Ce 1^{er} mois au domicile est donc une période difficile et critique pour les parents, période de transition entre la vie d'adulte et la vie de parents. Les parents doivent apprendre leur nouveau métier et découvrir leur enfant.

Devant les difficultés rencontrées, nous avons essayé d'évaluer le devenir de ces parents et de leurs enfants à la fin de ce 1^{er} mois au domicile.

L'objectif principal de cette étude a été d'évaluer le vécu du retour à domicile des parents en analysant les difficultés rencontrées notamment:

- la fréquence et les motifs d'arrêts d'allaitement à 1 mois et l'aide que l'on pourrait apporter à ces mères
- les indications des laits artificiels utilisés à 1 mois
- la qualité du sommeil des parents et de leur enfant
- la participation des pères
- les causes des pleurs et le ressenti des parents
- l'anxiété des parents
- le recours aux consultations médicales

L'objectif secondaire a été de rechercher l'existence de liens entre la parité, la durée de séjour, la situation familiale et les difficultés rencontrées lors de ce 1^{er} mois.

PREMIERE PARTIE

LE SEJOUR EN MATERNITE

I Les différents séjours en maternité et leurs durées

Après plusieurs mois d'attente et plusieurs heures de travail, un nouveau né vient de voir le jour au grand bonheur de ses parents. Même s'ils se sont préparés pendant 9 mois aidés par les cours de préparation à l'accouchement (HAS) [2], cette période est une étape de transition pour la mère et son enfant avec de nombreux changements à venir. Le séjour en maternité essaie d'initier le passage à la parentalité. Ces objectifs sont multiples : vérification de la bonne adaptation à la vie extra utérine du nouveau né, vérification de sa bonne santé physique et neurosensorielle, accompagnement à la mise en place de la relation parents-enfant.

Plusieurs types de séjour sont proposés aux mères en fonction de leurs antécédents médicaux, du mode d'accouchement, du terme d'accouchement, du poids de leur nouveau né, de leurs pathologies ou de celles de leur nouveau né et de leur choix de durée de séjour.

a. Le séjour traditionnel

1. L'accouchement par voie basse

L'accouchement par voie basse est le mode d'accouchement le plus fréquent (72% en France) [3]. Il peut être physiologique ou nécessiter des manœuvres (siège, dystocie des épaules) ou des instruments (ventouse, forceps, spatules). Après ce type d'accouchement, le séjour s'effectue en suites de couches simples.

La durée du séjour en maternité s'est fortement raccourcie avec les années. Il était de 12 jours en 1950, de 8 à 10 jours en 1980 (pas de différenciation en fonction du mode d'accouchement), de 4,95 jours en 2002, de 4,59 jours en 2004 et de 4,5 jours en 2009, avec une forte disparité en fonction des régions françaises. Parallèlement apparaissent un nombre croissant de sorties précoces de la maternité avant les 72 heures de vie du nouveau né. Les séjours en maternité en France sont beaucoup plus longs que dans les pays Scandinaves ou en Angleterre [4].

Lors de ce séjour, différents professionnels de santé prennent en charge le couple mère-enfant (sages femmes, auxiliaires de puériculture, infirmières, obstétriciens, pédiatres).

En 2011, 83,3% des accouchements réalisés à la maternité du Belvédère sont des accouchements par voie basse. Le recours aux instruments a lieu dans 11,8% des cas [5].

En 2010, la durée moyenne du séjour en suites de couches (3 services) est de 4,7 jours [5].

2. L'accouchement par césarienne

L'obstétricien peut avoir recours à l'accouchement par césarienne en cas d'impossibilité d'accouchement par voie basse, de souffrance fœtale ou d'antécédents de césarienne. Ce mode d'accouchement représente 18% des accouchements en France en 2010 [3].

La durée d'hospitalisation est plus longue devant la nécessité de soins spécialisés pour la mère (cicatrice, anesthésie générale). De même que pour l'accouchement par voie basse, la durée d'hospitalisation s'est abaissée, elle était de 7,28 jours en 2002 et de 7,09 jours en 2004 (en France). La prise en charge du couple mère-enfant est effectuée par les mêmes professionnels de santé que lors de suites de couches traditionnelles.

A la maternité du Belvédère, en 2011, 14,3% des mères ont accouché par césarienne [5].

En 2010, la durée moyenne du séjour en unité de césariennes est de 5 jours [5].

b. Le séjour en unité kangourou

1. La méthode kangourou

La méthode kangourou a été initiée en Colombie en 1978 par les pédiatres Rey et Martinez pour palier à un manque de matériel médical (couveuse) [6]. Elle s'est ensuite rapidement développée dans les différents pays. Elle est définie par une mise en peau à peau précoce, prolongée et continue d'un nouveau né hypotrophe, né à terme ou prématuré contre la poitrine de sa mère que ce soit en milieu hospitalier ou au domicile et ce jusqu'à 40 SA. Les soins « kangourou » sont connus pour maintenir une stabilité physiologique des nouveaux nés, assurer leur thermorégulation et promouvoir leur relation avec leurs parents.

2. L'unité kangourou de la maternité du Belvédère

Les unités kangourou (UK) regroupent 3 composantes de la méthode kangourou :

- la position de l'enfant : verticale stricte en peau à peau contre la poitrine de l'un de ses parents
- le mode de nutrition de l'enfant : en général de lait maternel complété si besoin par du lait artificiel
- le principe de sortie précoce et de retour à domicile des enfants ayant une croissance pondérale régulière.

La 1^{ère} unité kangourou française a été créée en 1987 à l'hôpital Antoine Béclère [7]. Par la suite ce type d'unité intègre les différentes maternités de niveau II ou III.

L'unité kangourou de la maternité du Belvédère permet d'accueillir 10 couples mère-enfant. Les mères et leur nouveau né sont hospitalisés dans la même chambre divisée en 2 parties, une pour la mère et l'autre pour le nouveau né. Les mères participent dès qu'elles le peuvent aux soins de leur enfant [5].

Les critères d'hospitalisation en unité kangourou sont précis. Ils prennent en compte les enfants nés prématurés mais également les enfants nés à terme pouvant présenter des complications en période post natale.

Les critères d'hospitalisation en UK à la maternité du Belvédère sont :

- terme < 37 SA (mais > 33 SA)
- enfant hypotrophe pour leur terme
- nouveau né de mère toxicomane (prévention et traitement du syndrome de sevrage)
- nouveau né de mère ayant pris des substances psychotropes pendant la grossesse
- nouveau né de mère diabétique
- mauvaise adaptation à la vie extra utérine
- grossesse gémellaire

Le but de cette unité est de limiter au maximum la séparation entre la mère et son enfant afin de favoriser l'attachement entre le nouveau né et ses parents.

La durée moyenne de séjour dans cette unité est très variable en fonction de l'indication de l'hospitalisation. Elle était de 7,7 jours en 2010 [5].

c. Les sorties précoces de maternité

1. Définition

Les « sorties précoces » ou « retour précoce » à domicile sont définis par l'ANAES en 2004 et correspondent à « une sortie entre J0 et J2 inclus (J0 étant le jour de l'accouchement) pour un accouchement par voie basse ou entre J0 et J4 pour une naissance par césarienne » [8]. Initialement, ce type de sortie a été mis en place pour des raisons économiques. En pratique, il convient de différencier les sorties hyper précoces à J0, très précoces à J1 et modérément précoces à J2.

Selon l'ANAES, le succès du retour précoce à domicile repose sur la coexistence de plusieurs conditions fondamentales :

- le libre arbitre des parents
- les séances de préparation à la naissance et les consultations de suivi de grossesse
- le suivi médical, psychologique et social doit être assuré dès le retour à domicile par une organisation compétente et fiable.

2. La mise en place d'une sortie précoce de maternité

C'est à l'équipe soignante de la maternité d'apprécier la possibilité de sortie précoce en s'appuyant sur les 3 conditions de base définies par l'ANAES [8] :

- le bilan de l'état de santé physique et psychique de la mère et de son enfant et l'évaluation des conditions sociales sont satisfaisants à la date envisagée pour le départ. Les examens complémentaires opportuns ont été réalisés et leur résultats connus et satisfaisants.
- la mère a une compétence et une autonomie suffisante pour l'alimentation et les soins de son enfant et pour l'observation des signes d'alerte concernant elle-même ou son enfant ou bien ces compétences sont assurées avec le soutien à domicile.
- le suivi est assuré à domicile par un ou des professionnels organisés et compétents pour le suivi médical, psychologique et social, pour l'accompagnement à l'allaitement et aux soins de puériculture. Ils doivent intervenir dans des délais et selon des modalités adaptés aux différentes difficultés possibles.

Plusieurs éléments de suivi sont à prendre en compte lors d'un retour précoce à domicile :

- concernant la mère : absence de signe d'infection, contrôle du risque hémorragique, contrôle de la douleur, instauration d'un lien mère-enfant, prise en compte de l'état psychique de la mère, prise en compte de la situation sociale et notamment de la précarité, risque d'échec de l'allaitement maternel.
- concernant le nouveau né : prise en compte du risque d'ictère et du risque lié à l'hyperbilirubinémie, prise en compte du risque infectieux néonatal, dépistage des

cardiopathies, prise en compte du risque de déshydratation, réalisation du test de dépistage au 3^{ème} jour et du dépistage auditif.

- Apprentissage et information de la mère et de son entourage.

3. Organisation du suivi à domicile

La date de la 1^{ère} visite doit être fixée avant la sortie de maternité. Le ou les médecins choisis pour le suivi doivent être prévenus de la prise en charge à domicile dès qu'elle est débutée. La 1^{ère} visite doit avoir lieu le lendemain de la sortie si celle-ci est effectuée avant J2 ou au plus tard le surlendemain si la sortie est à J2. Les 2^{ème} et 3^{ème} visites devraient être systématiques et planifiées selon l'appréciation du professionnel en accord avec la mère. Un soutien téléphonique est proposé à toutes les mères. Le nouveau né doit être examiné entre le 7^{ème} et le 10^{ème} jour de vie afin de remplir le certificat du 8^{ème} jour.

4. Un type de sortie qui fait débat

Le taux de sorties précoces de maternité a doublé en 5 ans, passant de 3% en 1997 à 7% en 2002 [9].

De nombreux auteurs Français se sont penchés sur cette question en mettant en avant les différents risques d'une sortie trop précoce de la maternité à la fois pour la mère, pour son enfant et pour la relation entre ces 2 acteurs [10,11,12,13,14]. Selon de nombreux médecins, un séjour d'une durée égale ou inférieure à 2 jours n'est pas suffisante pour pouvoir juger de la capacité d'une femme à s'occuper de son enfant, de distinguer le simple baby blues d'une pathologie psychiatrique plus grave, de dépister les difficultés à la mise en place de l'allaitement, de plus cela présente des problèmes techniques pour la réalisation du test de dépistage du 3^{ème} jour [13].

Ce type de sortie de maternité est déjà bien connu dans les pays Scandinaves avec comme exemple à Stockholm 66% de sortie avant J2 [15]. Le taux de ré-hospitalisation la 1^{ère} semaine est de 1,3% avec pour principaux motifs l'ictère,

l'anxiété parentale et les difficultés liées à l'alimentation du nouveau né. Ce type de sortie est beaucoup plus codifié que dans notre pays, avec des critères très précis à remplir pour pouvoir bénéficier de ce type de sortie. Le suivi à domicile est également très codifié avec des sages femmes à domicile, l'existence de structures de consultations dédiées au suivi des nouveaux nés et de leur mère et des consultations au sein de la maternité à J3 permettant la réalisation du test de dépistage et le contrôle de la bonne prise de poids [16].

d. L'Hospitalisation A Domicile (HAD)

1. Définition et historique

L'hospitalisation à domicile est définie par le décret du 2 octobre 1992 comme : « les structures d'HAD permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Les soins en HAD se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes » [17]. La circulaire du 30 mai 2000 précise que « l'HAD concerne les malades, quel que soit leur âge, atteints de pathologies graves aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui en l'absence de tels services seraient hospitalisés en établissement de santé » [18].

Ce concept est né en 1945 aux Etats-Unis, connu sous l'appellation « opération home care » [19]. La France commence à réfléchir à ce concept dans les années 1950 et c'est en 1957 que naît le 1^{er} établissement à Paris. Elle se développe par la suite sur tout le territoire français. La 1^{ère} HAD d'obstétrique voit le jour en 1978 à l'initiative du Professeur Sureau à Paris. La 1^{ère} HAD pédiatrique et de post partum est mise en place en 1986 [20].

2. L'HAD du centre hospitalier du belvédère

Elle a été créée en mai 2007. En 2011, 11% des mères ont pu bénéficier d'une sortie de maternité avec l'HAD [5]. L'HAD de la maternité du Belvédère permet une sortie 48 heures après un accouchement par voie basse et à partir du 4^{ème} jour après un accouchement par césarienne. L'équipe est composée de sages femmes et de puéricultrices qui se rendent au domicile des parents 1 fois par jour durant 3 à 4 jours consécutifs à la sortie de la maternité. La durée maximale de l'HAD est de 1 semaine après la sortie. Leur mission est double, d'une part assuré les soins pour les nouveaux nés. Elle s'occupe de revoir avec la mère et le père les soins à administrer au nouveau né, vérifie la bonne prise de poids avec une pesée journalière (idem au séjour en maternité), conseille la mère sur l'allaitement et vérifie l'absence d'ictère par mesure transcutanée de la bilirubine. En cas de doute sur l'état de santé de l'enfant, un contact est pris avec les pédiatres de la maternité et une consultation ou hospitalisation est organisée si nécessaire. Un rendez vous est systématiquement pris avec un pédiatre de la maternité afin de réaliser l'examen du 8^{ème} jour. D'autre part, elle réalise les soins nécessaires à la mère dans les suites de son accouchement. L'équipe est joignable toute la journée au téléphone et le relais est pris la nuit par les sages femmes de la maternité.

Plusieurs critères sont nécessaires pour pouvoir bénéficier de l'HAD :

- lieu d'habitation dans le périmètre d'intervention de l'HAD (environ 20 km).
- ne pas être seul (accompagnement par un adulte nécessaire en particulier la nuit).
- être aidé notamment pour la gestion des aînés et des tâches ménagères, il s'agit d'un temps de repos nécessaire dans les suites d'un accouchement.
- avoir le jour de la sortie l'accord conjoint du pédiatre et de l'obstétricien.

3. Les différents types d'HAD

Plusieurs types d'HAD sont disponibles à la maternité du Belvédère, 6 places sont disponibles.

- L'HAD dite physiologique : elle correspond au suivi HAD après une sortie précoce de la maternité.

- L'HAD dite pathologique : elle regroupe plusieurs catégories.

D'une part, les pathologies liées au nouveau né, majoritairement la prématurité et/ou l'hypotrophie. Elle est fréquemment proposée aux parents après un séjour en unité kangourou.

Et d'autre part, les pathologies liées à la mère et à l'allaitement. Elle est possible si la mère présente des complications du post partum et nécessite des soins particuliers mais faisables à domicile. Elle est également fréquente pour les mères présentant des difficultés à l'initiation de l'allaitement, en permettant un accompagnement plus long qu'en maternité.

II Définitions

a. Le sommeil du nouveau né

Selon Challamel et Thirion, le sommeil apparaît progressivement en différentes étapes de construction puis de maturation [21]. La période de construction est majeure entre la naissance et le 6^{ème} mois. La période de maturation s'étend jusqu'à l'adolescence.

La période qui nous intéresse dans cette étude est le 1^{er} mois de vie. Il correspond à une étape de construction du sommeil comprise entre la 24^{ème} SA et la fin du 1^{er} mois de vie extra utérine, où le rythme du sommeil est « foetal » indépendant de l'environnement. La vigilance du nouveau né se compose en 4 stades qui ont été décrits et définis par les Américains A.Parmelee et P.H Wolff, les Françaises Colette Dreyfus-Brisac et Nicole Monod en 1965 et 1966 et surtout par le Pr HFR Prechtl en 1974 en Hollande, qui a proposé une classification en 5 stades de la vigilance du nouveau né [21].

Le 1^{er} stade est le sommeil calme : le nouveau né est immobile au cours de son sommeil, éventuellement quelques sursauts. Sa durée est de 20 minutes en moyenne (elle peut correspondre à la phase de sommeil lent profond de l'adulte).

Le 2^{ème} stade est le sommeil agité : il est caractérisé par l'apparition de mouvements corporels très stéréotypés, associé à des mouvements oculaires voir même des yeux grands ouverts, le visage est très expressif avec de nombreuses mimiques. Mais en dehors de ces mouvements, le tonus du nouveau né est très bas. Il s'agit de l'équivalent du sommeil paradoxal chez l'adulte mais moins stable et associé à de nombreux micro éveils. Cette phase de sommeil peut donc facilement être confondue par les parents avec un éveil ou pré éveil.

Le 3^{ème} stade est l'état de veille calme : il correspond à des moments d'éveils tranquilles et attentifs. Le nouveau né regarde attentivement, il est conscient de son

environnement. Cette phase est limitée à quelques minutes les 1^{ers} jours de vie et peuvent atteindre 30 minutes à la fin du 1^{er} mois.

Les 4^{ème} et 5^{ème} stades correspondent aux états de veille agitée : il s'agit de moments de veille beaucoup moins conscients et moins attentifs que le stade 3. Il peut donner une impression de malaise et le nouveau né peut même pleurer. Dans les 1^{ers} jours de vie, ce sont ces états de veille agitée qui prédominent sur l'état de veille calme. Ils vont se réduire au long des semaines de façon très variable en fonction des individus.

On comprend donc le rythme de sommeil de l'enfant durant son 1^{er} mois de vie. Le passage du sommeil fœtal au sommeil du nouveau né se fait par l'apparition de nombreux éveils au cours de la journée, probablement modulés par le rythme de la faim mais pas uniquement. Ainsi, un nouveau né dort beaucoup, 16 heures en moyenne, mais il existe déjà de grandes variations interindividuelles allant de 20 heures de sommeil par jour à moins de 14 heures. Durant les 30 premiers jours de vie, les éveils sont essentiellement des états de veille agitée. Ainsi, un nouveau né qui dort peu est souvent un enfant qui pleure beaucoup.

De plus, le nouveau né ne connaît pas le jour et la nuit. Il est indifférent à l'environnement lumineux et ses réveils se produisent à n'importe quels moments. Les premières périodes de sommeil un peu plus longues peuvent donc apparaître au hasard le jour ou la nuit. Le nouveau né s'endort principalement en sommeil agité et les rares endormissements en sommeil calme se produisent après de longues phases de pleurs. Les cycles du sommeil sont courts de 50 à 60 minutes chez le nouveau né (soit la moitié de la durée d'un cycle de l'adulte), il y a donc entre 18 et 20 cycles de sommeil par 24 heures sans périodicité diurne ou nocturne.

La définition de difficultés de sommeil est assez complexe. Elle diffère selon les parents et leur culture.

Dans notre étude, nous avons défini les difficultés de sommeil par rapport au ressenti des parents concernant l'endormissement et les réveils nocturnes en dehors de l'alimentation.

Pour l'endormissement, les difficultés étaient représentées par des pleurs au coucher, la nécessité d'avoir l'enfant dans les bras pour l'endormir ou le ressenti des parents que l'enfant s'endormait tard (> 22 heures).

Pour les réveils nocturnes, les difficultés étaient représentées par des réveils sans que le nouveau né prenne le sein ou un biberon. La période nocturne était définie entre le coucher et le réveil habituel des parents.

Les parents évaluaient les difficultés de sommeil de leur nouveau né en fonction des difficultés d'endormissement et/ou des réveils nocturnes.

b. Anxiété du post partum et EPDS3

L'accès à la parentalité est une période de vulnérabilité au cours de laquelle une augmentation du stress est fréquente. De nombreux troubles psychiques peuvent apparaître durant cette période : l'anxiété, le baby blues, la dépression de post partum, les psychoses puerpérales.

C'est Cox en 1987 qui décrit pour la 1^{ère} fois l'Edinburg Post natal Dépression Scale, (EPDS), échelle aidant à identifier les dépressions du post partum [22]. De nombreuses échelles de dépression existaient antérieurement mais elles n'étaient pas adaptées à la période du post partum. Cette échelle est composée de 10 questions notées de 0 à 3, ainsi le score obtenu est compris entre 0 et 30. Les femmes identifiées comme à risque de dépression du post partum ont un score > 10. Cette échelle est valable en pré et post partum. Par la suite sont apparues des échelles simplifiées permettant d'identifier l'anxiété (EPDS3) et les symptômes dépressifs du post partum (EPDS7) [23].

L'EPDS 3 utilise 3 des 10 questions comprises dans l'EPDS standard et permet de dépister l'anxiété, élément prédominant dans la dépression du post partum. Les 3 questions sont cotées de 0 à 3 ainsi le score obtenu est compris entre 0 et 9. Les femmes présentant un score > 3 présentent une anxiété pathologique [23].

Cette échelle en 3 questions est donc plus rapide à utiliser et donc plus applicable à une enquête téléphonique.

L'anxiété du post partum touche 10 à 50% des mères dans les mois suivant la naissance [24,25,26]. L'anxiété et la dépression du post partum sont souvent corrélées et les premiers signes d'une dépression du post partum peuvent mimer une phase anxieuse.

L'anxiété est particulièrement à prendre en compte de part sa fréquence et son aspect prédictif sur la dépression du post partum

DEUXIEME PARTIE

L'ETUDE

I Population et méthodes

a. Population

Il s'agit d'une enquête prospective descriptive menée au centre hospitalier du Belvédère (maternité de niveau II A).

Elle concernait les couples mère-enfant sortis de la maternité entre le 17 janvier et le 17 février 2013, quelque soit leur service d'hospitalisation.

Les critères d'exclusion étaient les morts fœtales in utero, les décès néonataux et les nouveaux nés prématurés transférés dans une maternité de niveau III.

308 couples mère-enfant étaient éligibles.

b. Méthodes

Les parents ont été informés de l'enquête par une lettre remise à la sortie de la maternité dans le carnet de santé.

Les parents ont été contactés par téléphone 4 à 5 semaines après la sortie de la maternité.

Le recueil des données a été effectué en 2 parties :

- une 1^{ère} partie remplie à partir des informations disponibles dans le logiciel du centre hospitalier du Belvédère, DIAMM.

Ont été recueillis :

- Les caractéristiques maternelles
 - Age de la mère.
 - Parité.

- Les caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement
 - Vécu de la grossesse.
 - Nombres et motifs d'hospitalisation durant la grossesse.
 - Mode d'accouchement (voie basse eutocique, voie basse avec instrument, césarienne programmée, césarienne en urgence).
 - Vécu de l'accouchement.

- Les caractéristiques néonatales
 - Terme de naissance.
 - Sexe.
 - Poids de naissance et percentiles.
 - Réanimation à la naissance.
 - Type d'alimentation du nouveau né à J0 et à la sortie.

- Les caractéristiques de l'hospitalisation en maternité
 - Type de séjour.
 - Durée du séjour.
 - Sortie en HAD.

- la 2^{ème} partie a été remplie à l'aide du questionnaire téléphonique. Ont été recueillis

- Les données familiales
 - situation familiale (en couple, seul).

- Les données relatives à l'alimentation du nouveau né
 - en cas d'allaitement maternel, nous avons recherché si l'allaitement avait été poursuivi ou arrêté. En cas d'arrêt, nous avons recherché la date et le motif d'arrêt. Nous avons demandé aux mères si elles avaient eu besoin d'aide pour l'allaitement et sous quelle forme (mail d'allaitement du Belvédère, association, consultation avec le médecin traitant, un pédiatre ou à la PMI).
 - en cas d'alimentation artificiel, nous nous sommes enquis du type de lait actuellement utilisé et du nombre et du motif de changements de lait depuis la sortie de la maternité.

Pour les 2 types d'alimentation, nous avons recueilli le nombre d'alimentations par 24h, ainsi que le nombre de réveils des parents la nuit pour l'alimentation. Nous avons demandé aux parents d'évaluer la prise de poids de leur enfant. Nous avons évalué la présence de régurgitations, constipation et coliques.

- Les données relatives au sommeil de l'enfant et des parents

- Enfant

Nous avons questionné les parents sur le lieu de sommeil de l'enfant et sur les difficultés relatives à son sommeil concernant son endormissement ou ses réveils nocturnes.

- Parents

Nous nous sommes enquis de la fatigue ressentie par les parents, de leur qualité de sommeil en évaluant le nombre de réveils nocturnes ou les difficultés d'endormissement et évalué la possibilité de repos dans la journée sous forme de sieste avec la fréquence.

- Les données relatives à la participation du père

Nous avons demandé si le père avait repris le travail et s'il avait pris son congé paternité et à quel moment. Nous avons évalué la participation du père pour les soins du nouveau né notamment concernant le bain et la participation à l'alimentation. L'aide apportée par le père pour les tâches ménagères et la gestion des aînées ont été évaluées. Nous avons demandé aux mères si elles se sentaient aidées par le père.

- Les données relatives à la participation de l'entourage

Nous avons interrogé les parents sur l'aide apportée par la famille et les amis et sous quelle forme.

- Les données relatives aux pleurs du nouveau né

Nous avons demandé aux parents quelles étaient pour eux la cause des pleurs de leur enfant (alimentation, douleur, colique, câlin, caprice ou autre) ainsi que leur ressenti par rapport à ces pleurs.

- Les données relatives à l'anxiété des parents

Nous avons utilisé l'EPDS3 afin d'évaluer l'anxiété des mères. Nous avons demandé aux parents s'ils s'étaient sentis inquiets depuis le retour à domicile, paniqués, effrayés ou débordés par les événements ou s'ils avaient eu peur de ne pas savoir s'occuper de leur enfant. Nous avons demandé aux mères si elles s'étaient senties coupables quand certaines choses n'allaient pas bien. Nous avons demandé aux mères si elles avaient pleuré depuis le retour au domicile.

- Les données relatives aux consultations lors du 1^{er} mois de vie

Nous avons demandé aux parents, combien de fois et pour quel motif, ils avaient consulté un personnel médical (médecin traitant ou d'urgence, SOS médecin, pédiatre ou pédiatre de PMI, urgences pédiatriques) ou paramédical (sages femmes, puéricultrices) depuis la sortie de maternité. Nous avons également recherché si les parents s'étaient rendus à la PMI pour le contrôle du poids du nouveau né comme il leur avait été conseillé lors de leur séjour.

- Les données sur le vécu du retour à domicile

Nous avons demandé aux parents comment s'était passé le retour au domicile et si les conseils reçus lors du séjour à la maternité étaient suffisants ou non.

- Les données sur les améliorations à apporter pour le retour à domicile

Nous avons questionné les parents sur l'aide qu'ils auraient aimé avoir en plus afin de les aider pour le retour au domicile.

- Questions

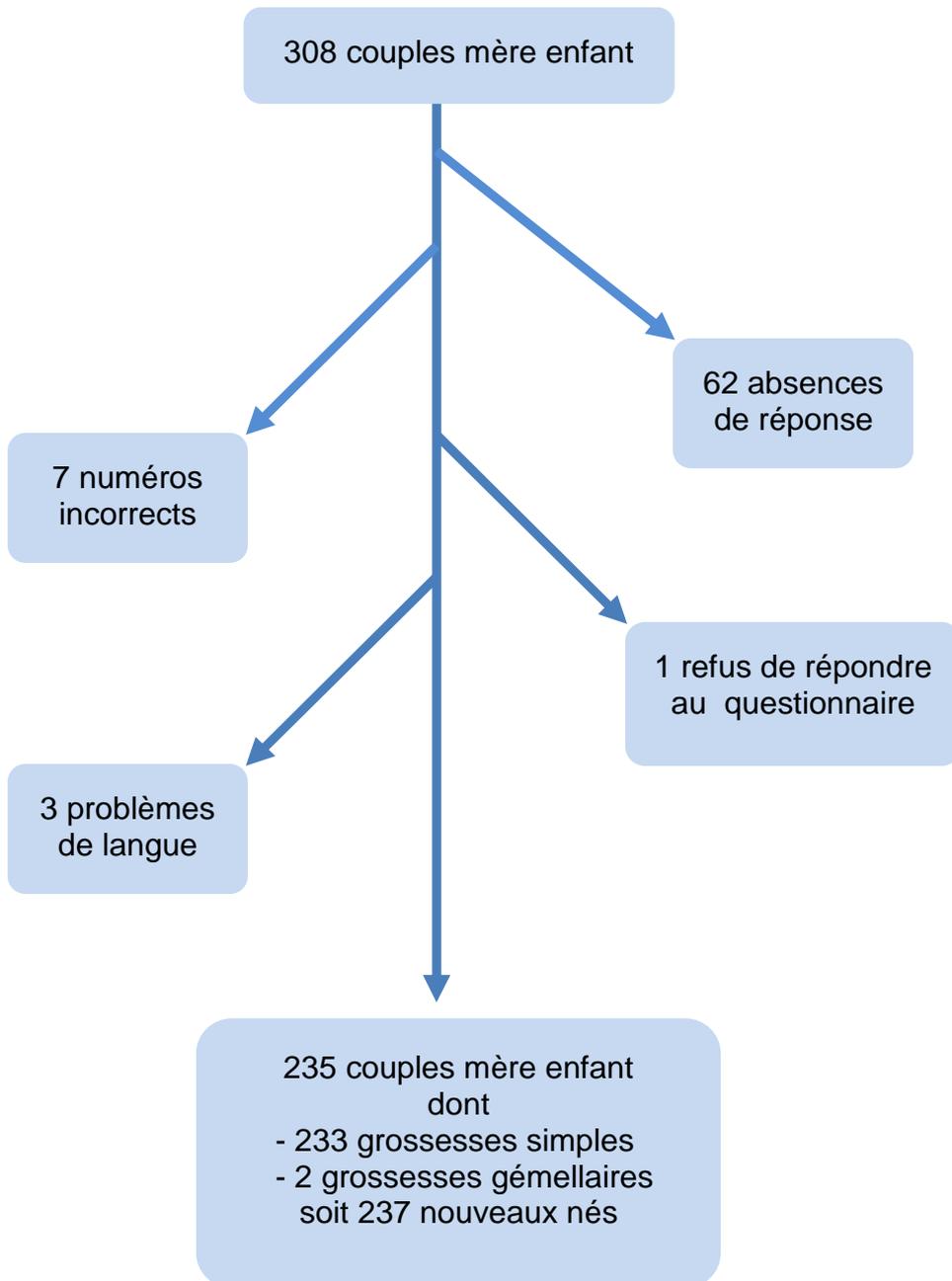
Les parents avaient la possibilité de poser des questions libres relatives à leur enfant ou à l'accouchement.

La durée de l'appel téléphonique a été mesurée pour chaque appel.

II Résultats

a. La population

308 parents ont été contactés. 235 ont répondu, soit 76% de réponses.



b. Les données maternelles

1. Naissances selon l'âge de la mère

Les mères étaient âgées en moyenne de 30,7 ans. L'âge médian était de 30,4 ans avec pour extrêmes 20,3 et 41,5 ans.

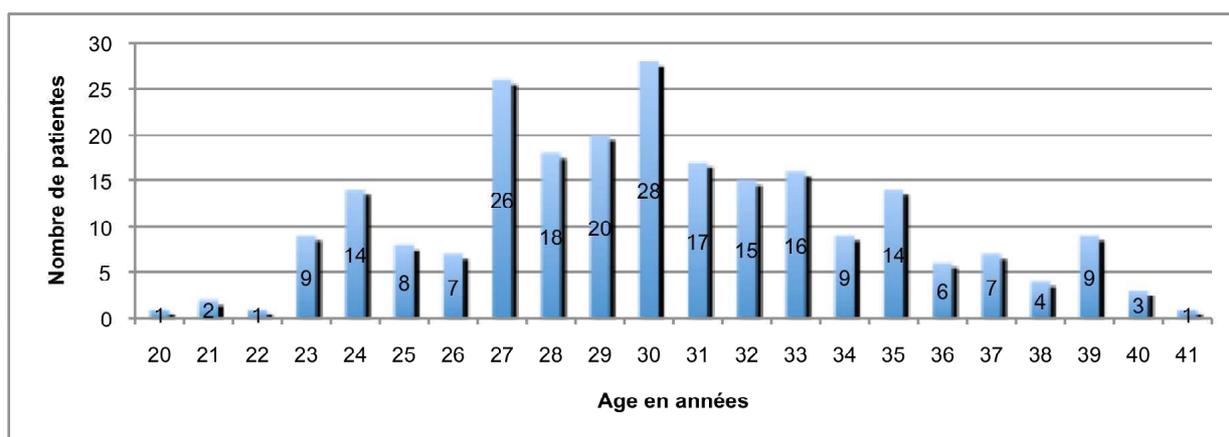


Figure 1 : Répartition des naissances en fonction de l'âge maternel.

2. Naissances selon la parité

45% des mères étaient primipares (n=105).

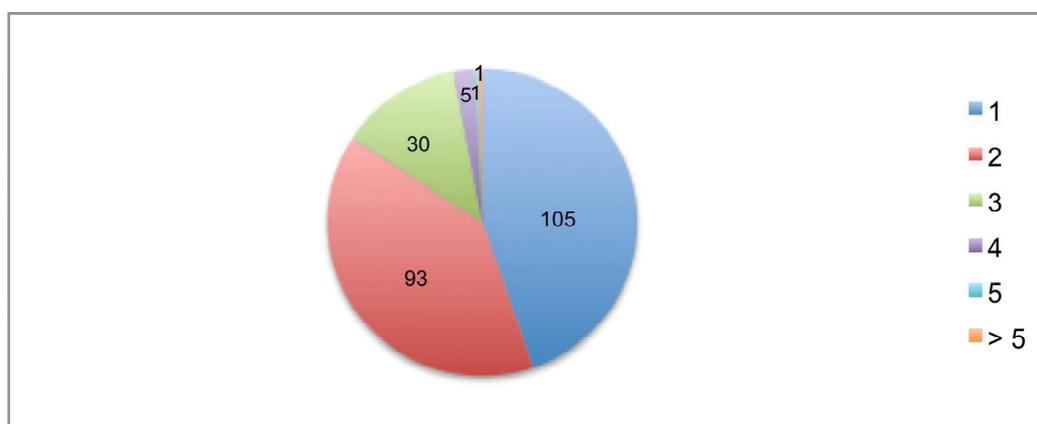


Figure 2 : Répartition des naissances en fonction de la parité

55% des mères étaient multipares (n=130) :

- 2^{ème} pare : 39% (n=93)
- 3^{ème} pare : 13% (n=30)
- 4^{ème} pare : 2% (n=5)
- 5^{ème} pare : 0,5% (n=1)
- 9^{ème} pare : 0,5% (n=1)

c. L'accouchement

85% des femmes ont accouché par voie basse (n=202) dont :

- voie basse spontanée : 76% (n=181)
- voie basse avec instrument : 9% (n=21)

Parmi les instruments utilisés, il s'agissait à :

- 67% de ventouse (n=14)
- 19% de spatules (n=4)
- 14% de forceps (n=3)

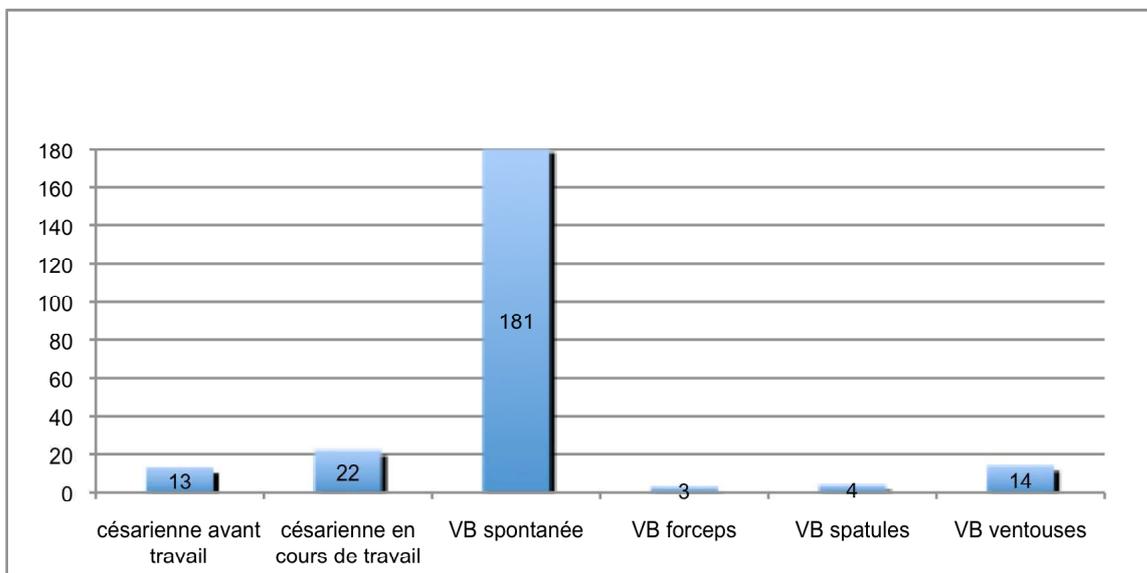


Figure 3 : Répartition des naissances en fonction du type d'accouchement

15% des femmes ont accouché par césarienne (n=35) :

- 37% de césariennes programmées avant la mise en route du travail (n=13)

- 63% de césariennes en cours de travail pour stagnation de la dilatation et anomalies du rythme cardiaque fœtal (n=22) dont 50% en urgence pour troubles du rythme cardiaque fœtal (n=11)

d. *Le nouveau né*

1. Naissances selon le sexe

La répartition des sexes était équilibrée avec un sex ratio de 1 (119 garçons et 118 filles).

2. Naissances selon le terme de naissance

3% des naissances concernaient des nouveaux nés prématurés (n=8) (entre 35,6 SA et 36,6 SA).

20% des naissances concernaient des termes dépassés (n=47) (> 41 SA).

Le terme de naissance médian était de 39,6 SA avec pour extrêmes 35,6 SA et 42,1 SA.

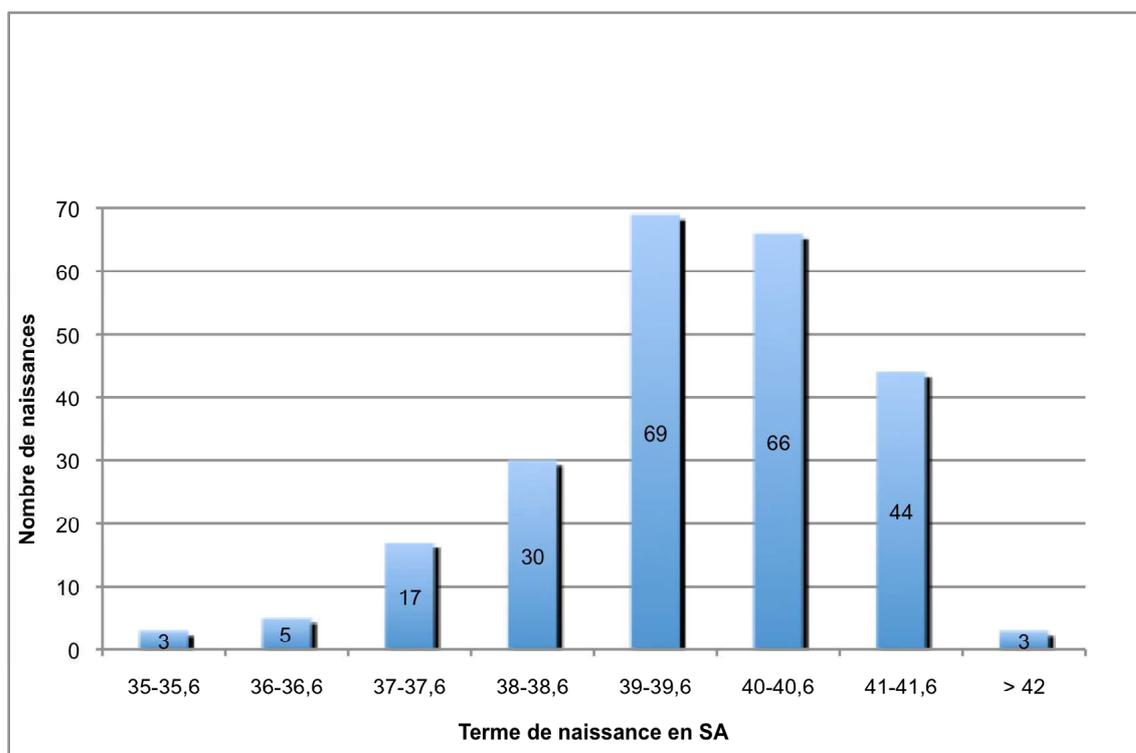


Figure 4 : Répartition des naissances en fonction du terme d'accouchement

3. Naissances selon le poids des nouveaux nés en percentiles

Le poids de naissance médian était de 3360 grammes avec pour extrêmes 1840 grammes et 4740 grammes.

2% des nouveaux nés pesaient moins de 2500g (n=6) et 8% pesaient plus de 4000g (n=20).

Cependant, il est plus facile d'interpréter les poids des nouveaux nés en fonction des percentiles correspondant au terme.

Ainsi, 3,5% des nouveaux nés étaient hypotrophes (n=8) (< 5^{ème} percentile) et 5% macrosomes (n=12) (> 95^{ème} percentile).

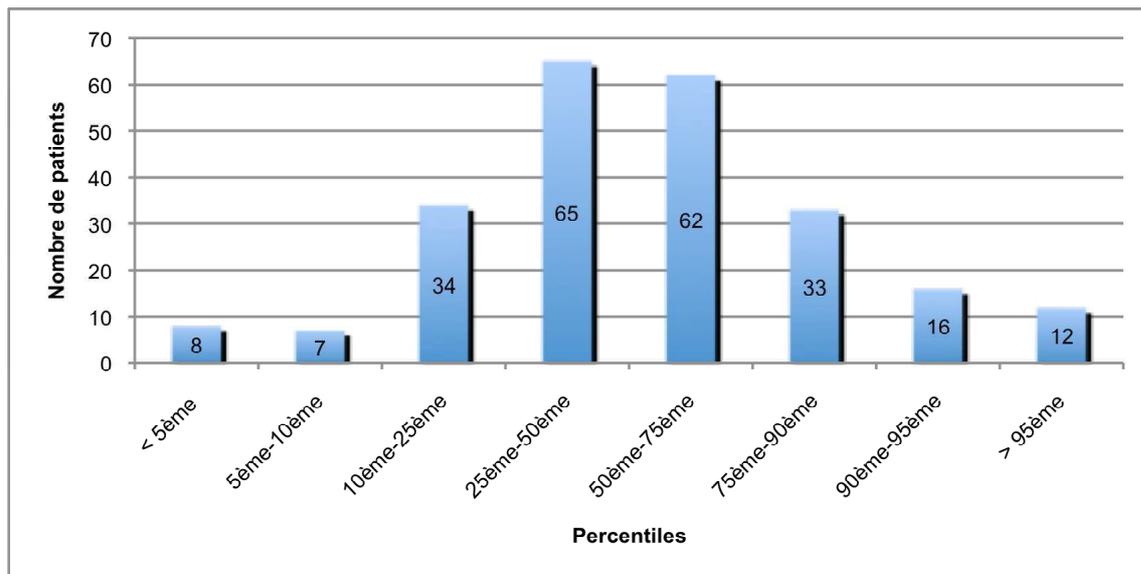


Figure 5 : Répartition des naissances en fonction du poids en percentiles

4. Adaptation du nouveau né en salle de naissance

10% des nouveaux nés ont nécessité une réanimation en salle de naissance (n=23).

Parmi ces 23 nouveaux nés :

- 65% (n=15) : ventilation au masque ou Néopuff
- 26% (n= 6) : aspiration sous laryngoscope, dont n=3 (13%) aspiration + ventilation au masque ou Néopuff.
- 4% (n =1) : intubation + ventilation mécanique
- 4% (n= 1) : ventilation mécanique + massage cardiaque externe

Il y avait plus de risque de réanimation en cas de césarienne pendant le travail ($p=0,03$) ou d'accouchement par voie basse avec instruments ($p=0,02$) qu'en cas de naissance par voie basse spontanée ou de césarienne programmée. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative sur la réanimation entre un accouchement par voie basse instrumentale et une césarienne en cours de travail.

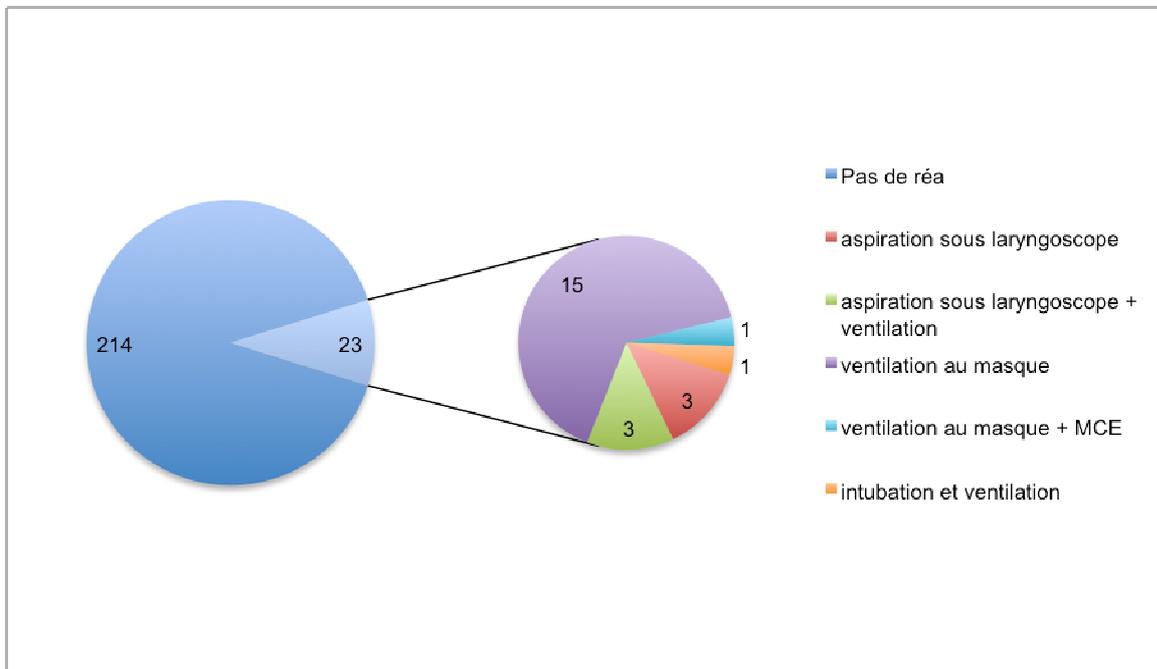


Figure 6 : Répartition des réanimations des nouveaux nés

e. *L'alimentation du nouveau né*

1. Type d'alimentation à J0

67% des mères ont décidé d'allaiter leur nouveau né (n=157).

5% des mères ont choisi de faire une tétée d'accueil en salle de naissance puis de poursuivre l'alimentation du nouveau né avec un lait artificiel (n=12).

27% des mères ont choisi un allaitement artificiel dès la naissance (n=64).

1% des mères ont choisi un allaitement mixte dès la naissance (n=2) dont une du fait de sa grossesse gémellaire.

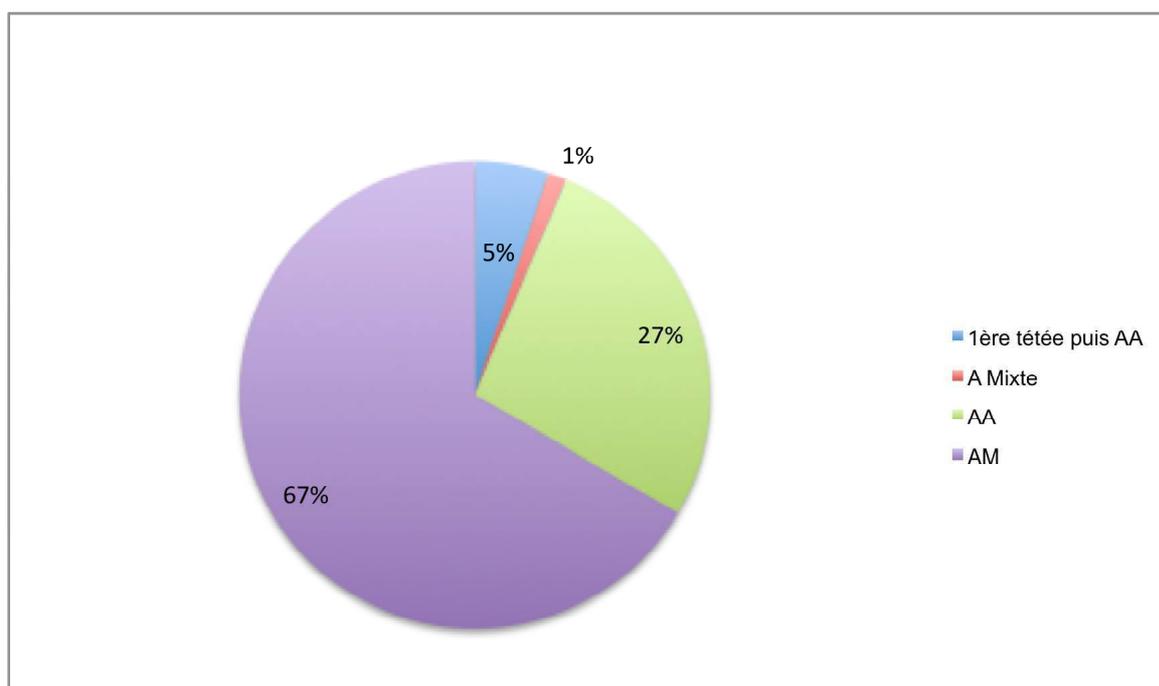


Figure 7 : Répartition de l'alimentation à J0

2. Type d'alimentation à la sortie de la maternité

Parmi les mères ayant choisi d'allaiter, 6% ont arrêté l'allaitement durant le séjour en maternité (n=9). 6% ont également dû opter pour un allaitement mixte durant le séjour (n=9).

Ainsi 59% des mères allaitaient à la sortie de la maternité (n=139), 5% avaient un allaitement mixte (n=11) et 36% nourrissaient leur enfant avec un lait artificiel (n=85).

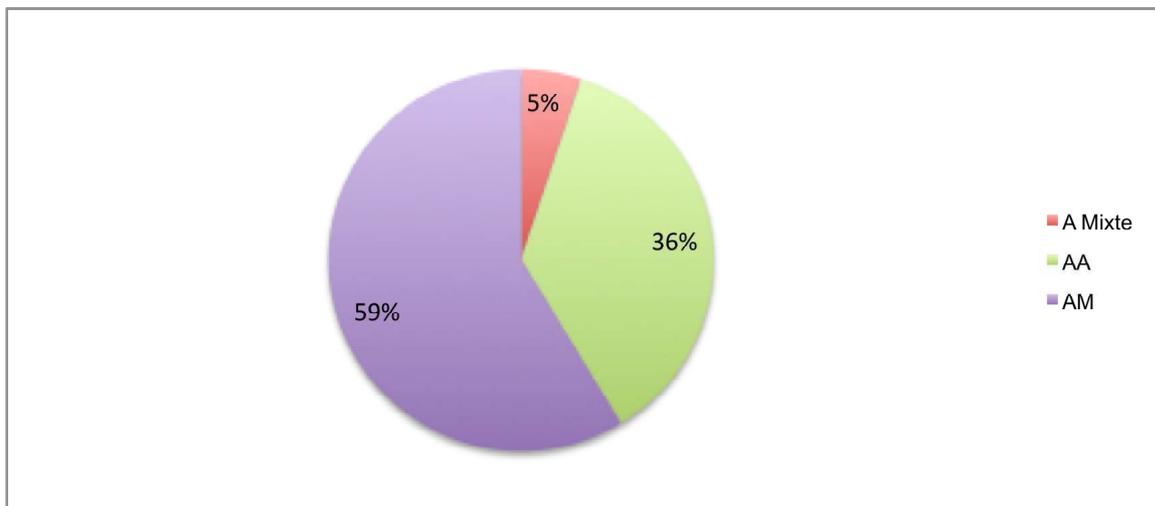


Figure 8 : Répartition de l'alimentation à la sortie de la maternité

f. Le vécu de la grossesse et de l'accouchement

1. Vécu de la grossesse

86% des femmes avaient un bon vécu de leur grossesse (n=201).

Pour les 14% restantes (n=34), la grossesse a été difficile, associée à plusieurs types de pathologies ayant ou non entraîné une hospitalisation.

Pour 23% des mères, l'anxiété était le premier élément avancé expliquant le mauvais vécu de cette grossesse (n=8), suivi par la menace d'accouchement prématuré pour 20% (n=7) et l'existence d'un diabète gestationnel (DG) pour 15% (n=5).

D'autres étiologies étaient retrouvées mais à une fréquence moins élevée : difficulté de la grossesse, grossesse non prévue, arrêt de travail tôt, HTA, infection, fatigue, AVP, contractions utérines durant la grossesse, cholestase gravidique.

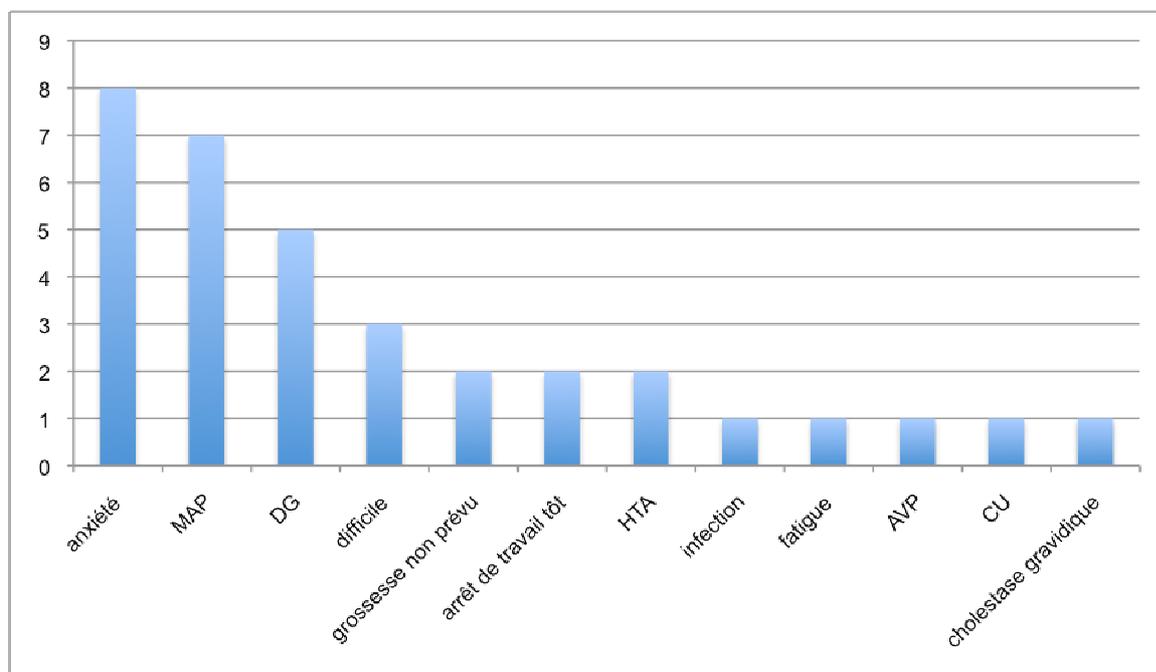


Figure 9 : Motifs du mauvais vécu de la grossesse

2. Hospitalisation durant la grossesse

10% des mères ont été hospitalisées durant leur grossesse (n=25), deux ont été hospitalisées 2 fois et une 3 fois.

La principale cause d'hospitalisation était la MAP (32%, n=8), puis les bilans d'HTA (16%, n=4)

Motifs d'hospitalisations	Nombre de mères
1. MAP	8 (32%)
2. HTA	4 (16%)
3. fièvre	2 (8%)
4. AVP	1 (4%)
5. Diabète gestationnel	1 (4%)
6. métrorragies	1 (4%)
7. douleurs	1 (4%)
8. colique nephretique	1 (4%)
9. pré éclampsie	1 (4%)
10. RPDE	1 (4%)
11. thrombopénie	1 (4%)
12. RCF suspect	1 (4%)
13. vomissements	1 (4%)
14. troubles psychologiques	1 (4%)

Tableau 1 : Motifs d'hospitalisations durant la grossesse

3. Vécu de l'accouchement

78% des mères avaient un bon vécu de l'accouchement (n=183).

22% des mères gardaient un mauvais souvenir de leur accouchement (n=52). Parmi ces mères, 2 avaient accouché seules à leur domicile sans aide médicale.

Les principales causes retrouvées de ce mauvais vécu étaient:

- utilisation d'instruments : 22% (n=11)
- déclenchement : 16% (n= 8)
- douleur : 12% (n=6)
- césarienne : 10% (n=5)
- anesthésie : 10% (n=5)

Motifs du mauvais vécu	Nombre de mères
1. utilisation d'instrument (forceps, ventouse, spatules)	11 (22%)
2. déclenchement	8 (16%)
3. douleur	6 (12%)
4. césarienne	5 (10%)
5. anesthésie	5 (10%)
6. difficile	3 (6%)
7. long	3 (6%)
8. hémorragie de la délivrance	2 (4%)
9. inquiétude / réa bébé	2 (4%)
10. peur	2 (4%)
11. mise à l'écart	1 (2%)
12. naissance dans l'ambulance	1 (2%)
13. dystocie de démarrage	1 (2%)

Tableau 2 : Motifs du mauvais vécu de l'accouchement

g. Le séjour en maternité

1. Service d'hospitalisation en maternité

9% des nouveaux nés ont été hospitalisés en unité kangourou (n=22):

- n= 7 : petit poids
- n= 8 : prématurité (dont une paire de jumeaux)
- n= 2 : grossesses gémellaires
- n= 2 : diabète gestationnel
- n= 1 : consommation de toxique de la mère (alcool)
- n= 1 : mauvaise adaptation à la vie extra utérine
- n= 1 : transfert secondaire de suites de couches pour suspicion de mouvements anormaux qui étaient des clonies du sommeil

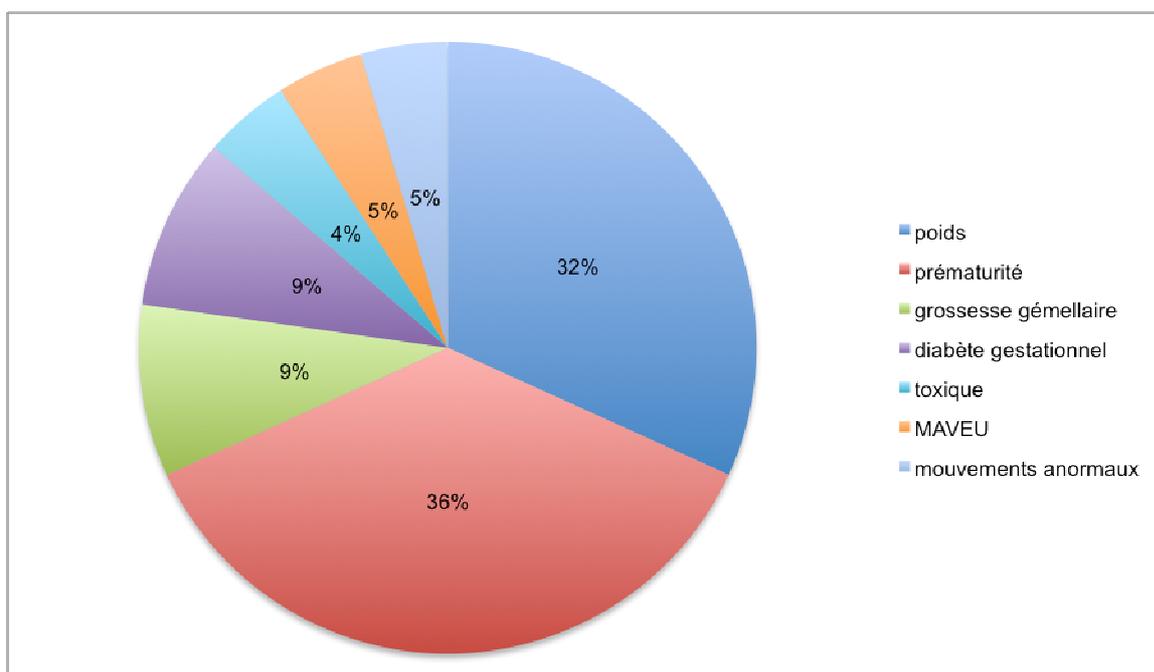


Figure 10 : Motifs d'hospitalisations en unité kangourou

Un enfant a été transféré au CHU pour des convulsions à 48 heures de vie sur un hématome intra parenchymateux.

2. Types de sortie de la maternité

13% des mères ont pu bénéficier d'une hospitalisation à domicile (n=31).

61% des mères sont sorties à J2 (accouchement par voie basse) ou J4 (césarienne) (J0 étant le jour de naissance du nouveau né) (n=19), correspondant à une sortie précoce de la maternité et 39% sont sorties avec une indication médicale de suivi, soit par rapport à l'allaitement soit pour le suivi du nouveau né (n=12).

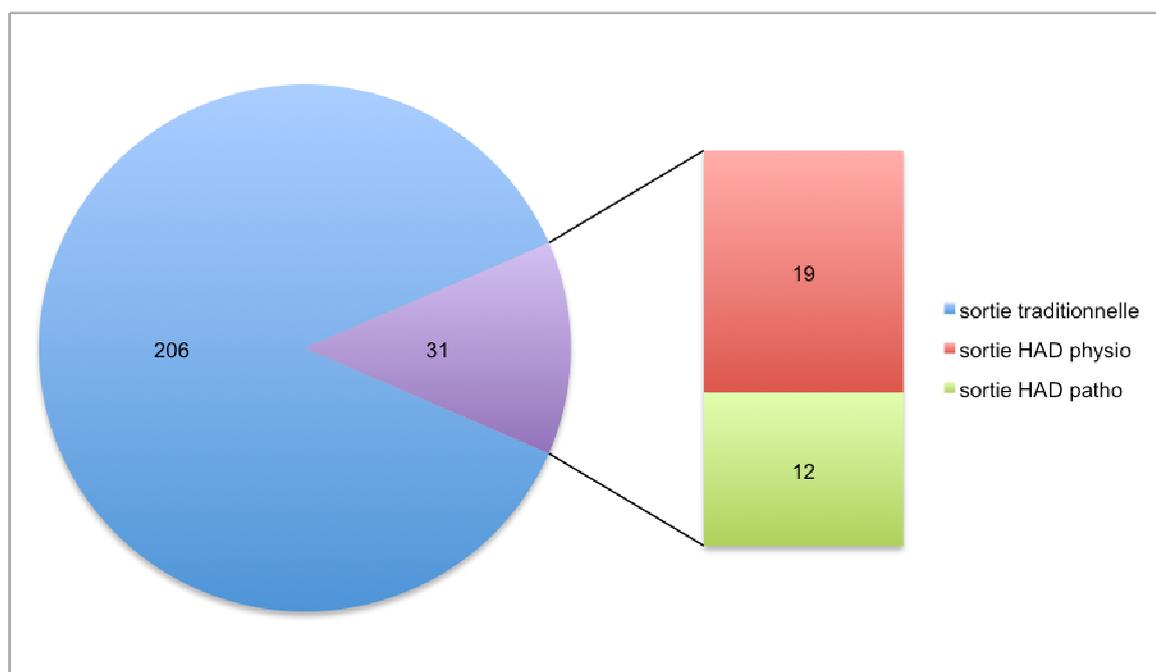


Figure 11 : Types de sortie de la maternité

3. Durée du séjour en maternité

La médiane de durée de séjour était de 6 jours (J5 de vie du nouveau né), la moyenne était de 5,4 jours tous séjours confondus. La moyenne de durée de séjour était de 5,2 jours lors d'un accouchement par voie basse et de 6 jours lors d'une césarienne.

La durée moyenne d'un séjour en unité kangourou était de 9,35 jours, la médiane était à 8,5 jours avec pour extrêmes 5 jours (surveillance d'un diabète gestationnel) et 18 jours (prématurité à 36 SA).

Il existe une différence significative entre la durée de séjour des primipares et des multipares ($p < 0,001$).

Les primipares avaient des séjours plus longs que les multipares.

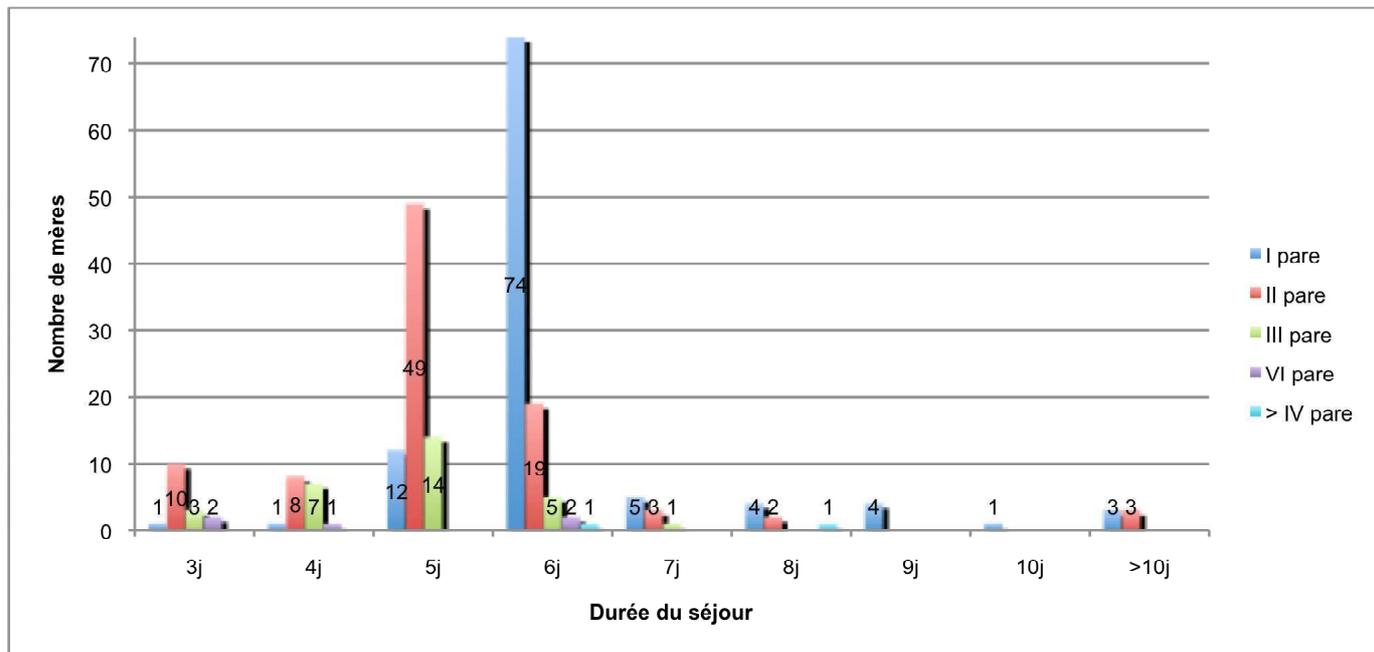


Figure 12 : Durée du séjour en maternité en fonction de la parité

h. Réponses au questionnaire

Dans 92% des cas, la mère répondait au questionnaire téléphonique (n=217).

La durée moyenne des appels téléphoniques était de 9,7 minutes +/- 3. L'appel le plus long a duré 25 minutes. Plusieurs points ont été abordés durant cet appel.

i. Situation familiale

94% des parents vivaient en couple (n=221).

j. L'alimentation à 1 mois

1. L'alimentation artificielle

Les nouveaux nés sont sortis de la maternité avec une prescription de lait 1^{er} âge, de lait HA en cas de contexte allergique, de lait pré pour les nouveaux nés prématurés ou de faible poids de naissance, d'hydrolysat des protéines de lait de vache en cas d'antécédent familial d'allergie aux protéines de lait de vache ou de lait AR en cas de régurgitations importantes lors du séjour en maternité (changement de teint lors de la prise du biberon).

- Le type de lait à 1 mois
 - lait 1^{er} âge : 49% (n=42)
 - lait AR : 26% (n=22)
 - lait HA : 8% (n=7)
 - lait digest : 5% (n=4)
 - hydrolysat des protéines de lait de vache : 2% (n=2)
 - lait transit : 2% (n=2)
 - lait anti colique : 2% (n=2)
 - lait de riz : 1% (n=1)
 - lait pelargon : 1% (n=1)
 - lait 1^{er} âge ou HA + épaississant Gumilk : 2% (n=2)

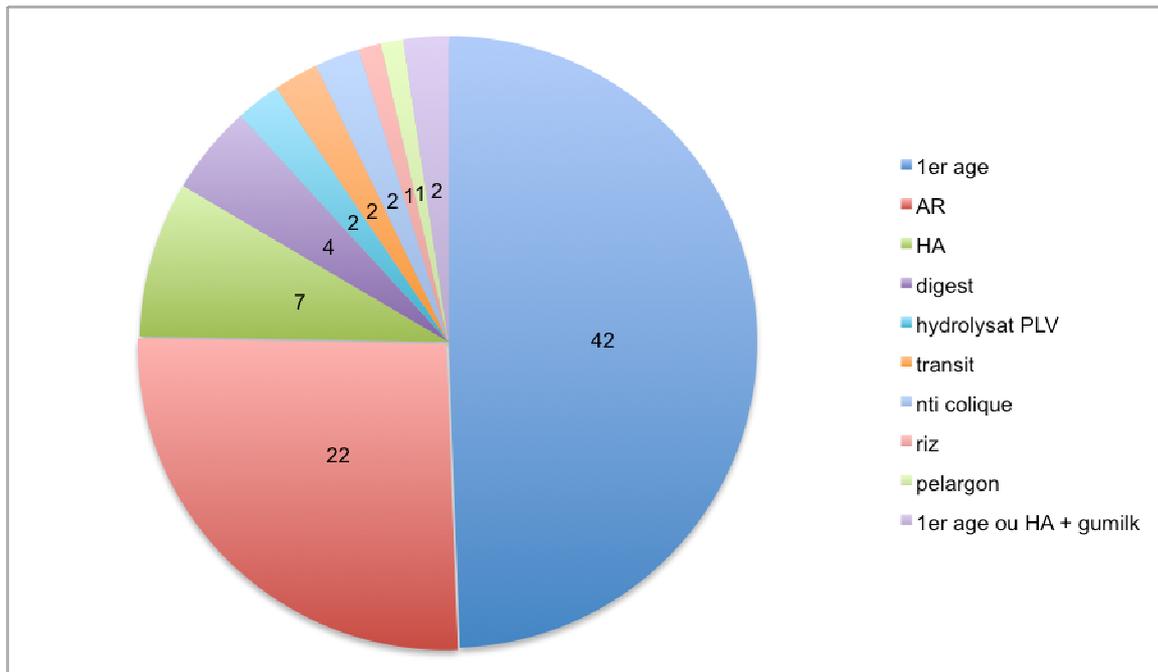


Figure 13 : Types de lait à 1 mois

2. Nombre de changements de lait depuis la sortie de la maternité

Seul 23% des parents n'ont pas changé de lait depuis la sortie de la maternité (n=20).

55% des parents ont changé une fois de lait (n=47), dont 46% ont changé de marque par rapport à celle utilisée à la maternité (n=22).

17% des parents ont changé 2 fois (n=15), 4% 3 fois (n=3) et 1% plus de 3 fois (n=1) (5 fois).

▪ Les causes de changements de lait

La cause principale était un changement de marque (42%, n=32), suivi par la présence de régurgitations (33%, n=25).

Certains motifs de changement étaient normaux comme le passage du lait HA ou pré au lait 1^{er} âge ou le passage à un lait sans protéine de lait de vache devant des rectorragies. Mais pour 24% de changements l'indication n'était pas médicale (n=18).

Les autres motifs de changements étaient la constipation, les coliques, les douleurs abdominales et à moindre fréquence les fausses routes, le transit, le poids, les pleurs et le prix.

Motifs du changement de lait	Nombre de patients
1. changement de marque	32 (42%)
2. RGO	25 (33%)
3. constipation	6 (8%)
4. colique	5 (7%)
5. douleurs abdominales	2 (4%)
6. fausse route	1 (1%)
7. rectorragies	1 (1%)
8. transit	1 (1%)
9. poids	1 (1%)
10. pleurs	1 (1%)
11. prix	1 (1%)

Tableau 3 : Motifs du changement de lait

3. L'allaitement maternel

- L'allaitement maternel à 1 mois

16% des mères allaitant à la sortie de la maternité ont arrêté l'allaitement durant le 1^{er} mois (n=24).

Parmi les mères allaitant à la fin du 1^{er} mois :

- 23% faisaient un allaitement mixte (n=29) dont 19 sont passées au mixte durant le 1^{er} mois.

- 77% poursuivaient un allaitement maternel exclusif (n=97), dont :

- 75% donnaient uniquement le sein (n=73)
- 25% utilisaient le tire lait pour faire des biberons

principalement pour la participation du père et pour des questions pratiques (n=24).

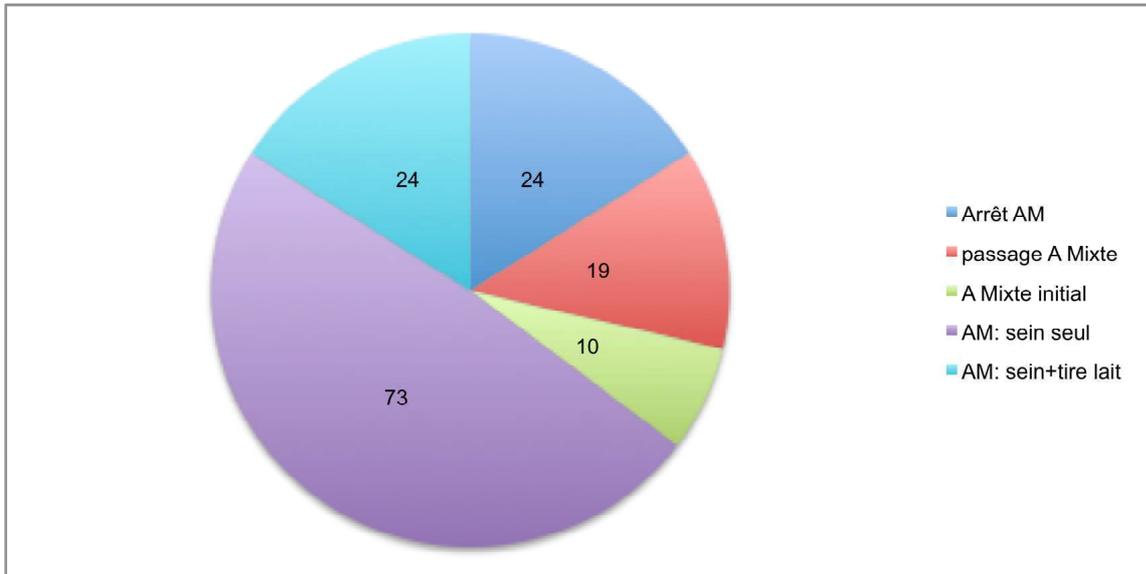


Figure 14 : Allaitement maternel à 1 mois

Au total, 53% des mères allaitaient à la fin du 1^{er} mois (n=126) (41% AM exclusif et 12% AMixte).

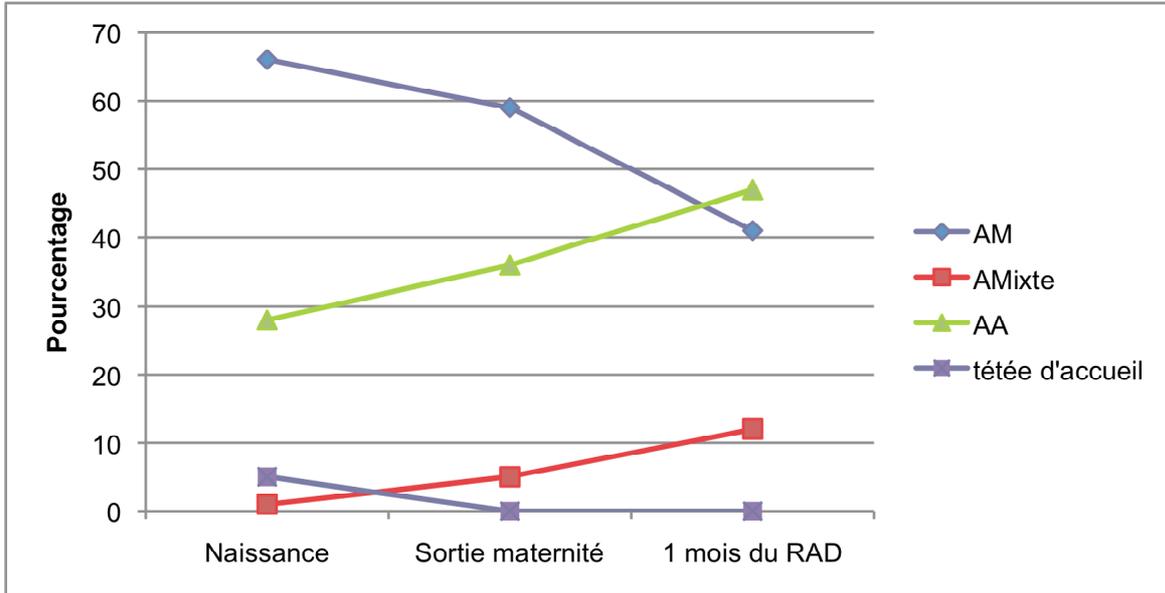


Figure 15: Evolution de l'alimentation du nouveau né

- Date d'arrêt de l'allaitement maternel

42% des mères ont arrêté 2 semaines après la naissance (n=10), 21% 3 semaines après la naissance (n=5) et 12% à 1 mois (n=3).

25% des mères ont arrêté dans la semaine suivant le retour au domicile (n=6) (8% au retour au domicile (n=2) et 17% dans la semaine suivant le retour au domicile (n=4).

Délai d'arrêt AM	Nombre de mères arrêtant l'AM
1. RAD	2 (8%)
2. 1 semaine	4 (17%)
3. 2 semaines	10 (42%)
4. 3 semaines	5 (21%)
5. 1 mois	3 (12%)

Tableau 4 : Délai d'arrêt de l'allaitement maternel

La médiane d'arrêt de l'allaitement maternel était de 2 semaines.

- Les motifs d'arrêt de l'allaitement

Le motif principal d'arrêt de l'allaitement était le sentiment par les mères que leur lait n'était pas assez nourrissant ou qu'elles n'en avaient pas assez (34%, n= 8).

Les autres raisons invoquées étaient les tétées trop longues, le nombre élevé de tétées, un engorgement, une lymphangite, la prise d'antibiotiques, les crevasses, les douleurs, des vomissements, un RGO, un nombre élevé de selles, la fatigue, les contraintes, pour caler le nouveau né, ou trop forcé à la maternité.

Parmi les femmes allaitant à la sortie de la maternité :

- 20% des primipares ont arrêté l'allaitement à 1 mois (n=13)
- 16% des 2^{ème} pares ont arrêté l'allaitement à 1 mois (n=9)
- 13% des 3^{ème} pares ont arrêté l'allaitement à 1 mois (n=3)
- aucune des 4^{ème} et 9^{ème} pares ont arrêté

Motifs d'arrêt AM	Nombre de mères ayant arrêté l'AM
1. pas assez de lait/pas assez nourrissant	8 (34%)
2. tétées trop longues	2 (9%)
3. nombre élevé de tétées	1 (4%)
4. engorgement	2 (9%)
5. lymphangite	1 (4%)
6. prise d'antibiotique	1 (4%)
7. crevasse	1 (4%)
8. douleur	1 (4%)
9. vomissements	1 (4%)
10. RGO	1 (4%)
11. nombre élevé de selles	1 (4%)
12. fatigue	1 (4%)
13. contrainte	1 (4%)
14. pour caler le nouveau né	1 (4%)
15. trop forcé à la maternité	1 (4%)

Tableau 5: Motifs d'arrêt de l'allaitement maternel

L'arrêt de l'allaitement maternel n'est pas significativement lié à la parité ni à la durée de séjour ($p=ns$).

54% des arrêts ($n=13$) étaient dus à des conseils inadaptés et non un choix des mères. Ceci correspond à 9% de la totalité des arrêts du 1^{er} mois.

- Aides pour l'allaitement

25% des mères allaitant à la sortie de la maternité ont eu besoin d'aide pour l'allaitement après le retour à domicile ($n=37$). 16% des mères ont fait appel à 2 modes d'aide ($n=6$) et 3% des mères à 3 modes d'aide ($n=1$) (MT, pédiatre du Belvédère, SF).

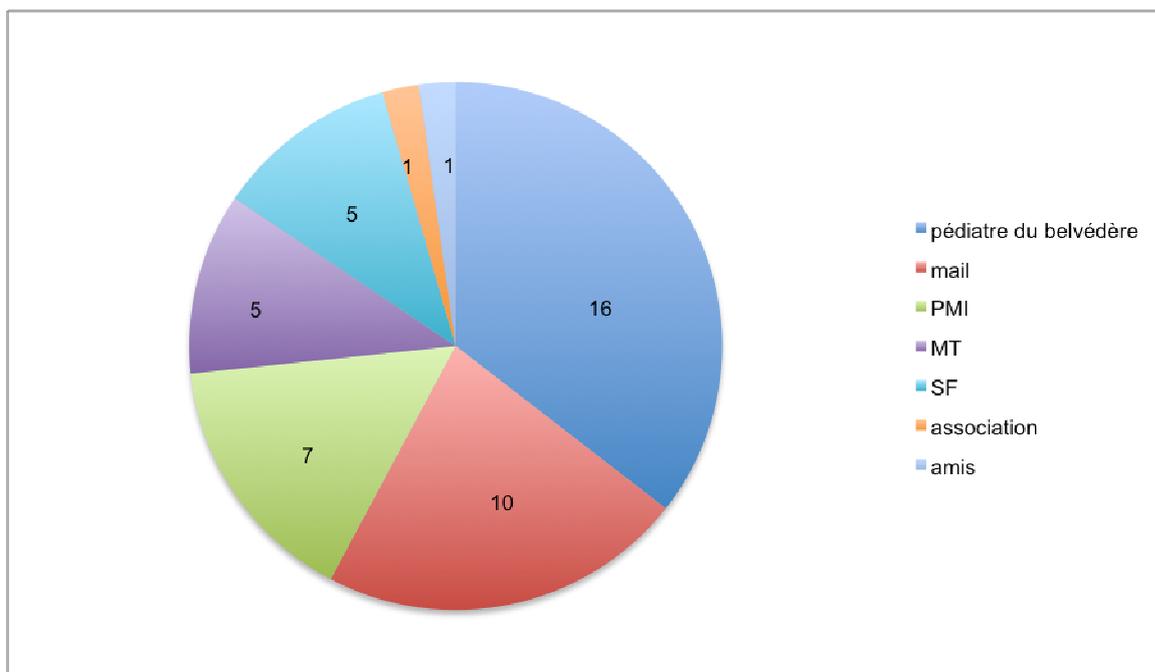


Figure 16 : Aides pour l'allaitement

35% des mères ont eu recours à la consultation spécialisée d'allaitement au Belvédère (n=16), 22% ont utilisé le mail d'allaitement du CH du Belvédère (n=10), 16% ont fait appel à la PMI (n=7), 11% à une sage femme libérale et à leur médecin traitant (n=5) et 2,5% à des amis ou une association d'allaitement (n=1).

4. Nombre d'alimentations par 24 heures à 1 mois

Le nombre d'alimentation par 24 heures était plus élevé chez les enfants au sein.

La médiane d'alimentation chez les enfants avec une alimentation artificielle était de 6 +/- 1, versus 6,75 +/- 1,3 chez les enfants allaités.

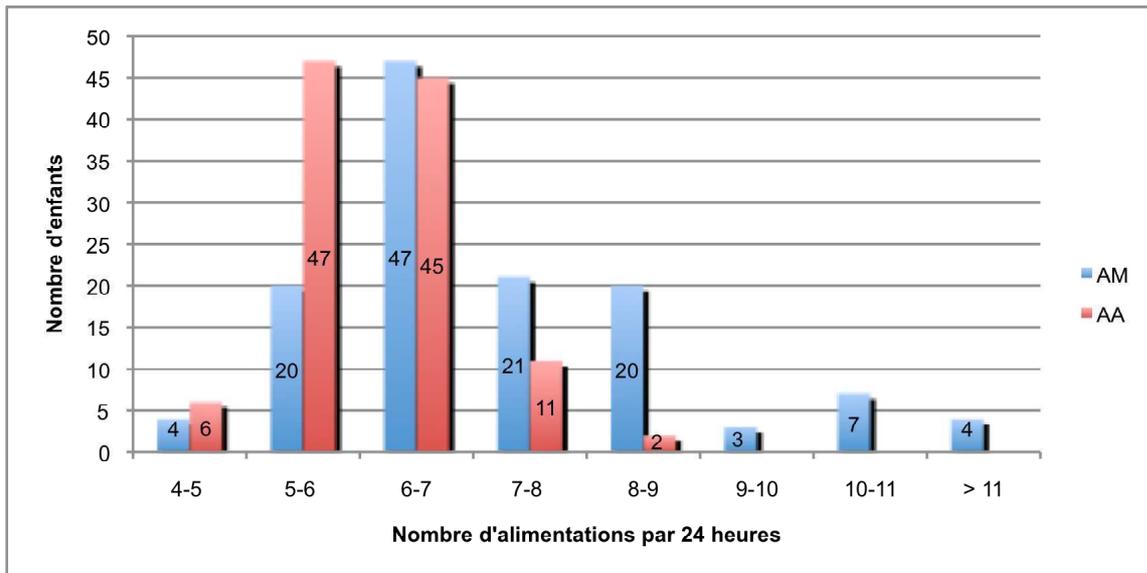


Figure 17 : Alimentations par 24 heures

98% des enfants au biberon (n=109) mangeaient moins de 8 fois par jour contre 73% des enfants au sein (n=92) (p< 0,0001).

9% des enfants au sein (n=34) mangeaient plus de 10 fois par jour à 1 mois.

Nombre d'alimentations par 24 h	AM	AA	P
4-5	4 (3%)	6 (6%)	ns
5-6	20 (16%)	47 (42%)	< 0,0001
6-7	47 (37%)	45 (40%)	ns
7-8	21 (17%)	11 (10%)	Ns
8-9	20 (16%)	2 (2%)	0,0001
9-10	3 (2%)	0	Ns
10-11	7 (6%)	0	0,015
> 11	4 (3%)	0	Ns

Tableau 6 : Nombre d'alimentations par 24 heures

5. Nombre d'alimentations la nuit

95% des enfants au biberon (n=106) mangeaient moins de 3 fois par nuit contre 80% des enfants allaités (n=101) (p=0,0003).

Le nombre médian d'alimentations nocturnes pour les enfants au biberon était de 1,5 +/- 0,8, versus 2 +/- 0,9 pour les enfants allaités.

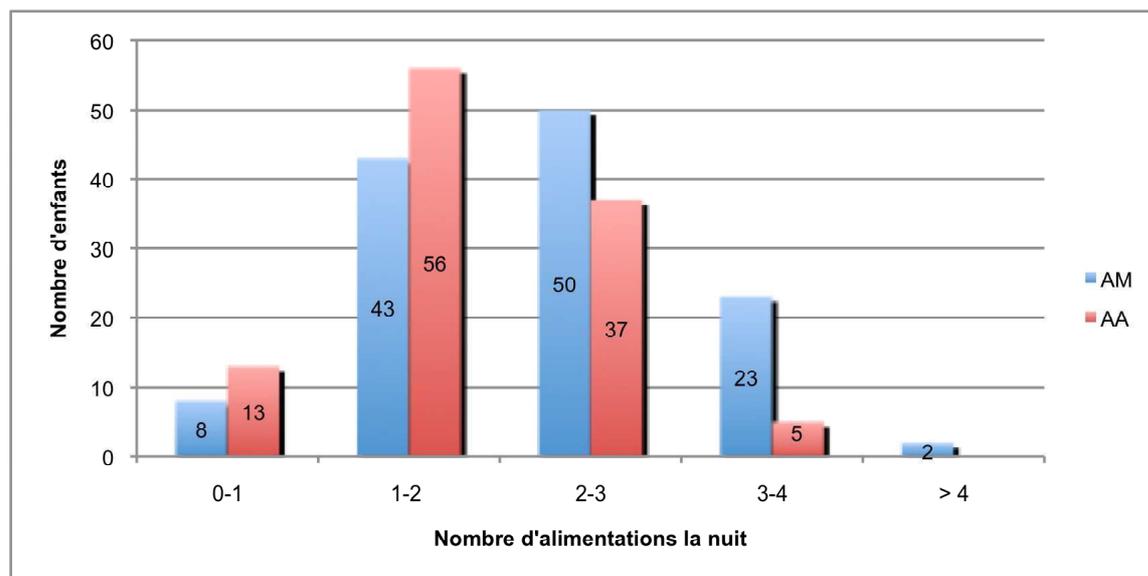


Figure 18 : Nombre d'alimentations la nuit

Nombre d'alimentations la nuit	AM	AA	P
0-1	8 (6%)	13 (12%)	Ns
1-2	43 (34%)	56 (50%)	0,012
2-3	50 (40%)	37 (34%)	Ns
3-4	23 (18%)	5 (4%)	0,001
> 4	2 (2%)	0	Ns

Tableau 7 : Nombre d'alimentations la nuit

6. Prise de poids de l'enfant

97% des parents considéraient que leur enfant avait bien pris du poids (n=231).

3% des parents considéraient que la prise de poids de leur enfant n'était pas suffisante (n=6). 4 parents ont consulté pour cette mauvaise prise de poids. Un des enfants n'avait pas pris suffisamment de poids du fait d'une bronchiolite.

7. Régurgitations, constipation, coliques

58% des enfants présentaient des régurgitations (n=138). Les enfants allaités présentaient plus de régurgitations que les enfants au biberon ($p < 0,001$). 73% des enfants allaités (n=92) présentaient des régurgitations contre 41% des enfants au biberon (n=46).

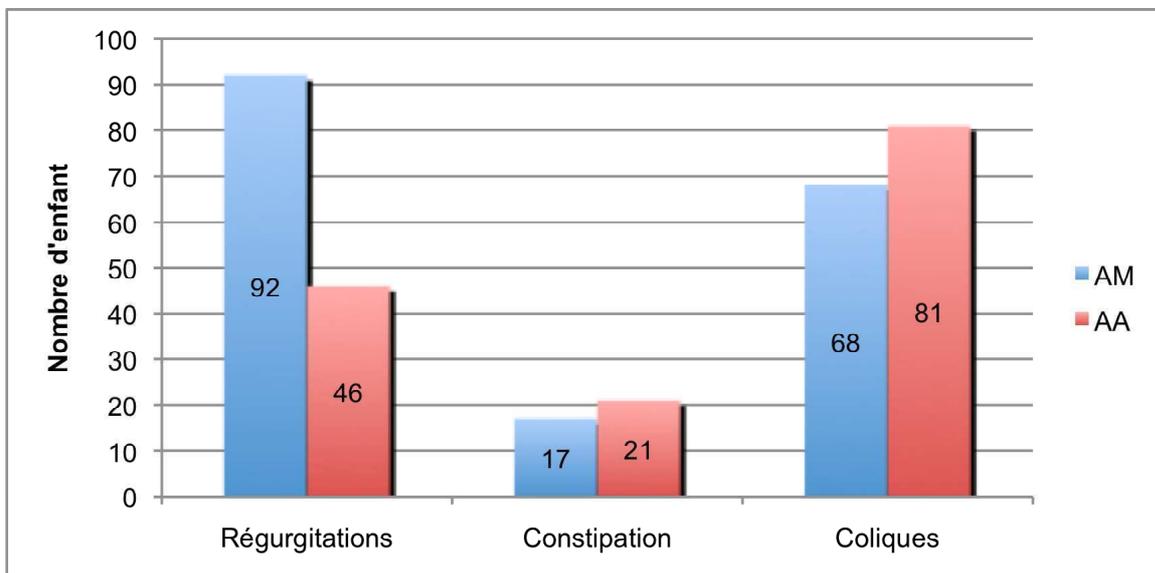


Figure 19 : Régurgitations, constipation et coliques

16% des enfants présentaient une constipation (n=38). 19% des enfants au biberon (n=21) étaient constipés contre 13% des enfants allaités (n=17). Cette différence n'est pas significative.

63% des enfants présentaient des coliques (n=149). Les enfants au biberon présentaient plus de coliques que les enfants au sein de façon significative ($p=0,003$). 73% des enfants au biberon (n=81) présentaient des coliques contre 68% des enfants allaités (n=68).

k. Qualité de sommeil de l'enfant

1. Lieu de sommeil

Plus de la moitié des enfants (59%, n= 140) dormaient dans la chambre de leurs parents dans un lit séparé.

4% des enfants (n=9) débutaient leur nuit dans leur lit séparé mais terminaient la nuit dans le lit de leurs parents.

4% des parents (n=10) pratiquaient le cosleeping dès le coucher de l'enfant.

33% des enfants (n=78) dormaient dans une chambre individuelle.

Aucun des enfants ne partageait sa chambre avec son frère ou sa sœur.

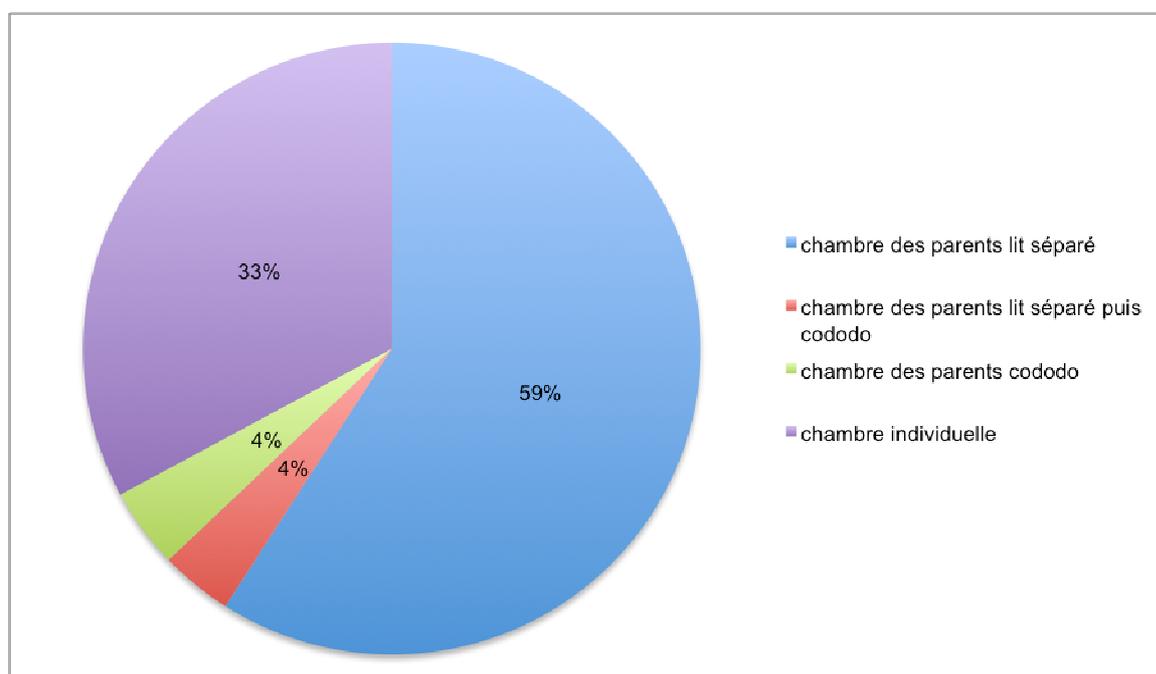


Figure 20 : Lieu de sommeil

2. Difficultés de sommeil

29% des enfants présentaient des difficultés de sommeil (n=68).

Les enfants allaités présentaient plus de difficultés de sommeil que les enfants au biberon de façon significative ($p=0,015$). 36% des enfants allaités (n=45) présentaient des difficultés de sommeil contre 21% des enfants au biberon (n=23).

Les enfants allaités présentaient plus de difficultés d'endormissement que les enfants au biberon (endormissement au sein pour la plupart) de façon faiblement significatif ($p=0,05$). 25% des enfants allaités (n=31) présentaient des difficultés d'endormissement contre 14% des enfants au biberon (n=16).

13% des enfants allaités (n=17) (13%) se réveillaient plusieurs fois la nuit en dehors des alimentations contre 9% des enfants au biberon (n=10). Il n'y a pas de différence significative sur les réveils nocturnes en dehors de l'alimentation entre les enfants allaités et ceux au biberon.

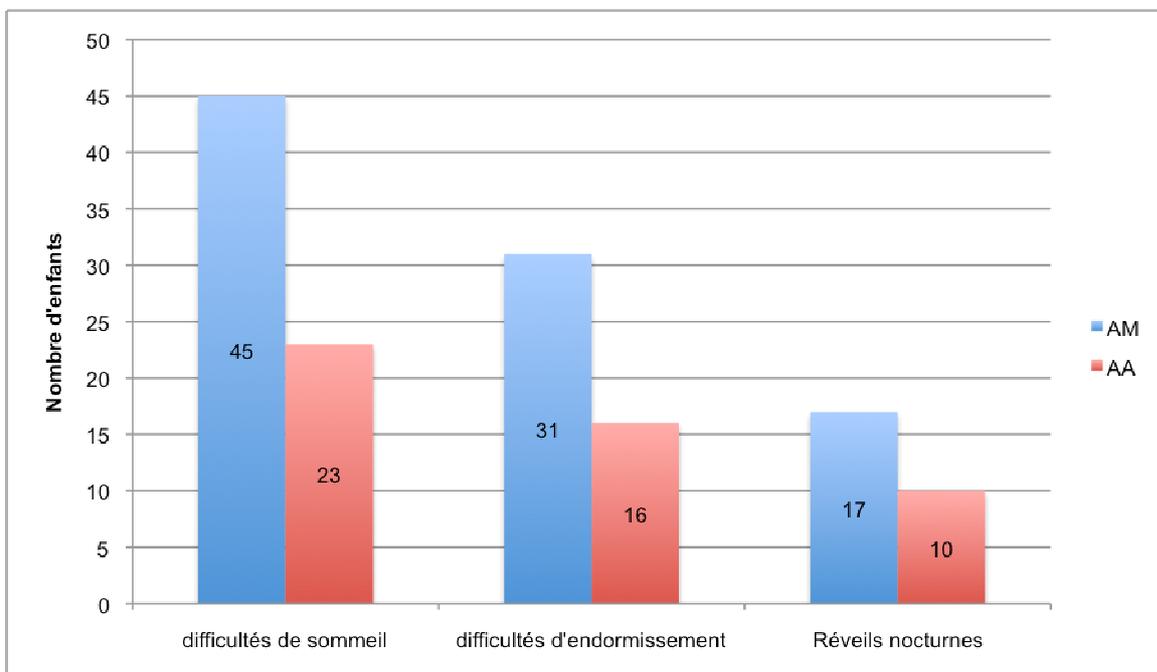


Figure 21 : Difficultés de sommeil des enfants

Les principales causes des réveils nocturnes étaient les coliques, suivies par les douleurs abdominales de digestion et la perte de la tétine.

Les nouveaux nés pratiquant le cosleeping (55%, n=5) avaient plus de difficultés de sommeil que les nouveaux nés dormant dans une chambre individuelle (18%, n=14) ($p=0,03$), ainsi que ceux dormant dans la chambre des parents dans un lit séparé (32%, n=44) ($p=0,04$).

1. Qualité du sommeil des parents

61% des parents se sentaient fatigués (n=144).

Les parents des nouveaux nés allaités étaient statistiquement plus fatigués que les parents des nouveaux nés au biberon (p=0,007).

Cela concernait 52% (n=57) des parents dont les enfants étaient au biberon et 69% (n=87) des parents dont les enfants étaient allaités.

- Réveils nocturnes (en dehors des alimentations)

31% des parents (n=73) se réveillaient la nuit en dehors des alimentations de l'enfant, dont un tiers se réveillait plus de 3 fois par nuit.

La principale cause était l'anxiété parentale, pour vérifier que l'enfant respirait bien, que tout allait bien.

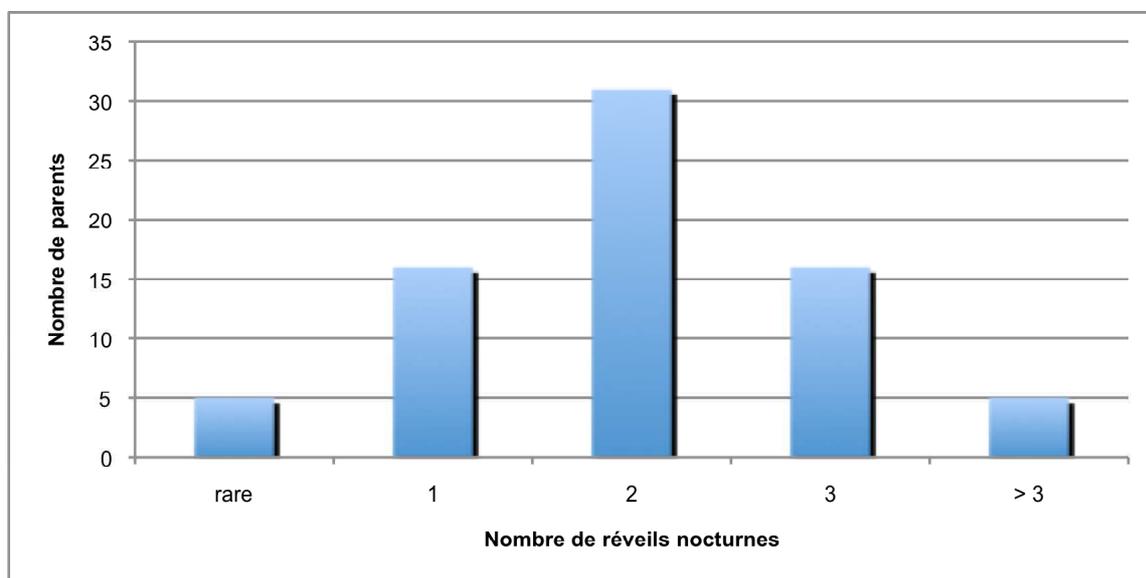


Figure 22 : Nombre de réveils nocturnes

- Siestes

Un peu plus de la moitié (n=126) des mères arrivaient à faire une sieste dans la journée.

- Difficultés de sommeil

Seulement 11% des parents considéraient avoir des difficultés de sommeil (n=25).

m. Participation du père

1. Congé paternité

71% des pères ont pris leurs congés paternités (n=147). 7% ont prolongé leur congé paternité par des congés annuels (n=10).

91% (n=134) ont pris leurs 11 jours de congés, 9% (n=13) n'en ont pris qu'une partie.

Près de la moitié (n=69) ont pris leurs congés à la naissance de leur enfant. 15% ont pris ce congé au retour à domicile (n=22).

Les 29% restant ne les ont pas pris pour différentes raisons : décaler par rapport à la naissance mais prévu dans les 4 mois à venir, impossibilité par rapport au travail actuel (artisan à leur compte, profession libérales) ou chômage.

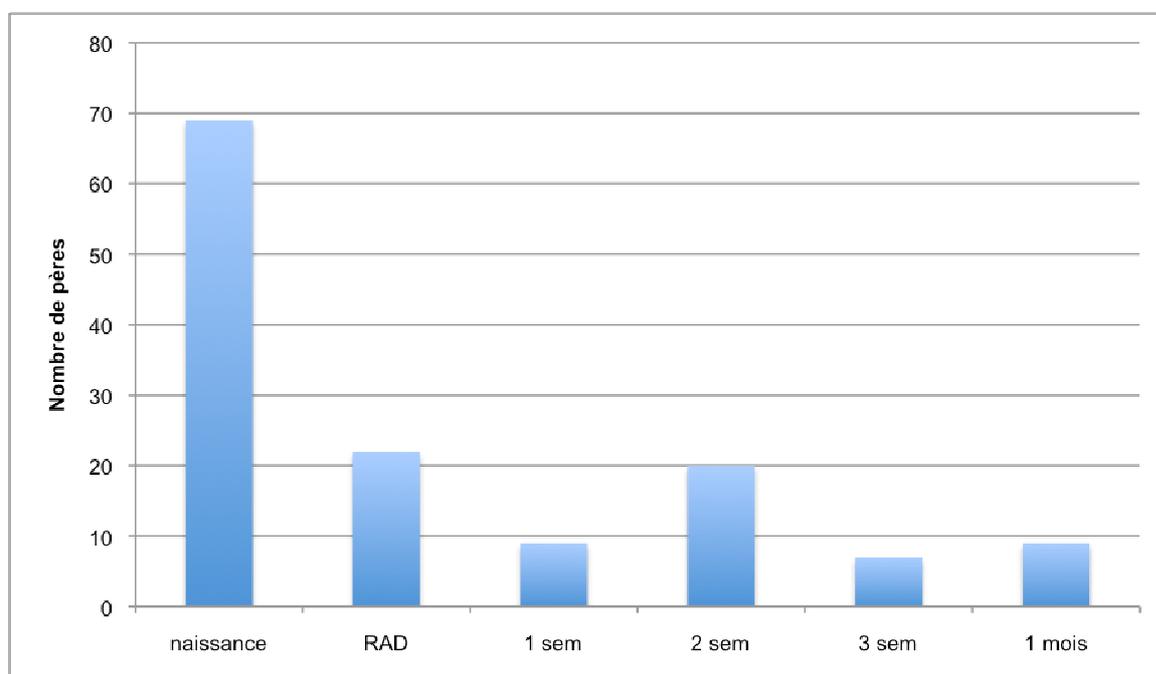


Figure 23 : Délai de prise du congé paternité

2. Participation du père

97% des mères se sentaient aidés par les pères (n=215).

La participation des pères concernait principalement l'alimentation du nouveau né (96%, n=137) et la gestion des ainés (96%, n=119).

Ils participaient aux tâches ménagères dans 88% des cas (n=195).

La participation aux soins du nouveau né était plus limitée, avec 28% des pères (n=61) qui ne participaient pas au bain de l'enfant par peur la plus part du temps.

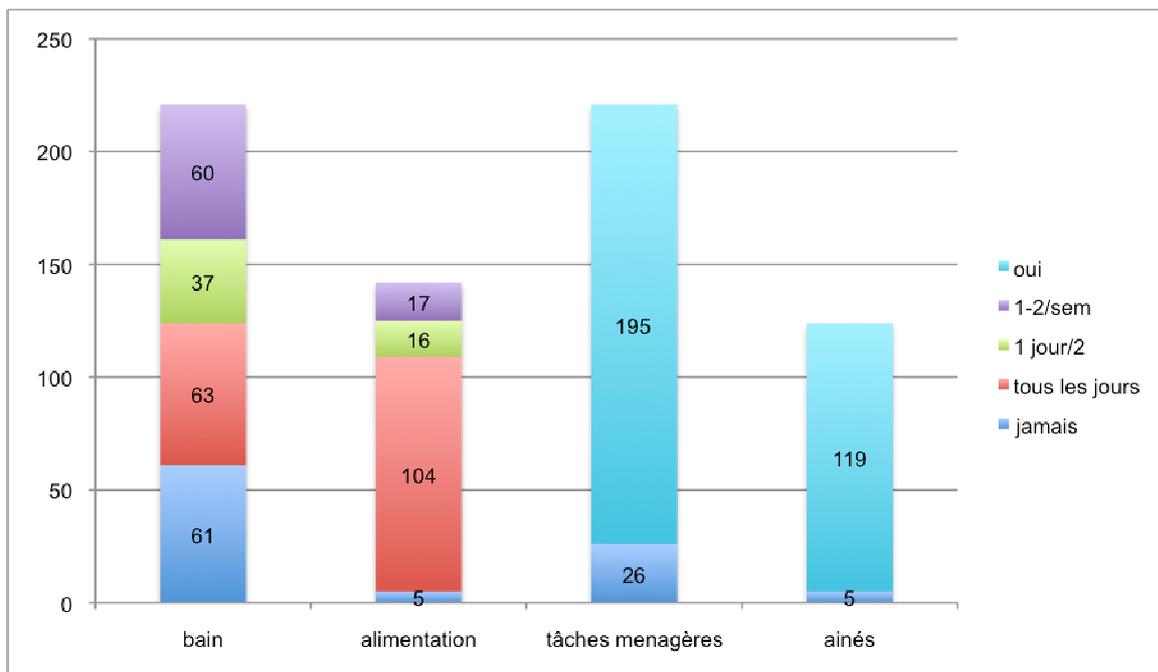


Figure 24 : Participation des pères

n. Aides des familles et amis

1/3 des parents (n=75) ont demandé de l'aide à leur famille.

Cette aide concernait la gestion des aînés dans 34% des cas (n=31), les tâches ménagères dans 26% des cas (n=24), de l'aide par rapport aux difficultés rencontrées dans 15,5% des cas (n=14), la garde du nouveau né dans 15,5% des cas (n=14).

9% des mères ont demandé des conseils à leur famille (n=8).

Seul 6% (n=14) des parents ont demandé de l'aide à des amis. Cette aide concernait principalement les difficultés rencontrées (n=4) et les conseils (n=6).

Aides	famille	Amis
1. garde de ou des aîné(s)	31 (34%)	2 (14%)
2. aide aux tâches ménagères	24 (26%)	0
3. aide pour les difficultés	14 (15.5%)	4 (29%)
4. garde du nouveau né	14 (15.5%)	2 (14%)
5. conseils	8 (9%)	6 (43%)

Tableau 8: Aides apportées par la famille et les amis

o. Les pleurs de l'enfant

Selon les parents, la principale cause des pleurs de leur enfant était la faim (35%, n=209). Venaient ensuite les câlins, les coliques, la douleur et les caprices. 4% des parents (n=27) n'arrivaient pas à reconnaître la cause des pleurs.

De nombreuses autres causes de pleurs ont été retrouvées : fesses sales, fatigue, régurgitations, difficulté à faire le rot, difficulté à dormir, gaz ou selles qui gênent, difficultés à se calmer, rhume, dents, cauchemars, énervement, besoin de réassurance, tension du soir, hoquet, stress.

Causes des pleurs	Nombres
1. alimentation (faim)	209 (35%)
2. câlin	123 (20%)
3. colique	118 (19%)
4. douleur	42 (7%)
5. caprice	32 (5%)
6. je ne sais pas	27 (4%)
7. fesses sales	16 (3%)
8. fatigue	12 (2%)
9. régurgitations	6 (1%)
10. rot coincé	5 (1%)
11. difficultés pour dormir	4 (0,7%)
12. émission de selles	2 (0,3%)
13. difficultés à se calmer	2 (0,3%)
14. rhume	1 (0,2%)
15. dent	1 (0,2%)
16. cauchemars	1 (0,2%)
17. énervement	1 (0,2%)
18. réassurance	1 (0,2%)
19. tension le soir	1 (0,2%)
20. hoquet	1 (0,2%)
21. stress	1 (0,2%)

Tableau 9: Causes des pleurs

p. Ressenti des parents par rapport aux pleurs de leur enfant

68% des parents arrivaient à gérer les pleurs de leur nouveau né (n=159).

14% se sentaient impuissants face à ces pleurs (n=33), 6% inquiets (n=14) et 1% tristes (n=2).

Le ressenti peut être différent en fonction de la cause des pleurs. Ainsi certains parents pouvaient arriver à gérer certains pleurs mais se sentir impuissants ou inquiets face à d'autres notamment ceux du soir.

Ressenti par rapport aux pleurs	Nombre de parents
1. j'arrive à gérer	159 (67%)
2. impuissant	33 (14%)
3. inquiet	14 (6%)
4. triste	2 (1%)
5. j'arrive à gérer et inquiet	4 (2%)
6. j'arrive à gérer et impuissant	9 (4%)
7. triste et impuissant	5 (2%)
8. inquiet et impuissant	4 (2%)
9. j'arrive à gérer, triste et impuissant	2 (1%)
10. inquiet, triste et impuissant	3 (1%)

Tableau 10 : Ressenti des parents par rapport aux pleurs de leur enfant

q. Anxiété des parents

La moitié des mères (n=120) se sont senties inquiètes depuis le retour à la maison. 35% (n=77) des pères ont été inquiets. Les mères étaient statistiquement plus inquiètes que les pères.

15% des mères et des pères se sont sentis paniqués depuis le retour à la maison (respectivement n=36 et n=29).

Les mères ont eu plus peur de ne pas savoir s'occuper de leur enfant après le retour à la maison (15%, n= 34), que 9% des pères (n=20) (p=0,08).

Les mères se sentaient plus débordées par les évènements (39%, n=91) que les pères (14%, n=31) (p<0,0001).

Vingt mères (8%) se sont senties coupables pour des évènements arrivant à leur nouveau né.

Selon l'EPDS 3, 24% des mères étaient anxieuses (n=57). Il n'a pas été retrouvé de différence significative sur la prévalence de l'anxiété en fonction de la parité, ni en fonction de la situation familiale.

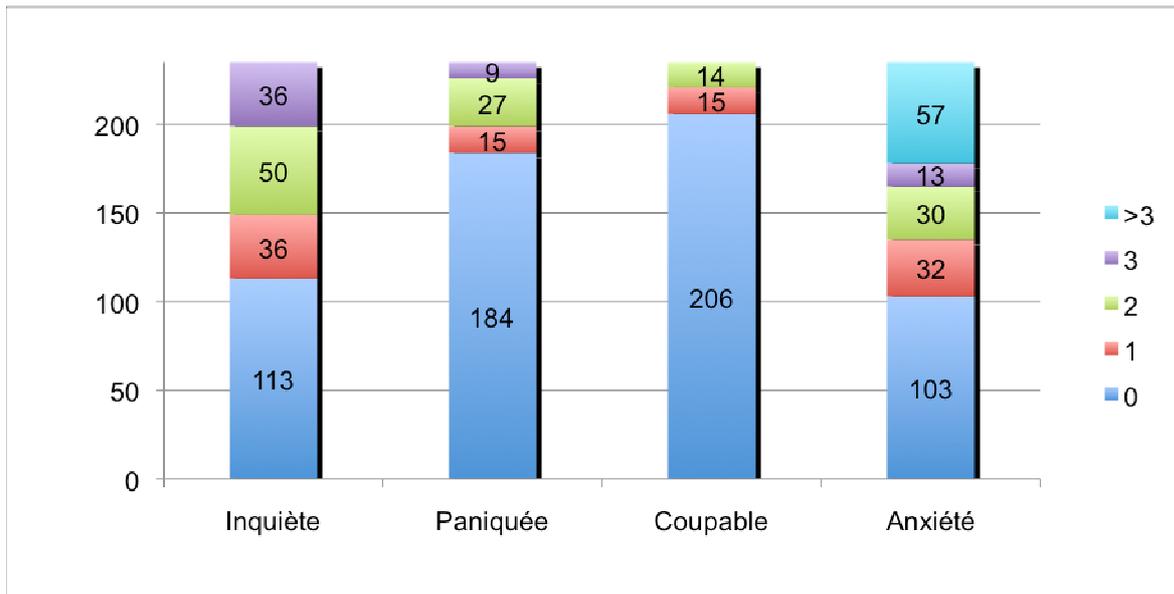


Figure 25 : Anxiété des mères, EPDS 3

Plus de la moitié des femmes ont pleuré au moins 1 fois depuis le retour au domicile.

r. Consultations durant le 1^{er} mois

1. Consultations à la PMI

2/3 des parents sont allés consulter à la PMI pour le contrôle du poids de leur enfant comme il leur avait été conseillé lors du séjour en maternité. 12% de parents ont contrôlé le poids chez le médecin traitant (n=29).

2. Consultations pendant le 1^{er} mois (PMI exclue)

13% des parents (n=32) n'ont pas consulté pendant le 1^{er} mois, dont 3% ne sont pas allés à la PMI (n=7).

87% des parents (n= 205) ont consulté au moins 1 fois :

- 29% : 1 fois
- 33% : 2 fois
- 13% : 3 fois
- 9% : 4 fois
- 3% : 5 fois

Le principal motif de consultation était la consultation du 1^{er} mois.

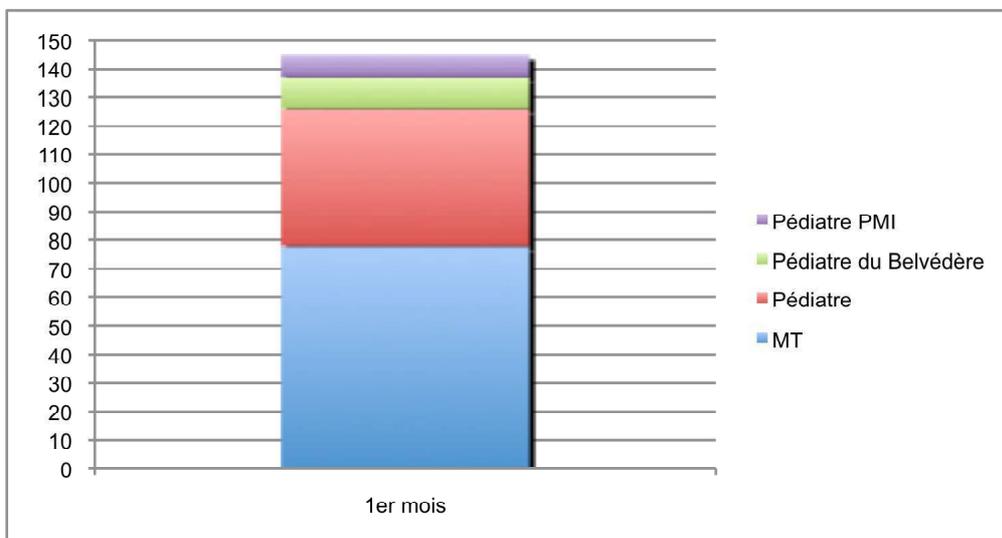


Figure 26 : Consultation pour le 1^{er} mois

Les parents consultaient à 54% un médecin traitant pour la visite du 1^{er} mois (n=78).

Motifs de consultations	MT	Pédiatre	Pédiatre du Belvédère	Pédiatre de PMI	Urgences	SOS médecin	SF
1. 1 ^{er} mois	78	48	11	8			
2. contrôle poids	58	4	2	7			3
3. conjonctivite	15	1				1	
4. régurgitations	11	2	2		2		
5. coliques	9	4	1		2		
6. rhinite	14			1	1		
7. allaitement			14				
8. pb liée alimentation	6	2		3	1		
9. post HAD			8				
10. constipation	6		1				
11. perte de poids	2		1		2		
12. 8 ^{ème} jour	3			1			
13. post UK			4				
14. GEA	2			1	1		
15. BCG	3			1			
16. conseils	3			1			
17. inquiétude	2				1		
18. érythème fessier	3						
19. stridor	1		1		1		
20. muguet	3						
21. vomissements	2				1		
22. bourgeon ombilical	2						
23. toux	1					1	
24. pleurs	1	1					
25. bronchiolite	1				1		
26. rectorragies					1	1	
27. bosse sur la tête	2						
28. douleur abdominale	1		1				
29. ballonnements	1						
30. souffle cardiaque			1				
31. allergie		1					
32. canal lacrymal	1						
33. hydrocèle	1						
34. fièvre	1						
35. pb de thyroïde			1				
36. lésion dermato	1						
37. diarrhée		1					

Tableau 11 : Consultations du 1^{er} mois

La majorité des primipares (38%, n=40) et des 2^{ème} pares (29%, n=27) ont consulté 2 fois.

La majorité des 3^{ème} pares (37%, n=11), 4^{ème} pares (40%, n=2) et des 5^{ème} et 9^{ème} pares ont consulté 1 fois.

Il n'y a pas de différence significative entre le nombre de consultations et la parité.

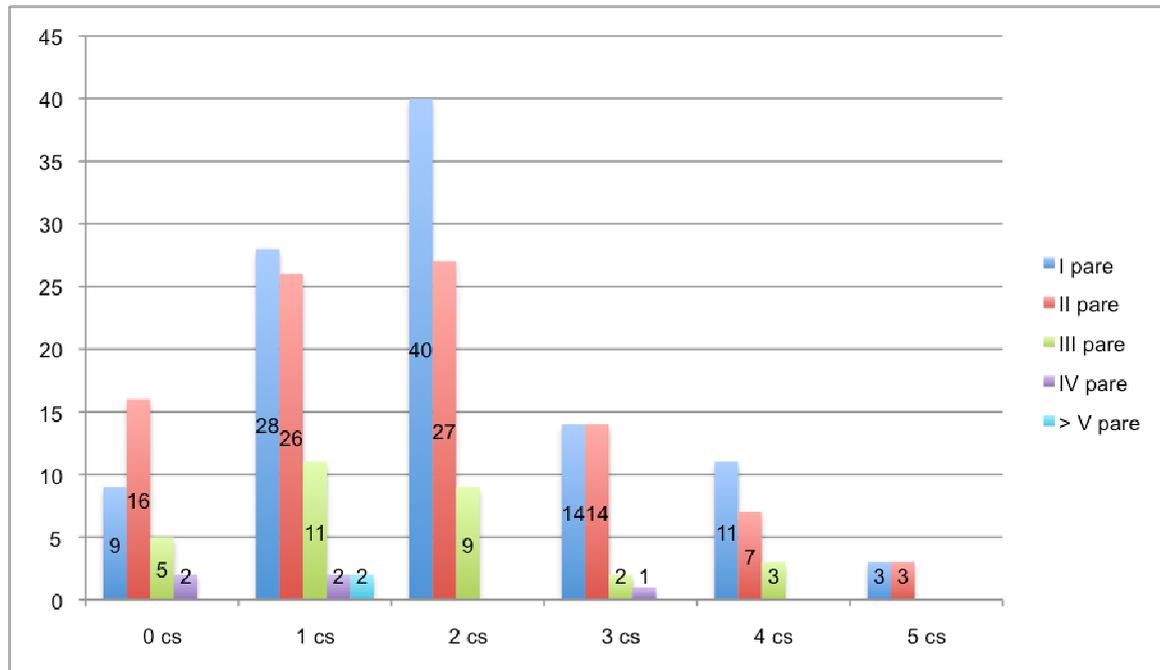


Figure 27 : Répartition des consultations en fonction de la parité

Le médecin traitant était le personnel médical le plus sollicité par les parents (60%, n=234). La consultation avec un pédiatre représentait 34% des consultations (pédiatre libéral 17% (n=64), pédiatre du CH du Belvédère 11% (n=44), pédiatre de PMI 6% (n=23)).

6% des parents (n=16) ont consulté aux urgences, cela correspondait à 4% des consultations du 1^{er} mois. Les motifs de consultation étaient principalement digestifs (RGO, problèmes d'alimentation, perte de poids, GEA et vomissements, rectorragie), pulmonaire/ORL (rhinite, bronchiolite, stridor), les autres causes concernaient les pleurs (coliques), l'inquiétude. ¼ des parents (n=4) ont consultés aux urgences sur indication de leur médecin traitant, les autres s'y sont rendus sans consultation préalable.

Douze parents ont emmené leur enfant chez un ostéopathe.

1,6% des nouveaux nés ont été hospitalisés durant le 1^{er} mois après le retour au domicile (n=4) soit 28% des enfants ayant consultés aux urgences.

Les motifs d'hospitalisation étaient: une gastro entérite, une mauvaise prise de poids, des vomissements associés à une perte de poids et une bronchiolite. Deux des nouveaux nés étaient sortis à J3 avec une HAD (vomissements et perte de poids et bronchiolite), les autres étaient sortis à J6. Deux mères étaient primipares et les 2 autres 2^{ème} pares.

Il n'y a pas de différence significative entre la parité et le nombre d'hospitalisations à 1 mois.

Les nouveaux nés sortis à J3 avaient statistiquement plus de risque d'être réhospitalisés durant le 1^{er} mois ($p= 0,07$).

s. Le retour à domicile

Pour plus de 90% des parents (n=222), le retour à domicile s'est très bien déroulé. Il a été difficile pour 6% (n=13).

Le retour à domicile est significativement plus difficile ($p=0,0005$) chez les parents anxieux que chez les parents non anxieux.

Il n'y a pas de différence significative entre le vécu du retour à domicile et la parité ($p=ns$).

Pour les mères ayant bénéficiées de l'HAD, 88% (n=24) sont satisfaites et prévoient une sortie de ce type pour la prochaine grossesse.

Pour les 3 autres mères, elle n'ont trouvé aucun bénéfice à ce type de sortie et préféreraient un séjour traditionnel pour leur prochaine grossesse.

t. Les conseils reçus à la maternité

Pour 88% des parents (n=208), les conseils reçus lors du séjour en maternité étaient suffisants.

Les parents n'ayant pas trouvé les conseils de la maternité suffisants ont eu un retour à domicile légèrement plus difficile que ceux ayant trouvé les conseils suffisants (p=0,004).

Les parents auraient souhaité :

- une réunion de puériculture 8 à 15 jours après la sortie de la maternité (n=18).
- une réunion lors du séjour (n=11), ce type de réunion est proposé par la maternité mais les parents n'y ont pas assisté.
- des conseils sur l'allaitement (n=3) y compris à long terme (n=1).
- une réunion sur l'allaitement après la sortie de la maternité (n=3).
- des conseils sur les quantités et la fréquence des biberons (n=4).
- des conseils sur les consultations obligatoires pour l'enfant (n=3).
- des conseils sur le personnel à consulter en cas de problèmes (n=7), notamment la nuit en cas de pleurs (n=2).
- les conseils prodigués pour le 2^{ème} enfant n'étaient pas suffisants.

Les questions posées par les parents étaient diverses et concernaient par ordre de fréquence pour l'enfant :

- la constipation (n=13)
- l'allaitement (n=11)
- les coliques (n=9)
- le sommeil (n=3)
- le dosage des biberons (n=3)
- les régurgitations (n=3)
- le cordon ombilical (n=3)
- les éruptions cutanées (n=3)

- le type de lait à utiliser (n=2)
- les troubles du transit (n=2)
- les pleurs (n=2)
- le sevrage de l'allaitement maternel (n=2)
- le nettoyage des oreilles (n=1)
- l'utilisation de la tétine (n=1)
- les résultats du test de dépistage (n=1)
- l'ictère (n=1)
- les bruits en respirant (n=1)
- les massages (n=1)
- la prise de la température (n=1)
- les vaccins (n=1)
- le type de couches (n=1)
- la prise de poids (n=1)
- la fréquence des pesées (n=1)
- le suivi à la PMI (n=1)
- la vitamine K (n=1)

Pours les mères, les questions posées étaient par ordre de fréquence :

- l'utilisation du tire lait (n=2)
- la reprise de la pilule (n=2)
- les complications de la césarienne (n=1)
- la rééducation périnéale (n=1)

TROISIEME PARTIE

DISCUSSION

Notre étude a donc mis en évidence que l'âge moyen des mères était de 30,7 ans, que 45% étaient primipares et qu'elles avaient accouché dans 85% des cas par voie basse.

Le terme moyen de naissance était de 39,6 SA, avec 3% de naissances prématurées et 20% de naissances post terme (> 41 SA).

Le sex ratio de notre étude était de 1.

67% des mères ont choisi d'allaiter leur enfant à la naissance et 64% allaitaient à la sortie de la maternité (59% d'allaitement maternel exclusif et 5% d'allaitement mixte).

9% des nouveaux nés ont séjourné à l'unité kangourou.

13% des femmes ont pu bénéficier de l'HAD, à 61% dans le cadre d'une sortie précoce de la maternité et à 39% sur indication médicale.

La durée moyenne de séjour était de 5,2 jours lors d'un accouchement par voie basse et de 6 jours en cas de césarienne. Pour les séjours en unité kangourou, la durée de séjour était plus longue du fait des pathologies rencontrées avec une moyenne de 9,35 jours.

77% des parents ont changé au moins 1 fois de type de lait durant le 1^{er} mois pour des raisons diverses médicales ou non.

53% des mères allaitaient à la fin du 1^{er} mois (41% d'allaitement maternel exclusif et 12% d'allaitement mixte), ce qui correspond à 16% d'arrêt d'allaitement (entre la sortie de la maternité et la date du questionnaire), dans des délais très variables (retour à domicile et fin du 1^{er} mois).

Les régurgitations étaient très fréquentes chez les enfants au sein dans notre étude.

Les « coliques » étaient plus fréquentes chez les enfants au lait artificiel.

Les parents pensaient que leur enfant avait des difficultés de sommeil dans un peu plus d'¼ des cas. Elles étaient plus fréquentes chez les enfants allaités principalement pour l'endormissement.

Les parents se sentaient fatigués dans 61% des cas et plus fréquemment pour les parents dont les enfants étaient allaités (69%).

Près de ¾ des pères ont pris leur congé paternité.

¼ des mères étaient anxieuses dans notre série et un tiers des parents se réveillaient la nuit pour vérifier que l'enfant respirait bien.

13% des parents n'ont pas consulté de médecin pendant le 1^{er} mois et 3% n'ont vu ni médecin ni puéricultrice de PMI pour contrôler l'état de santé de leur enfant. A l'inverse, 12% des parents ont consulté plus d'une fois par semaine durant ce 1^{er} mois (en plus du contrôle du poids).

6% des parents ont consulté aux urgences et 1,6% des enfants ont été hospitalisés.

Notre population d'étude est comparable à celle du plan périnatalité 2010 [3] concernant :

- l'âge des mères (moyenne de 30,7 ans)
- la situation familiale (94% vie en couple)
- la parité (45% primipares, 55% multipares)
- le poids médian des nouveaux nés (3360 grammes).

Certaines données diffèrent du plan périnatalité [3] notamment :

- le taux d'hospitalisations prénatales (10% versus 18,8%)
- le mode d'accouchement (76% d'accouchements par voie basse versus 66,9%, 15% césariennes versus 21%)
- le sexe de naissance (sex ratio de 1 versus 1,1)
- le terme de naissance
- les petits poids de naissance (poids < 2500g, 2% versus 7,2%)
- la réanimation du nouveau né.

Cette divergence de résultats est explicable par la différence de population étudiée.

Concernant le taux d'hospitalisation pendant la grossesse, le terme de naissance, les petits poids de naissance et la réanimation du nouveau né, la différence est explicable par le fait que la maternité du Belvédère est une maternité de niveau II A alors que le plan périnatalité 2010 [3] est représentatif de la population française et comprend tous les types de maternité et donc les maternités de niveau III. Ces maternités ont un fort taux d'hospitalisations prénatales (pour MAP ou pathologies maternelles pré existantes ou non à la grossesse), des termes de naissance beaucoup plus bas (terme de naissance minimum pour une prise en charge à l'unité kangourou de la maternité du Belvédère : 33 SA) et donc des nouveaux nés de plus faible poids de naissance et nécessitant plus fréquemment une réanimation lors de la naissance.

Concernant le mode d'accouchement, nous retrouvons près de 10% supplémentaires de naissances par voie basse spontanée dans notre série par rapport au plan périnatalité 2010 (76% versus 66,9%) [3]. Nous retrouvons également moins d'accouchements par voie basse avec instrument (9% versus 12,1%). Cependant la répartition des instruments utilisés est la même avec par ordre de fréquence : la ventouse, les spatules et les forceps. Concernant les césariennes, notre équipe en pratique 5% de moins que dans le plan périnatalité 2010 (15% versus 21%) [3]. Ce résultat est à pondérer du fait du niveau de la maternité. Mais il est aussi le témoin d'une volonté de l'équipe de respect de la physiologie (moins de déclenchement de convenance par exemple).

Concernant le sex ratio, ce chiffre n'est pas habituel, les naissances sont habituellement en faveur des garçons (52,3% versus 47,7% dans le plan périnatalité 2010) [3]. Cette différence peut s'expliquer par la taille de notre échantillon qui ne représente que 7% des naissances annuelles du CH du Belvédère.

La durée moyenne de séjour dans notre étude est relativement longue. Elle est de 5,2 jours pour un accouchement par voie basse et de 6 jours pour un accouchement par césarienne correspondant à une sortie du nouveau né à respectivement J 4 et J

5 de vie. La durée minimale de séjour à la maternité du Belvédère est de 3 jours suivi d'une sortie en HAD (sauf pour une mère dans notre série qui n'a pas bénéficié de l'HAD mais est quand même sortie au 3^{ème} jour).

Depuis une soixantaine d'années, la tendance est à la diminution de la durée du séjour en maternité pour des raisons économiques. La politique de l'établissement du Belvédère est de permettre aux mères de pouvoir rester entre 4 et 5 jours hospitalisées lors d'un accouchement par voie basse et entre 6 et 7 jours lors d'un accouchement par césarienne. Ce temps nous paraît nécessaire pour permettre de dépister les complications liées à l'accouchement, l'adaptation du nouveau né, la mise en route de l'alimentation et notamment l'allaitement. Cela permet aussi de prendre le temps d'expliquer les soins de puéricultures, les positions pour un allaitement dans les meilleures conditions et de permettre aux parents de découvrir leur enfant (ses capacités, ses pleurs, son alimentation, son rythme de sommeil).

Les primipares ont besoin d'un séjour en maternité plus long que les multipares notamment pour celles allaitant, comme retrouvé dans la littérature [10].

La durée du séjour en maternité est un sujet qui fait débat. Depuis plusieurs années la tendance est à la diminution de la durée du séjour en maternité avec l'introduction de la notion de sortie précoce de la maternité définie par l'HAS (ANAES) en 2004 [8]. Selon Vautrin et al, les mères trouvent que le séjour en maternité est trop long et qu'elles n'acquièrent pas de nouvelles compétences après le 3^{ème} jour d'hospitalisation, alors que les professionnels de santé jugent qu'une durée minimale de 4 jours est nécessaire pour permettre d'éviter au maximum les complications maternelles et néonatales (enquête réalisée en 2000 en région parisienne auprès de professionnels de santé et de mères à 15 jours du retour à domicile) [10].

Le problème est donc double, satisfaire les mères et les laisser rentrer au domicile en toute sécurité.

De nombreux pays notamment les pays nordiques ont des séjours en maternité très courts et parfois même de moins de 24 heures comme au Danemark, aux Pays Bas ou en Finlande. L'Espagne, la Grèce et l'Italie proposent des séjours de 3 à 4 jours.

Le suivi au domicile est nettement plus encadré avec une visite dans les 24 heures suivant la sortie (Norvège, Pays Bas, Grande Bretagne), un soutien téléphonique journalier et une consultation de contrôle entre 3 et 5 jours après l'accouchement [15, 27, 28].

Ce thème a entraîné beaucoup de débats aux Etats Unis avec en 1996 la promulgation d'une loi obligeant la prise en charge par les compagnies d'assurance de séjours de plus de 48 heures (accouchement par voie basse) ou 56 heures (césarienne) par peur de pathologies maternelles ou néonatales non détectées. Depuis les années 2000, certains états autorisent les sorties précoces [29].

Seule 13% des mères ont pu bénéficier de l'HAD. Plus de la moitié dans les suites d'une sortie précoce de la maternité à J2. L'autre moitié nécessitait une surveillance particulière ou un encadrement de l'allaitement dans le cadre d'une HAD « pathologique ». Il aurait été intéressant d'évaluer le nombre de demande des mères pour une HAD (données non disponible dans le logiciel utilisé) et de le comparer au nombre effectif de mères ayant bénéficiées de l'HAD. Ce chiffre pourrait être un argument pour l'augmentation du nombre de place disponible en HAD.

Le système d'HAD permet une poursuite de la prise en charge au domicile des parents et des conseils plus pratiques et personnalisés. Le centre hospitalier de Toulouse utilise également ce système d'HAD y compris pour les sorties de néonatalogie avec des nouveaux nés non autonomes sur le plan alimentaire [30]. Les objectifs de l'HAD sont de permettre dans des conditions de sécurité, de raccourcir le temps de séparation des familles et des enfants, d'améliorer la relation précoce entre les parents et les enfants, d'améliorer la mise en place de l'allaitement avec une aide personnalisée, de conseiller les parents dans leur environnement familial, avec des questions souvent plus pratiques qu'en maternité, de permettre l'organisation du relais médico psycho social de ville et de réduire la durée du séjour en maternité et accessoirement de libérer des lits d'hospitalisation [30, 31]

Dans notre étude, les mères sont satisfaites de ce type de sortie de maternité et le recommenceraient pour une prochaine grossesse (88%).

L'HAD paraît donc une bonne alternative au suivi des sorties précoces de la maternité, elles permettent un suivi régulier des mères et de leur enfant jusqu'à 6 à 7 jours après la naissance.

Notre étude retrouve un fort taux d'allaitement en maternité pour la région Haute Normandie. 2/3 des mères choisissent d'allaiter leur nouveau né à la naissance. Seules neuf mères (6%) désirant allaiter ont dû stopper leur allaitement durant leur séjour. Ainsi 64% des mères allaitaient leur enfant à la sortie de la maternité (59% d'allaitement maternel exclusif et 5% d'allaitement mixte) alors que le taux moyen d'allaitement en Haute Normandie n'était que de 52,6% en 2003 [32]. Ces résultats sont le témoin d'un accompagnement des mères lors de leur séjour, avec une aide à la mise en route de l'allaitement. Mais ils peuvent également être biaisés du fait de la population étudiée qui est composée de près de 50% de primipares et de femmes ayant un niveau socio économique élevé.

Si ce taux d'allaitement est comparable aux données de l'étude Epifane de 2012 [33], il est légèrement inférieur au taux national de 68,7% du plan périnatalité 2010 (60,2% pour l'allaitement maternel exclusif et 8,5% pour l'allaitement mixte) [3]. De plus, plusieurs régions ont un taux d'allaitement maternel nettement supérieur notamment les DOM TOM (83,3%) et Paris (78%). A l'inverse les régions du nord et de l'ouest ont un taux plus faible d'allaitement (58%) [3].

La comparaison de notre taux d'allaitement à la sortie de la maternité avec les autres pays d'Europe est décevante. Notre pays a un des taux d'allaitement maternel les plus bas d'Europe. De nombreux pays (Norvège, Suède, Hongrie, Danemark, Suisse, Italie) ont un taux d'allaitement maternel supérieur à 90% à la sortie de la maternité, et même proche de 100% pour les pays Scandinaves. La Grande Bretagne et la Belgique a un taux proche du nôtre [32, 33, 34].

A la fin du 1^{er} mois, seul 53% des mères poursuivent leur allaitement (16% d'arrêt allaitement maternel) (41% d'allaitement maternel exclusif et 12% d'allaitement mixte). Les délais d'arrêt sont très variables, du retour à domicile à 1 mois. Ni la parité, ni la durée de séjour n'influence l'arrêt de l'allaitement. Si ces résultats sont

comparables à l'étude Epifane [33], les données de la littérature sont assez variables sur ce sujet. Certains auteurs trouvent des taux élevés d'arrêt d'allaitement à 1 mois : Ego et al dans leur étude Lilloise [35], retrouvent 28% d'arrêt d'allaitement maternel à 1 mois, mais leur population ne concerne que les mères souhaitant allaiter au moins 2 mois (n=349) et non toutes celles allaitant à la sortie de la maternité. Zobbi et al [36] retrouvent en 2009 un fort taux d'arrêt d'allaitement à 1 mois : 33% dans leur population de 380 mères, ils proposent donc la promotion de l'utilisation du Breastfeeding Assessment Score (BAS) pour identifier les mères à risque d'arrêt d'allaitement et de mieux les encadrer. D'autres retrouvent des taux plus faibles, notamment Branger et al dans leur étude en Pays de la Loire (15 maternités, n=239) [37], retrouvent 11,2% d'arrêt d'allaitement à 1 mois et Laborde et al [38] qui ont étudié la validation de la BAS en France auprès de 9 maternités (Aquitaine, Picardie, Rhône Alpes), ils retrouvent 10% d'arrêt d'allaitement maternel à 1 mois quelque soit le score de BAS. Cependant ce taux d'allaitement maternel à 1 mois est très faible comparé à ceux des autres pays européens et notamment la Norvège où 96% des femmes allaitent encore 1 mois après la naissance de leur enfant (3% d'arrêt d'allaitement), témoin d'une campagne d'accompagnement des mères efficace [33].

Une quantité non négligeable de mères ont optées pour un allaitement mixte (19%) avec pour motif principal la participation du père.

Les raisons invoquées par les mères pour l'arrêt de l'allaitement sont assez diverses et non de réelles indications d'arrêt.

Certaines idées restent ancrées comme l'utilisation des antibiotiques non compatible avec la poursuite de l'allaitement. Il est vrai que certains médicaments sont contre indiqués mais il est souvent possible de changer de molécule et d'en utiliser une qui serait compatible avec un allaitement exclusif [39]. Il est possible de se référer au CRAT pour connaître la compatibilité de la molécule utilisée avec l'allaitement. Ainsi la majeure partie des mères ont été obligées d'arrêter leur allaitement suite à une mauvaise orientation et non par choix. La raison principale d'arrêt de l'allaitement maternel reste le ressenti des mères par rapport à la quantité ou la qualité de leur lait (première cause d'arrêt d'allaitement également retrouvé par Brand et al [40]), le plus souvent erroné du fait de la bonne prise de poids objective de leur enfant

(comme expliqué dans le rapport de l'ANAES sur l'allaitement maternel : Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant [39] et par Gremmo-Féger en 2009 [41]).

Cette situation est révélatrice d'un manque de formation des prescripteurs.

L'accompagnement durant la mise en place de l'allaitement à la maternité mais également après la sortie semble primordiale pour permettre une durée d'allaitement la plus longue possible et éviter les arrêts non désirés par les mères.

L'enquête Epifane propose des actions pour la promotion de l'allaitement maternel, (actions de santé publique visant les groupes à risque : jeunes mères, faible niveau d'étude et interventions pendant la grossesse, à la naissance et dans le post partum précoce), notamment sur la diminution rapide de l'allaitement maternel exclusif [33]. L'OMS et l'UNICEF ont élaboré en 1999 les 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel (Annexe 3). L'HAS propose une évaluation pratique pour identifier et corriger les problèmes éventuels et permettre de donner des conseils et d'être un soutien pour ces mères dans ce moment critique du retour au domicile [39]. Labarere et al nous expliquent que les mères ressentent un manque de soutien de la part des professionnels de santé après le retour à domicile et préconisent des visites de routine pour les soutenir [42].

Une mère dans notre étude a exprimé le fait d'avoir été trop poussée à allaiter à la maternité alors que cela n'était pas son réel choix. Il est important que les professionnels de santé accompagnent les mères dans leur projet d'allaitement sans s'y substituer.

Il faut donc mieux former les professionnels de santé sur la mise en place de l'allaitement, sur ses complications et sur ses contres indications et également accompagner et encourager les mères dans leur projet. Dans cette optique, la maternité du Belvédère offre un suivi particulier aux mères allaitant avec la possibilité d'une consultation avec un pédiatre spécialisé en allaitement ou d'envoyer leur questions via une adresse mail spécialement dédiée à l'allaitement (soutien.allaitement@ch-belvedere.fr). Elle forme régulièrement à l'allaitement le personnel de la maternité mais également les professionnels extérieurs (sages femmes, puéricultrices, médecins généralistes).

Les enfants au lait artificiel ont un lait standard 1^{er} âge dans près de la moitié des cas. Cependant 16% des enfants ont des laits à appellations diverses qui font parfois rêver les parents (confort, anti colique, transit...). Le nombre de parents ayant changé de lait pendant ce 1^{er} mois est considérable (77%) et 5% ont changé plus d'une fois par semaine de lait. La première cause de changement est le changement de marque. Durant l'étude, les parents ont eu un lait 1^{er} âge de marque Modilac (tour de lait actuel), du lait HA de la marque Nidal (fixe pour toute l'année) et du lait pré de marque Modilac (fixe pour toute l'année).

Les maux digestifs sont un des problèmes fréquemment mentionnés par les parents. Principalement les régurgitations qui sont retrouvées quelque soit le mode d'alimentation. Dans notre étude nous retrouvons un fort taux de régurgitations chez les enfants allaités (73%) et chez les enfants au lait artificiel (41%), les taux habituels sont de 20% pour les nouveaux nés [43]. Cependant les parents ne savent pas distinguer les différents types de régurgitations. Elles sont en général physiologiques et non compliquées, certaines sont pathologiques et peuvent gêner l'alimentation du nouveau né et un reflux gastro œsophagien pathologique peut s'installer. Notre questionnaire n'a pas été assez précis concernant ce thème. Nous n'avons pas pu différencier les régurgitations physiologiques et pathologiques. Le taux de régurgitations de notre série est probablement surestimé.

Plus de la moitié des parents se sentent fatigué durant ce 1^{er} mois (61%). Ce sont principalement les parents dont les enfants sont allaité qui sont fatigués (69%). Si le nombre de réveils en dehors des alimentations ne diffère pas entre les enfants au sein ou au biberon, le nombre de réveils interprétés par les parents comme une alimentation est plus élevé chez les enfants au sein avec des tétées souvent plus longues que la prise du biberon. Les mères allaitant exclusivement se réveillent plus la nuit que celles donnant les biberons ou effectuant un allaitement mixte comme décrit par Gay et al qui ont étudié le sommeil des nouveaux parents [44].

Les réveils sont fréquents la nuit chez le nouveau né. Les périodes d'éveil et de sommeil sont également distribuées entre le jour et la nuit pendant le 1^{er} mois [21, 45], ainsi les parents ont l'impression que leur enfant se réveille beaucoup la nuit.

Beaucoup de parents s'attendent souvent inconsciemment à ce que leur nouveau né ait déjà le même rythme de sommeil qu'eux [46]. Il est donc important d'apporter des informations aux parents qu'en à cette différence de rythme nouveau né / adulte, afin de les rassurer sur les réveils nocturnes qui sont souvent pourvoyeur d'angoisse chez les parents.

Nous retrouvons un taux notable de parents pratiquant le cosleeping (près de 10%) alors que ce type de couchage est reconnu comme étant un facteur de risque de mort inattendue du nourrisson (INVS 2011) [47].

Ceci nous montre que les informations du carnet de santé ne sont pas suffisantes et qu'il convient d'informer les parents à la sortie de la maternité des modalités optimales de couchage de leur enfant.

$\frac{3}{4}$ des pères de notre étude ont pris leur congé paternité. Près des $\frac{2}{3}$ l'ont pris dans les 5-6 jours suivant la naissance. Ce taux est très élevé puisque seulement 25% des pères de la DREES prennent leur congé dans les 5 jours suivant la naissance [48]. Ce congé est accordé aux salariés (Ameli) depuis 2002. Sa durée est de 11 jours (18 jours en cas de naissances multiples) ajoutés aux 3 jours d'absence autorisée accordée par l'employeur pour une naissance. Il doit être débuté dans les 4 mois suivant la naissance. Il a été élargi début 2013 aux conjoints salarié de la mère, et aux personnes liées par un PACS vivant avec la mère de l'enfant. L'existence de ce congé ainsi que sa durée varie considérablement d'un pays européen à l'autre. Ainsi les pères Finlandais, Norvégiens et Slovènes ont le droit à un congé de plus de 3 semaines alors que les pères Autrichiens, Allemands et Irlandais n'ont aucun droit à ce congé. La Belgique, le Danemark, la Suède et la Grande Bretagne proposent un congé de la même durée qu'en France (2 semaines environs) [48]. Quelques pères (n=10) prolongent leur congé paternité avec des congés annuels permettant ainsi de rester plus longtemps avec leur femme et leur nouveau né. La majorité des pères utilisent ce congé pour favoriser le lien avec leur enfant, s'investir dans les soins et soulager leur femme.

Les pleurs sont une autre difficulté rencontrée par les parents durant ce 1^{er} mois. Ils concernent 10 à 30% des nourrissons de moins de 4 mois [49]. Ils sont fréquents et déstabilisent les parents. Dans notre étude, la principale cause des pleurs est la faim. Les parents décrivent bien des pleurs très spécifiques de leur nouveau né pour exprimer leur faim qu'ils arrivent à reconnaître dans 35% des cas. Viennent ensuite les pleurs pour demander « les bras » ou un câlin. Ces pleurs sont parfois difficile à interpréter pour les parents qui peuvent les prendre pour des caprices : « ce sont des caprices, je le prend dans mes bras et il se calme tout de suite ». Viennent ensuite les fameuses « coliques ». Ce terme est souvent utilisé de manière inadaptée pour définir ces pleurs inexplicables excessifs ou prolongés du nourrisson. Selon Gremmo Féger, la différence entre un enfant avec et sans coliques réside probablement plus dans la manière dont les personnes s'occupant de l'enfant, interprètent les pleurs et y réagissent [49].

L'interprétation des pleurs de son enfant est importante pour une mère, elle cherche ainsi à identifier et satisfaire le besoin qu'il exprime. Ils sont souvent craints par les parents et interprétés comme un état de souffrance du nouveau né [50]. Les parents cherchent souvent une explication à ces pleurs et des moyens de calmer leur enfant [49]. En cas d'incapacité à établir la cause de ces pleurs, la mère se trouvera en situation d'échec et perdra confiance en elle. Elle pourrait alors s'inquiéter et être amenée à consulter aux urgences [51]. La tolérance des parents aux pleurs n'est pas nécessairement proportionnelle à leur quantité et dépend de chacun.

Il convient d'écouter la souffrance des parents devant ces pleurs, d'identifier les parents vulnérables notamment à risque de dépression du post partum. Il faut orienter les parents, les accompagner, les informer pour qu'ils interprètent mieux ces pleurs et qu'il n'y ait pas de répercussion négative sur la relation avec leur enfant.

¼ des mères ont une anxiété pathologique durant ce 1^{er} mois (35 à 48% selon Capponi et al [24]). L'anxiété touche de façon égale les primipares et les multipares. Nous avons évalué l'anxiété à partir de l'EPDS 3 et des scores obtenus. Cette EPDS 3 a pu facilement être utilisée dans notre questionnaire du fait de sa simplicité et de sa rapidité contrairement à l'EPDS standard qui aurait demandé beaucoup plus de

temps et aurait été difficilement applicable avec un questionnaire téléphonique. Cependant les questions étaient difficiles à poser (par exemple : peur de ne pas savoir s'occuper de son enfant). Face à ces questions, les mères ont pu ajuster leurs réponses afin de ne pas être stigmatisées et ceci constitue un biais de notre étude. Lors de l'entretien téléphonique, une mère était en détresse (pleurs, EPDS 3= 5), nous l'avons orientée vers un psychologue afin de la prendre en charge et de dépister une éventuelle dépression du post partum.

L'anxiété se manifeste également la nuit, avec 1/3 des parents se réveillant plusieurs fois pour vérifier que leur enfant respirait bien (peur de la mort inattendue du nourrisson).

Dans notre étude les primipares ou les mères vivant seules ne sont pas plus anxieuses que les multipares ou les mères vivant en couple. Ce résultat diffère des données de Britton et al qui retrouvent plus d'anxiété chez les femmes jeunes, vivant seules et primipares [52]. Notre échantillon est relativement petit et il serait intéressant de confirmer ces résultats sur un échantillon plus important.

L'anxiété associée aux réveils nocturnes et aux difficultés de sommeil des parents nous font craindre une évolution vers une dépression du post partum.

Il est donc important de bien suivre ces mères anxieuses, de les soutenir et ainsi de dépister rapidement une dépression du post partum.

3% des parents n'ont pas du tout consulté durant le 1^{er} mois (PMI ou médecin). Or les recommandations faites lors du séjour en maternité sont de faire peser son enfant une fois par semaine durant le 1^{er} mois. A l'inverse, ¼ des parents ont consultés plus de 3 fois durant le 1^{er} mois. Les motifs de consultations sont divers allant du contrôle du poids à la surveillance d'une « bosse sur la tête ». Mais si certains parents avouent avoir consultés pour des conseils ou parce qu'ils étaient inquiets, certains motifs de consultations peuvent cacher un besoin de réassurance des parents sur le bien être de leur enfant. La parité n'entre pas en jeu dans la fréquence des consultations et les primipares n'ont pas plus de besoin de réassurance que les multipares.

Il est important d'expliquer aux parents la nécessité d'une surveillance régulière de leur enfant par un professionnel de santé durant le 1^{er} mois (médecin ou PMI).

Seul 4% des parents (n=14) ont consultés aux urgences ce qui est assez faible mais comparable aux données de Lode et al qui retrouvent 6% de consultations aux urgences dans le 1^{er} mois [53]. Le motif principal de consultation est lié à des troubles digestifs (régurgitations, coliques, problèmes alimentaires, gastro entérite, vomissement, rectorragies, perte de poids) suivi des problèmes respiratoires (rhinite, bronchiolite) (nous étions en période hivernale). Cette répartition des motifs de consultations est retrouvée par Claudet et al qui ont étudié la fréquentation des urgences pédiatriques du CHU de Toulouse [54]. Trois parents ont consulté du fait de leur inquiétude principalement causé par les pleurs de leur enfant (ou « coliques » selon les parents). Il s'agit du 3^{ème} motif de consultation aux urgences pour les nouveaux nés [54]. Les parents dans notre étude vont préférentiellement chez leur médecin traitant ou chez leur pédiatre en cas de soucis. ¼ des parents (n=4) ont consulté aux urgences sur indication de leur médecin (perte de poids, rectorragie, bronchiolite, GEA). Mais la plupart ont consultés sur leur seule décision, le soir ou le week end, période durant laquelle leur médecin habituel n'était pas disponible (absence de garde de pédiatre en ville). Ce résultat a déjà été mis en évidence par Claudet où 78% des parents consultent directement aux urgences sans consultation préalable avec un médecin traitant ou pédiatre [54]. Les pleurs du soir sont souvent une source d'angoisse pour les parents et les incitent souvent à consulter et compte tenu du moment de la journée, les parents se retrouvent aux urgences.

Le taux d'hospitalisation dans le 1^{er} mois est faible (1,6% de tous les nouveaux nés). 4 nouveaux nés ont nécessité une hospitalisation suite à la consultation aux urgences (28%). Ce taux d'hospitalisation après consultation aux urgences est faible. Près de la moitié des nouveaux né de l'étude de Claudet et al ont nécessité une hospitalisation après leur passage aux urgences (1/3 dans un service de pédiatrie, 9% en réanimation et 17% dans une unité d'hospitalisation de courte durée des urgences) [54].

Plusieurs auteurs se sont penchés sur le risque accru de ré hospitalisation en cas de sortie précoce de la maternité [55, 56, 57, 58, 59]. Les avis sont assez divergents sur ce point. Si le taux de ré hospitalisation est équivalent entre 2 et 3% dans les différentes études principalement pour cause d'ictère, d'infection ou de difficultés

alimentaires. La relation entre ces hospitalisations et la durée du séjour varie. Oddie et al en 1998 ne retrouvent pas de lien statistique entre la durée de séjour en maternité et le taux d'hospitalisation durant le 1^{er} mois sur une cohorte de 4700 enfants Anglais [55]. Ils mettent en évidence que les enfants les plus ré hospitalisés sont les enfants de petits poids (< 2500 grammes) et nés prématurément (35-37 SA) et que la cause de ré hospitalisation dépend plus de l'hôpital de naissance que de la durée du séjour en maternité. Sainz Bueno et al ne retrouvent pas non plus de lien statistique, mais leur population espagnole ne concerne que les naissances supérieures à 37 SA, d'enfant pesant plus de 2500 grammes et après une naissance par voie basse uniquement [57]. Aux Etats Unis, Edmonson et al ont étudié en 1997, le taux de réadmissions pour difficultés alimentaires, ils ne retrouvent pas plus d'hospitalisation après une sortie précoce de maternité [58]. Ellberg et al en Suède, pays pratiquant beaucoup de sorties précoce de maternité, retrouvent plus de risque de ré hospitalisation lors d'une sortie dans les 48 heures après la naissance avec un suivi à domicile que lors d'une sortie plus tardive avec un examen de l'enfant après 48 heures de vie [59]. Ils préconisent donc un examen systématique de l'enfant entre 48 et 72 heures de vie et un suivi actif des nouveaux nés sorties précocement. Dans notre étude, le lien est faiblement statistique ($p=0,07$). Une hospitalisation aurait pu être évitée par une hospitalisation traditionnelle (perte de poids dans la première semaine de vie). Les autres motifs d'hospitalisations sont plus liés à la période de l'année (épidémies hivernales) qu'à la durée du séjour.

Il faut noter qu'un nouveau né a présenté de la fièvre durant le 1^{er} mois et que les parents ont consulté le médecin traitant qui leur a fait faire une analyse d'urine révélateur d'une infection urinaire qui a été traitée en ville. A notre avis, il aurait été préférable que les parents consultent aux urgences (comme il leur avait été conseillé) afin que l'enfant soit hospitalisé compte tenu de son jeune âge, pour faire des examens complémentaires et confirmer ou non l'existence d'une infection urinaire (les techniques de recueil des urines chez un nouveau né sont difficile à réaliser par les parents et les prélèvements sont souvent souillés).

Le retour à domicile s'est bien déroulé pour plus de 90% des parents malgré les difficultés rencontrées durant ce 1^{er} mois. Ce sont les parents anxieux qui ont le plus

mauvais vécu du retour à domicile. La parité n'entre pas en compte dans le vécu du retour à domicile.

A la fin du questionnaire, les parents avaient la possibilité de poser les questions qu'ils souhaitaient. Le principal thème abordé concernait encore et toujours les problèmes digestifs puis les problèmes liés à l'alimentation (allaitement maternel et alimentation artificielle). Les autres questions étaient très variées, allant du type de couche conseillées aux résultats du test de dépistage.

Notre étude comporte certaines limites :

- 24% des parents n'ont pas répondu au questionnaire, ils ont pu faire le choix de ne pas répondre pour diverses raisons (débordés, anxieux, moins de temps).

- cette étude est unicentrique, dans une maternité promouvant l'allaitement maternel et le respect de la physiologie.

- le délai de sollicitation 1 mois après le retour à domicile peut induire un biais, certaines informations ont pu être oublié.

Cependant, la méthodologie utilisée est fiable :

- les mères ont toutes été informées de l'étude.

- la première partie du questionnaire a été remplie à partir d'un logiciel utilisé par le centre hospitalier et la seconde partie a été obtenue par un questionnaire téléphonique.

- tous les entretiens téléphoniques ont été effectués par une seule personne.

- tous les appels ont été effectués entre la 4^{ème} et 5^{ème} semaine après la sortie de la maternité, correspondant à un intervalle court.

- l'évaluation de l'anxiété est difficile, les mères ont pu avoir peur de répondre à certaines questions par crainte de stigmatisation si elles présentaient des signes d'anxiété.

Au total :

- 16% des mères ont arrêtées l'allaitement dont 9% pour un « mauvais » motif. Un accompagnement de ces mères est donc primordial pour promouvoir un allaitement prolongé comme nos voisins Européens. Trop peu de professionnels de santé sont correctement formés à l'allaitement, il faut donc encourager au maximum les formations spécifiques.

- le type de lait utilisé par les parents n'est pas nécessairement adapté à leur nourrisson, trop de parents croient aux appellations « magiques » des fabricants de lait. Il faut donc mieux les informer sur le choix du lait.

- Les parents sont fatigués durant ce 1^{er} mois et beaucoup qualifient le sommeil de leur enfant comme perturbé ou présentant des difficultés alors qu'il s'agit juste d'une organisation des phases d'éveils et de sommeil différent des leurs. Il faut donc expliquer aux parents la spécificité du sommeil de leur enfant et les rassurer sur ces réveils nocturnes et ces impressions de confusion entre le jour et la nuit.

- La participation des pères a considérablement augmenté depuis une cinquantaine d'année. Ils s'impliquent dans différentes tâches notamment l'alimentation du nouveau né mais restent encore fébriles quant aux soins et notamment le bain par peur de manipuler un si petit être. Pour les familles avec plusieurs enfants, leur rôle prédominant dans la gestion des aînés.

- Les pleurs font encore et toujours peur aux parents, la plupart du temps du fait de leur difficulté à les interpréter et les renvoient à leur incompetence. Il faut expliquer aux parents qu'il s'agit d'un mode de communication et qu'ils ne signifient par forcément un état de souffrance de leur enfant.

- L'anxiété des parents est importante à prendre en compte de par sa fréquence et sa prédiction sur la survenue de dépression du post partum.

- La majorité des parents ont consulté un médecin durant le 1^{er} mois. Seul 3% des enfants n'ont vu aucun professionnel de santé durant ce 1^{er} mois. Il est

important d'expliquer aux parents lors de leur séjour en maternité, la nécessité du contrôle du poids hebdomadaire de leur nouveau né en PMI ou chez leur médecin permettant ainsi de dépister certaines pathologies (tachycardie supra ventriculaire, coarctation de l'aorte) notamment pour les enfants sortis précocement de la maternité. Les parents vont principalement consulter leur médecin traitant ou pédiatre en cas de soucis, les recours aux urgences (4%) sont principalement sur seule indication parentale et ne nécessitent que peu d'hospitalisation dans notre étude.

- La seule différence retrouvée dans notre étude entre les primipares et les multipares concerne la durée du séjour qui est plus longue pour les primipares. Toutes les mères sont à encadrer quelque soit leur parité pour que le retour au domicile se passe pour le mieux.

- malgré les conseils et réunions organisées durant le séjour, les parents souhaitent plus d'accompagnement après le retour à domicile sous forme de réunion avec des conseils de puériculture et permettre des échanges avec d'autres parents. Ils sont 7% à souhaiter une réunion dans les 8 à 15 jours suivant le retour à domicile. Cependant ces réunions paraissent difficiles à organiser (manque de temps des parents). Mais elles pourraient s'articuler autour de séances de soin pour l'enfant du type massage ou portage, plus fréquentées que les réunions formelles et ainsi permettre cet échange entre les parents et les professionnels. Ce genre de réunion semble particulièrement intéressant pour éviter l'isolement des parents en difficultés.

QUATRIEME PARTIE

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Notre étude à propos du 1^{er} mois au domicile met en évidence que, malgré les difficultés rencontrées (alimentation, sommeil, pleurs des enfants et anxiété parentale), plus de 90% des parents ont un bon vécu du retour à domicile.

Pour aider les parents face à ces difficultés, les professionnels de santé doivent les prendre en compte dès le séjour en maternité et tout au long de ce 1^{er} mois.

La méconnaissance des parents concernant le rythme veille sommeil de leur enfant, nécessite l'apport d'informations de la part des professionnels de santé travaillant en périnatalité. Il semble important de les rassurer quand à la normalité des pleurs chez le nouveau né. Contrairement à l'interprétation des parents, la plupart du temps ces pleurs ne sont pas révélateur d'un état de souffrance.

L'insuffisance de connaissance des professionnels de santé concernant l'allaitement maternel et ses complications (insuffisance de lait/lait pas assez nourrissant, engorgement, lymphangite, crevasse, prise d'antibiotiques) induit des arrêts d'allaitement fréquents durant ce 1^{er} mois (9%).

La formation des professionnels intervenant durant ce 1^{er} mois (médecins généralistes, pédiatres, sages femmes, puéricultrices) est donc primordiale pour orienter et accompagner au mieux les parents dans leur projet d'allaitement.

Lors de cette étude nous avons étudié la prévalence des manifestations anxieuses chez les parents à l'aide d'une sous échelle de l'EPDS : EPDS 3. Celle ci est élevée (1/4 des mères). L'anxiété des parents est importante à prendre en compte du fait de sa fréquence et de son aspect éventuellement prédictif de dépression du post partum. L'utilisation et la réalisation de cette sous échelle de l'EPDS a été facile et rapide. Il pourrait être intéressant de prévoir une incorporation systématique de cette échelle dans le déroulement des consultations pédiatriques de routine afin de mieux dépister et accompagner les mères dans le post partum.

Les contraintes économiques sont de plus en plus importantes dans le domaine de la santé et incitent à la diminution de la durée des séjours en maternité. Simultanément les mères sont de plus en plus demandeuses d'un retour précoce à domicile. Ce raccourcissement des séjours en maternité inquiète les professionnels de santé concernant le suivi des mères et de leurs enfants.

L'HAD prend toute son importance dans ces conditions en proposant une diminution des durées de séjour en maternité dans des conditions de sécurité correctes avec un suivi des mères et de leurs enfants.

L'augmentation des places disponibles en hospitalisation à domicile paraît donc indiquée devant cette demande croissante. Le développement d'HAD en cas de pathologie néonatale (prématurité, hypotrophie...) que nous connaissons depuis quelques années au centre hospitalier du Belvédère semble une initiative pertinente et intéressante pour accompagner, soutenir et faire prendre confiance à ces parents après une sortie de l'unité de néonatalogie.

Il serait intéressant de poursuivre cette étude sur une plus large population en intégrant plusieurs maternités de notre région afin d'étayer nos résultats.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS : Soins à la mère et au nouveau né dans le post partum. Guide pratique 1999.
2. Haute Autorité de Santé : Recommandations professionnelles : Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Novembre 2005.
3. INSERM : Enquête Nationale Périnatale 2010 : Les naissance en 2010 et leur évolution depuis 2003. Blondel B, Mai 2011.
4. OCDE : Panorama de la santé 2011 : Durée moyenne de séjour à l'hôpital.
5. Site internet du Centre Hospitalier du Belvédère : <http://www.ch-belvedere.fr>
6. Dzukou T, de la Pintièrre A, Bétrémieux P, Vittu G, Roussey M, Tietche F. Les unités et soins kangourou : revue bibliographique sur les attitudes actuelles, leurs intérêts et leurs limites. Archives de pédiatrie 2004 ; 11 ; 1095–1100
7. Université Médicale Virtuelle Francophone : Le nouveau né auprès de sa mère ou en unité pédiatrique en maternité. 2011-2012.
8. ANAES : Recommandations pour la pratique clinique : Sortie Précoce après un Accouchement - Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Mai 2004
9. Vendittelli F, Boniol M, Mamelle N. Sortie précoce dans le post-partum : état des lieux en France. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. 2005 ; 53 ; 373-382.
10. Vautrin E, Fontaine A, Landa P, Guérin V, Engelmann P. Durée du séjour en maternité après un accouchement normal : des points de vue divergents. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2000 ; 29 ; 94-101.
11. Conférence de presse de l'Académie nationale de médecine. Journal de pédiatrie et de puériculture, 2005 ; 18 ; 362-365.
12. Straczek H, Vieux R, Hubert C, Miton A, Hascoet J-M. Sorties précoces de maternité : quels problèmes anticiper ?. Archives de Pédiatrie, juin 2008 ; 15 (6) ; 1076-1082
13. Blanc JP. Durée optimale de séjour en maternité. Archives de Pédiatrie, 2000 ; 7 Suppl 2 ; 290-291
14. Lequien P. Raccourcissement du séjour des mères en maternité : pourquoi le pédiatre reste prudent ?. Archives de Pédiatrie, 2001 ; 8 Suppl 2 ; 487-488

15. Vanpée M, Rylander E, Bergius H, Marchini G. Sortie précoce de maternité des nouveau-nés bien portants : expérience Scandinave. Archives de Pédiatrie, juin 2009 ; 16 (6) ; 709-710
16. Ellberg L, Lundman B, Persson M.E.K, and Hogberg U. Comparison of Health Care Utilization of Postnatal Programs in Sweden. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2005 Jan-Feb; 34(1) ; 55-62.
17. Décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique
18. Circulaire N° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile
19. Fédération nationale des établissements d'Hospitalisation à Domicile : <http://www.fnehad.fr/lhad/histoire-had.html>
20. Berlo-Dupont N: L'hospitalisation à domicile : l'exemple parisien. La Lettre du Gynécologue, Avril 2005, n°301
21. Thirion M, Challamel MJ : Le sommeil, le rêve et l'enfant. Bibliothèque de la famille. Albin Michel
22. Cox J, Holden J. Perinatal Mental Health : a guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale
23. Kabir K, Sheeder J, S.Kelly L. Identifying Postpartum Depression: Are 3 Questions as Good as 10?. Pediatrics, 2008; 122; e696-e702
24. Capponi I, Horbacz C. Le « devenir mère » : anxiété et temporalité de l'accompagnement .Pratiques psychologiques, 2008 ; 14 ; 389–404
25. Paul IM, Downs DS, Schaefer EW, Beiler JS, Weisman CS. Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes. Pediatrics, 2013 Apr; 131(4) ; e1218-24
26. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Brendle JR. Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. J Anxiety Disord, 2005; 19(3) ; 295-311.
27. J. Brunet. La sortie précoce de maternité vue par le pédiatre. JTA 2004
28. Claris O. La situation dans les autres pays de la Communauté européenne. Archives de Pédiatrie, 2001 ; 8 (2) ; 498
29. Demontgolfier I. Bien gérer les sorties précoces de maternité. JTA 2008
30. Montjoux-Régis N, Raynal F, Chourré V ,Jasinskij V, Narcisse R-H, Glorieux I, Alberge C,Casper C. Hospitalisation à domicile pour les nouveau-nés. Archives de Pédiatrie, Juin 2009 ; 16 (6) ; 713-714

31. Garrec N, Patte R. Rôle de l'hospitalisation à domicile en pédiatrie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2004 ; 33 (supp1) ; 104-107
32. PNNS : Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel, « Plan d'action : Allaitement maternel ». Turck D. juin 2010
33. BEH n° 34: Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premiers mois de l'enfant. Résultats de l'étude Epifane, France 2012. 18 septembre 2012
34. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B and Guzman LR. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutrition*, 2005 ; 8(1) ; 39–46
35. Ego A, Dubos JP, Djavadzadeh-Amini M, Depinoy M.P, Louyot J, Codaccioni X. Les arrêts prématurés d'allaitement maternel. *Archives de pédiatrie*, 2003 ; 10 ; 11–18
36. Zobbi VF, Calistri D, Consonni D, Nordio F, Costantini W, Mauri PA. Breastfeeding: validation of a reduced Breastfeeding Assessment Score in a group of Italian women. *J Clin Nurs*, 2011 Sep; 20(17-18) ; 2509-18.
37. Branger B, Dinot-Mariau L, Lemoine N, Godon N, Merot E, Brehu S, Winer N, Brossier J-P, les médecins et puéricultrices de la commission « Allaitement maternel » du réseau « sécurité naissance – naître ensemble » des Pays de la Loire. Durée d'allaitement maternel et facteurs de risques d'arrêt d'allaitement : évaluation dans 15 maternités du Réseau de santé en périnatalité des Pays de la Loire. *Archives de Pédiatrie*, 2012 ; 19 (11) ; 1164-76
38. Laborde L, Fulcheri J, Gelbert-Baudino N, Schelstraete C, Mathieu M, Durand M, Baudino F, Vié Le Sage F, Gothie I, Roche F, Devoldere C, Salinier C, Gouti J-P, Plasse M, Caron F-M ,François P, Labarere J . Intérêt du Breastfeeding Assessment Score pour la prédiction du sevrage précoce de l'allaitement maternel en France. *Archives de pédiatrie*, 2007 ; 14 ; 978–984
39. ANAES : Allaitement maternel : Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Mai 2002
40. Brand E, Kothari C, Stark MA. Factors related to breastfeeding discontinuation between hospital discharge and 2 weeks postpartum. *The Journal of Perinatal Education*, 2011 ; 20 ; 36-44
41. Gremmo-Féger G. Les arrêts d'allaitement maternel sont-ils évitables en cas « d'insuffisance de lait » ? . *Archives de Pédiatrie*, juin 2009 ;16 (6) ; 777

42. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayral AS, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, Schelstraete C, Vittoz JP, Francois P, Pons JC. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, préventive visit : A prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005 ; 115 ; e139-e146
43. Duhamel J.F, Bach N, Kauffmann D, Hamel A, Laurans M, Brouard J. Place des laits anti-régurgitations au cours de la première année de la vie. *J Pédiatr Puériculture*, 2002 ; 15 ; 32 I-5
44. Gay CL, Lee KA, Lee SY. Sleep patterns and fatigue in new mothers and fathers. *Biol Res Nurs*, 2004 Apr; 5(4) ; 311-8.
45. Dauvilliers Y, Billiard M. Aspects du sommeil normal. *EMC Neurologie* 2004, 458-480
46. Bayot I. Mais pourquoi les bébés pleurent-ils ? Éveils, pleurs et besoins du tout petit. Institut Co-Naitre mars 2002
47. BEH n°3-4 : Numéro thématique - Morts inattendues du nourrisson. Janvier 2008
48. DREES n°442 : Le congé de paternité. Novembre 2005
49. Gremmo-Feger G. Un autre regard sur les pleurs du nourrisson. Conférence lors du 15^{ème} congrès national de pédiatrie ambulatoire. Juin 2007
50. Armengaud D. Cris ? !, pleurs ? ? du nourrisson... et chuchotements. *Arch Pédiatrie*, 1999 ; 6 ; 889-92
51. Valdes L. Pleurs du nourrisson. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 1995 ; n°1
52. Britton JR. Pre-discharge anxiety among mothers of well newborns: prevalence and correlates. *Acta Paediatr* 2005 Dec; 94(12) ; 1771-6.
53. Lode N, Maury I, Boissinot C. Urgences vitales chez le moins d'un mois .*Journal de pédiatrie et de puériculture* ,2004 ; 17 ; 143–150
54. Claudet I, De Montis P, Debuissou C, Maréchal C, Honorat R, Grouteau E. Fréquentation des urgences pédiatriques par les nouveau-nés. *Archives de Pédiatrie*, 2012; 19 ; 900-906
55. Oddie SJ, Hammal D, Richmond S, Parker L. Early discharge and readmission to hospital in the first month of life in the Northern Region of the UK during 1998: a case cohort study. *Arch Dis Child* 2005; 90 ; 119–124
56. Bravo P, Uribe C, Contreras A. Early postnatal hospital discharge: the consequences of reducing length of stay for women and newborns. *Rev Esc Enferm USP*, 2011 Jun; 45(3) ; 758-63

57. Sainz Bueno JA, Romano MR, Teruel RG, Benjumea AG, Palacín AF, González CA, Manzano MC. Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme, with domiciliary follow-up. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 Sep; 193(3 Pt 1) ; 714-26.
58. Edmonson MB, Stoddard JJ, Owens LM. Hospital readmission with feeding-related problems after early postpartum discharge of normal newborns. *JAMA*, 1997 Jul ; 278(4) ; 299-303.
59. Ellberg L, Hogberg U, Lundman B, Kallen K, Hakansson S, Lindh V. Maternity care options influence readmission of newborns. *Acta Paediatr* 2008 May; 97(5) ; 579-83.

ANNEXES

Annexe 1

Questionnaire AM

Date de réponse au questionnaire / sortie

Qui répond au questionnaire mère père

1. Situation familiale

en couple
seul

2. Alimentation

allaitement maternel sein seul
 sein + tire lait
 tire lait seul

allaitement mixte
si arrêt de l'allaitement depuis quand
 motif douleur
 mauvaise prise de poids
 pleurs
 coliques
 stress
 inquiétude
 autre

avez vous eu besoin d'aide pour l'allaitement: oui / non Consultation
 mail
 Association
 médecin traitant
 Pédiatre
 sage femme

3. Difficultés par rapport à l'alimentation

nombre d'alimentation sur 24h
nombre d'alimentation la nuit
prise de poids suffisante: oui / non
régurgitation oui / non
constipation oui / non
coliques oui / non

4. Lieu de sommeil

chambre des parents lit séparé
 cosleeping

chambre individuelle
avec son frère ou sa sœur

5. Qualité du sommeil

Enfant difficultés: oui / non endormissement oui / non
 réveils la nuit oui / non

parents nombre de réveils en dehors de l'alimentation
 fatigue ressentie: oui / non
 nombre de réveils la nuit

sieste dans la journée: oui / non

tous les jours

1 jour sur 2

1 à 2 fois par semaine

difficultés de sommeil: oui / non

6. Participation du père

reprise du travail: oui / non

nombre de jour de congé paternité

participation au bain du bébé

pris à quel moment

jamais

1 à 2 fois par semaine

1 jour sur 2

tous les jours

participation à l'alimentation du bébé

Jamais

1 à 2 fois par semaine

1 jour sur 2

tous les jours

participation aux tâches ménagères

oui / non

aide à la gestion des aînés oui / non

vous sentez vous aidée par le père: oui / non

7. Participation de la famille

aide des grands parents: oui / non

aide des amis: oui / non

pour les difficultés rencontrées: oui / non

pour les tâches ménagères: oui / non

8. Ressenti par rapport aux pleurs de votre enfant

causes des pleurs

alimentation

douleur

coliques

câlin

caprice

je ne sais pas

quel est votre ressenti par rapport aux pleurs de votre bébé

j'arrive à gérer

Inquiet

Triste

impuissant

9. Anxiété de la mère et du père

vous êtes vous senti inquiet après le retour à la maison:

vous êtes vous senti paniqué ou effrayé

vous arrive t il de pleurer oui / non

tous les jours

1 jour sur 2

1 à 2 fois par semaine

avez vous eu peur de ne pas savoir vous occuper de votre bébé

oui / non

oui / non

vous êtes vous déjà senti débordé par les événements

oui / non

oui / non

10. Nombre de consultation

médecin traitant

habituel

d'urgence

SOS médecin

pédiatre

PMI: pédiatre / puéricultrice

urgences pédiatriques

sage femme

11. Motif de consultation

consultation obligatoire
difficultés d'alimentation
pleurs
coliques
fièvre
conseils
inquiétude
autre

12. Comment s'est passé le retour à la maison

très bien assez bien difficile très difficile

13. Les conseils donnés à la maternité vous ont-ils paru

suffisant insuffisant

14. Avez vous participé aux cours de préparation à l'accouchement

oui / non

15. Comment mieux préparer au retour à la maison

réunion en maternité
lors des cours de préparation à l'accouchement
HAD
médecin traitant
pédiatre
sage femme

16. Autres questions

Annexe 2

Questionnaire AA

Date de réponse au questionnaire / sortie

Qui répond au questionnaire Mère père

1. Situation familiale

en couple
seul

2. Alimentation

lait artificiel 1er âge
pré
HA
anti régurgitation

Nombre et motifs de changement de lait

3. Difficultés par rapport à l'alimentation

nombre d'alimentation sur 24h
nombre d'alimentation la nuit
prise de poids suffisante: oui / non
régurgitation oui / non
constipation oui / non
coliques oui / non

4. Lieu de sommeil

chambre des parents lit séparé
cosleeping
chambre individuelle
avec son frère ou sa sœur

5. Qualité du sommeil

<u>Enfant</u>	difficultés: oui / non	endormissement	oui / non
		réveils la nuit	oui / non
	nombre de réveils en dehors de l'alimentation		
<u>parents</u>	fatigue ressentie: oui / non		
	nombre de réveils la nuit		
	sieste dans la journée: oui / non		tous les jours 1 jour sur 2 1 à 2 fois par semaine
	difficultés de sommeil: oui / non		

6. Participation du père

Reprise du travail: oui / non		
nombre de jour de congé paternité		pris à quel moment
participation au bain	jamais 1 à 2 fois par semaine 1 jour sur 2 tous les jours	
participation à l'alimentation	jamais 1 à 2 fois par semaine 1 jour sur 2 tous les jours	
participation aux tâches ménagères	oui / non	

15. Comment mieux préparer le retour à la maison

réunion en maternité

lors des cours de préparation à l'accouchement

HAD

médecin traitant

pédiatre

sage femme

16. Autres questions

Annexe 3

Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement maternel

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés devraient:

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
2. Donner à tous les personnels soignants les techniques nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication *médicale*.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement maternel à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

RESUME

Le 1^{er} mois au domicile après une naissance est une période de transition pour les parents et leur nouveau né. Malgré un séjour en maternité encadré où de nombreux conseils sont prodigués, ils rencontrent des difficultés qui peuvent engendrer de l'anxiété chez ces parents.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le vécu du retour à domicile des parents.

Population et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective portant sur les nouveaux nés sortis de la maternité du Belvédère (niveau II A) entre le 17 janvier et le 17 février 2013. Etaient exclus les morts fœtales in utero, les décès néonataux et les nouveaux nés prématurés transférés. 308 couples mère-enfant étaient éligibles.

Le recueil des données a été effectué en 2 parties : une 1^{ère} partie remplie à partir des données disponibles sur le logiciel du Centre Hospitalier du Belvédère et une 2^{ème} partie remplie à partir d'un questionnaire téléphonique effectué 4 à 5 semaines après la sortie de la maternité.

Résultats : 235 parents ont répondu au questionnaire (76% de réponse). L'âge moyen des mères était de 30,7 ans, 45% étaient primipares et 85% avaient accouché par voie basse. Le terme médian de naissance était de 39,6 SA avec un poids médian de 3360 grammes. La moyenne de durée de séjour était de 5,2 jours pour un accouchement par voie basse, 6 jours pour une césarienne et 9,35 jours pour un séjour en unité kangourou. 13% des mères ont bénéficié d'une HAD. 59% des mères allaitaient à la sortie de la maternité, 16% ont arrêté durant le 1^{er} mois. 58% des enfants présentaient des régurgitations, elles étaient majoritairement présentes chez les enfants allaités. 63% des enfants présentaient des coliques, elles concernaient principalement les enfants au biberon. Les difficultés de sommeil concernaient 29% des enfants et principalement les enfants allaités. 71% des pères ont pris leur congé paternité. 21% des parents se sentaient impuissants, inquiets ou tristes devant les pleurs de leur enfant. ¼ des mères présentaient une anxiété pathologique. 87% des parents ont consulté au moins 1 fois un professionnel de santé. 3% des enfants n'en ont consultés aucun. 6% des parents ont consultés aux urgences et 28% de ces enfants ont été hospitalisés. Plus de 90% des parents ont un bon vécu du retour à domicile.

Discussion : 9% des mères ont arrêté l'allaitement à cause de conseils inadaptés donnés par les professionnels de santé qui manquent de formation sur ce sujet. Le rythme veille sommeil, la signification des pleurs de l'enfant sont méconnus des parents. L'anxiété parentale est fréquente. L'HAD prend toute son importance devant les pressions économiques et la demande grandissante des mères.

Conclusion : Pour la majorité des parents, le retour au domicile s'est effectué dans de bonnes conditions. Cependant l'accompagnement par les professionnels de santé reste primordial durant cette période pour répondre aux difficultés rencontrées.

Mots clés : séjour en maternité, 1^{er} mois, alimentation du nouveau né, pleurs du nouveau né, EPDS 3