



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine
École de Sages-Femmes de METZ

**Retour à domicile après l'accouchement :
Attentes des femmes sur le suivi postnatal**

Etude épidémiologique observationnelle qualitative, multicentrique,
Par entretiens semi-directifs auprès de 14 femmes ayant accouché
En Moselle en 2021.

Mémoire présenté et soutenu par

Lisa BROCHARD

Née le 21 Juin 1998

Directeur de mémoire : Catherine MERGEN-MOREL

Sage-Femme Enseignante

Expert de mémoire : Juliette BELLOT

Sage-Femme Libérale

Promotion 2018 - 2022

Université de Lorraine
École de Sages-Femmes de METZ

**Retour à domicile après l'accouchement :
Attentes des femmes sur le suivi postnatal**

Etude épidémiologique observationnelle qualitative, multicentrique,
Par entretiens semi-directifs auprès de 14 femmes ayant accouché
En Moselle en 2021.

Mémoire présenté et soutenu par

Lisa BROCHARD

Née le 21 Juin 1998

Directeur de mémoire : Catherine MERGEN-MOREL

Sage-Femme Enseignante

Expert de mémoire : Juliette BELLOT

Sage-Femme Libérale

Promotion 2018 - 2022

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je tiens tout particulièrement à remercier Mme Catherine MERGEN-MOREL, ma directrice de mémoire, qui a été un véritable guide dans ce projet et source d'inspiration. Merci de ne pas avoir compté vos heures pour m'aider, merci pour votre patience et votre bienveillance, je ne l'oublierai pas.

Je tiens également à remercier mon experte de mémoire, Mme Juliette BELLOT pour ses connaissances, son soutien et sa disponibilité tout au long de mon étude.

Je remercie également les patientes ayant accepté de participer aux entretiens. Rien de tout cela n'aurait été possible sans vous, merci, vos paroles sont un trésor que j'espère avoir su mettre en valeur comme il se doit.

Merci à Mme Catherine AUBRY et Mme Corine KUBIAK, pour m'avoir aidé dans le recrutement des patientes pour l'étude.

Merci à Lucas, mon compagnon, pour son aide précieuse tout au long de la rédaction de mon mémoire, son soutien a été infaillible.

Je remercie Noémie, ma meilleure amie avec qui j'ai tout vécu au cours de ces quatre années à l'Ecole de Sages-Femmes, et mes amis de ma promotion, avec qui j'ai partagé de bons moments.

Enfin, je remercie mes parents, ma sœur et mes proches, pour m'avoir motivée tout au long de mes études, vous avez toujours été là pour moi, je ne l'oublierai jamais.

ABREVIATIONS

- ALR** : Anesthésie Loco-Régionale
- CNAMTS** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- DROM** : Départements et Régions d'Outre-Mer
- EPNP** : Entretien Post-natal Précoce
- EPP** : Entretien Prénatal Précoce
- EVA** : Echelle Visuelle Analogique
- HAD** : Hospitalisation À Domicile
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- HPP** : Hémorragie du Post-partum
- IGAB** : Interagency Group for Action on Breastfeeding
- IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse
- MAP** : Menace d'Accouchement Prématuré
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- PMI** : Protection Maternelle et Infantile
- PNP** : Préparation à la Naissance et à la Parentalité
- PRADO** : Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile
- RCIU** : Retard de Croissance Intra Utérin
- SA** : Semaines d'Aménorrhées
- T2A** : Tarification à l'Activité
- VVP** : Voie Veineuse Périphérique

SOMMAIRE

INTRODUCTION	8
PARTIE 1 : CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE	9
1. LE POST-PARTUM : UNE PERIODE PARTICULIERE	9
1.1. DEFINITIONS ET CONTEXTE.....	9
1.2. LES ENJEUX DE LA PERIODE	9
1.3. LES RISQUES DE LA PERIODE	12
2. L'ACCOMPAGNEMENT DANS LE POST-PARTUM PAR LA SAGE-FEMME	13
2.1. LE SEJOUR A LA MATERNITE	14
2.2. LE RETOUR A DOMICILE	15
2.3. L'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE	17
3. L'ENTRETIEN POST-NATAL PRECOCE (EPNP)	18
3.1. DEFINITION	18
3.2. CONTENU.....	19
3.3. ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES.....	19
PARTIE 2 : METHODOLOGIE	20
1. PROBLEMATIQUE	20
2. OBJECTIFS	20
2.1. BENEFICES ATTENDUS.....	20
2.2. OBJECTIFS PRINCIPAL ET SECONDAIRES	20
3. HYPOTHESES ELABOREES DANS LE CADRE D'UNE ETUDE QUALITATIVE	20
4. MATERIEL ET METHODES ENVISAGEES	21
4.1. TYPE D'ETUDE.....	21
4.2. POPULATION D'ETUDE : ETAPE D'ELIGIBILITE	21
4.3. CRITERES DE JUGEMENT.....	21
4.4. RECEUIL DE DONNEES	21
4.5. GESTION DES DONNEES	22
4.6. LIEUX DE L'ETUDE	22
4.7. PERIODE DE L'ETUDE	22
4.8. PROCEDURE DE MINIMISATION DES BIAIS	22
5. OBLIGATION REGLEMENTAIRE / ETHIQUE	22
5.1. MODALITES D'INFORMATION ET DE RECEUIL DE LA NOTE D'INFORMATION.....	22
5.2. MODALITE GESTION DES DONNEES : CONFIDENTIALITE	22
5.3. DECLARATION DES CONFLITS D'INTERET	22
5.4. ARCHIVAGE DES DONNEES	22
5.5. REGLES DE PUBLICATIONS.....	22
PARTIE 3 : RESULTATS	23
1. PROFIL DE LA POPULATION ETUDIEE	23
2. VECU DE LA GROSSESSE	24
2.1. SUR LE PLAN MEDICAL	24
2.2. SUR L'ACCOMPAGNEMENT PAR LA SAGE-FEMME LIBERALE	24
3. VECU DE L'ACCOUCHEMENT	25
3.1. L'ACCOMPAGNEMENT PENDANT LE TRAVAIL	25
3.2. L'ACCOMPAGNEMENT LORS DU SEJOUR A LA MATERNITE	25
4. VECU DU POST-PARTUM	26
4.1. RESSENTIS LES PREMIERES SEMAINES.....	26
4.2. VISITES A DOMICILE PAR LA SAGE-FEMME LIBERALE	27

4.3.	RESSENTIS LES SEMAINES SUIVANTES.....	28
4.4.	ATTENTES DES PATIENTES EN MATIERE DE SUIVI POSTNATAL	30
5.	L'ENTRETIEN POST-NATAL PRECOCE	31
5.1.	THEMATIQUES A ABORDER SELON LES PATIENTES.....	31
5.2.	INTERET D'UN TEL ENTRETIEN SELON LES PATIENTES	33
PARTIE 4 :	DISCUSSION.....	34
1.	LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE.....	34
1.2.	LIMITES DE L'ETUDE.....	34
1.3.	FORCES DE L'ETUDE.....	34
2.	ANALYSE DES RESULTATS.....	35
2.1.	LE RETOUR A DOMICILE	35
2.2.	LE VECU DU POST-PARTUM A DOMICILE	37
2.3.	L'EPNP DU POINT DE VUE DES PATIENTES	40
3.	PROPOSITIONS D'AMELIORATIONS.....	41
3.1.	L'EPNP.....	41
3.2.	LE SUIVI GLOBAL DU POST-PARTUM PAR LA SAGE-FEMME LIBERALE	42
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE	44
ANNEXES	49

INTRODUCTION

Le paysage obstétrical français s'est profondément modifié ces dernières années. En effet, les fermetures et fusions des petites maternités et la mise en réseau des autres établissements ont eu pour conséquence une diminution du nombre de lits en maternité alors que le nombre de naissances a globalement augmenté. Par conséquent, en 2014, la Haute autorité de santé (HAS) publie des recommandations concernant les conditions et l'organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés, diminuant la durée globale des séjours. [1,2]

Au cours de mes nombreux stages hospitaliers en service de suites de couches, j'ai pu constater que la qualité de l'accompagnement que l'on prodiguait au couple mère-enfant était parfois tangible. Le manque de personnel, de disponibilité et de matériel m'a laissé entrevoir la détresse ressentie par certaines patientes, me poussant parfois à me remettre en question. C'est dans ce contexte que mes interrogations sur le vécu du retour à domicile ont commencé à émerger. Je me demandais : « *Comment vont-elles gérer une fois à la maison ? Ont-elles eu assez de guidance pour la suite ?* ». Je me suis alors intéressée de plus près à l'accompagnement du post-partum des accouchées à domicile.

Si la généralisation du Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile (PRADO), a permis de proposer un suivi du post-partum précoce par une sage-femme libérale sur les dix premiers jours de vie de l'enfant, à raison de 2 à 3 visites maximum, les femmes déplorent encore le manque d'accompagnement à plus long terme, en attendant la consultation post-natale. [3-5]

Mes recherches m'ont amenée à l'Entretien Post-Natal Précoce (EPNP). Recommandé depuis 2014 par la Haute Autorité de Santé (HAS), il constitue un nouvel outil de prévention et d'éducation en santé périnatale. Il est un temps et un espace de parole permettant aux femmes, aux couples de s'exprimer librement sur leurs ressentis, leurs angoisses et le stress vécu dans le cheminement à la parentalité au moment où l'enfant est présent. Pourtant, sa pratique n'est pas homogénéisée sur tout le territoire national. Un manque d'informations, de formation sur le sujet et une tarification floue peuvent être à l'origine de ce manque de pratique.

Ayant connaissance de tout cela et face à l'émergence de nouvelles perspectives dans l'accompagnement du post-partum au retour à domicile, il m'a semblé important de recueillir la parole des femmes. Je me suis alors demandé : « *Qu'attendent les nouvelles accouchées en matière d'accompagnement postnatal dispensé par les sage-femmes libérales au moment du retour à domicile, en Moselle, en 2021 ?* ». L'objectif était de faire un état des lieux des attentes des nouvelles accouchées en matière d'accompagnement postnatal.

La première partie de mon mémoire porte sur la définition de la période du post-partum, la place de la sage-femme dans l'accompagnement de ce dernier, et sur l'EPNP. La deuxième partie présente la méthodologie de mon étude. La troisième partie expose les résultats et enfin, la quatrième partie les analyse et les discute.

PARTIE 1 : CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

1. LE POST-PARTUM : UNE PERIODE PARTICULIERE

1.1. DEFINITIONS ET CONTEXTE

Il n'existe pas de définition officielle du post-partum, celle-ci varie en fonction des cultures et des normes médicales. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il débute environ une heure après la délivrance et englobe les six semaines qui suivent. Il peut se diviser de plusieurs manières dans le temps : le post-partum immédiat (jusqu'à 2 heures après l'accouchement) ; le post-partum secondaire (du 1^{er} au 15^e jour) ; le post-partum tardif (du 16^e au 45^e jour). Il désigne de manière plus globale la période qui s'étend de la délivrance jusqu'au retour de couches. Cette dernière est dominée par deux phénomènes physiologiques essentiels : le retour de l'organisme à son état antérieur à la grossesse, notamment au niveau de l'appareil génital, et l'établissement de la lactation. [6]

Le post-partum est, selon l'OMS, une période de transition critique pour la mère et son nouveau-né. Appelé aussi « suites de couches », il désigne une période de profonds bouleversements physiques, physiologiques mais également affectifs et sociaux. La mère et son nouveau-né sont vulnérables et peuvent rencontrer des difficultés, voire des complications plus importantes, tant sur le plan médical que psychologique. En cela, le post-partum nécessite une attention toute particulière et un soutien solide par les professionnels de santé. [7]

1.2. LES ENJEUX DE LA PERIODE

L'arrivée d'un enfant est un événement exceptionnel dans la vie d'une femme. Cependant, même s'il est naturel et généralement associé au bonheur, il n'en crée pas moins de profonds bouleversements dans la vie familiale, qui sont source d'adaptation et de remaniements sur le plan physique et psychologique. En effet, les enjeux autour de cette période sont multiples.

L'allaitement maternel

Le lait maternel est unique sur le plan biologique et nutritionnel. Sa composition évolue constamment pour répondre au mieux aux besoins de l'enfant jusqu'à 6 mois. L'OMS et l'Interagency Group for Action on Breastfeeding (IGAB) précisent que le lait maternel à l'exception de tous les autres ingesta, solides ou liquides, assure un développement optimal au nouveau-né puis au nourrisson. Le taux d'allaitement en France, bien qu'en progression, reste pour autant l'un des plus bas d'Europe. [8] L'Enquête Nationale Périnatale de 2016 a montré que 52,2% des nouveau-nés en France étaient alimentés par un allaitement maternel exclusif. On retrouve alors en 6 ans une baisse du taux d'allaitement maternel exclusif de presque 10%, l'Enquête Nationale Périnatale de 2010 révélant un taux de 60,3%. [9] L'OMS recommande vivement l'allaitement au sein exclusif pendant les six premiers mois suivant la naissance. [10] Le lait maternel contient tout ce dont l'enfant a besoin sur le plan nutritionnel : glucides, lipides, protéines, eau, minéraux, profitables au système nerveux du nouveau-né et du nourrisson. Il est dépourvu d'hormones de croissance provenant d'autres animaux, de conservateurs et de vitamines artificielles. Il est à la bonne température tout de suite et s'adapte aux besoins de l'enfant de manière très spécifique (il suit la taille de son estomac, ses besoins micronutritionnels, etc.). Il protège l'enfant des infections grâce à la présence d'anticorps et de bifidobactéries qui l'aident par ailleurs à former sa

flore gastro-intestinale. Il participe également à la confection du lien d'attachement entre la mère et son enfant, en favorisant la proximité et la satisfaction des besoins primaires. [11]

L'alimentation artificielle

Si l'allaitement maternel présente de nombreuses vertus, il n'est pas une obligation. En effet, de nombreux facteurs peuvent intervenir dans le choix d'une alimentation lactée : culture, rapport au corps, complications d'un allaitement maternel, reprise d'une activité professionnelle, pudeur, absence de motivation pour allaiter... Les raisons sont propres à chaque femme et doivent être respectées. De ce fait, dans le choix d'une alimentation artificielle, il est essentiel de donner une information théorique et pratique adaptée aux parents à ce sujet afin de s'assurer de sa bonne observance et de garantir la santé de leur enfant. [12] Même s'il n'existe à ce jour aucun lait reproduisant la composition exacte du lait maternel, fabriqué à base de laits d'animaux transformés et de vitamines et glucides, il en existe une multitude sur le marché, dont l'enjeu est de trouver le plus adapté à son enfant. Le matériel des biberons et l'eau utilisée dans la préparation du lait sont aussi des éléments importants à prendre en compte, qui peuvent être source d'interrogations et de doutes chez les parents au retour à domicile. [11]

La naissance d'une mère

Comme l'explique si bien *Daniel N. Stern* dans son ouvrage *La naissance d'une mère*, une mère doit naître psychologiquement tout autant que son bébé naît physiquement. Ce qu'une femme met au monde dans son esprit, ce n'est pas un nouvel individu, mais une nouvelle identité : le sentiment d'être mère. Cette psyché maternelle ne naît pas au moment où l'enfant pousse son premier cri, en un seul moment dramatique décisif, mais elle est bien le lieu d'un travail cumulé des mois qui précèdent et suivent la naissance du bébé. Le devenir mère se décline sur 3 phases : celle de la grossesse, où l'esprit de la femme se prépare à accueillir cette nouvelle identité, le post-partum, où la psyché maternelle éclot pleinement en s'occupant du nourrisson, et le reste de la vie, qui intégrera les schémas nouvellement formés par cette identité. En devenant mère, une femme développe une organisation mentale radicalement différente de celle qu'elle avait auparavant, car un changement de génération s'opère. Elle devient après la naissance de son enfant un immense champ réceptif, et se trouve comme en fusion avec le psychisme de son bébé, c'est l'état de *préoccupation maternelle primaire* décrit par *Winnicott*. Dans un contexte de fragilité et de vulnérabilité constructive, elle devient sensible aux moindres détails concernant son bébé pour être capable de répondre au mieux à ses attentes et ses besoins. C'est sur la base de ces comportements que la mère nouvelle réorganise son identité, qui restera pour la vie. [13,14]

L'établissement du lien parent-enfant

L'établissement du lien parent-enfant est un processus bidirectionnel. En effet, il repose d'abord sur les capacités innées du nouveau-né à susciter la proximité avec ses donneurs de soins. Les cris, les pleurs, la succion, l'agrippement sont des compétences qui placent le nouveau-né comme acteur de la quantité et de la qualité des soins qu'il reçoit. Ces comportements, bien que présents dès la naissance, ne sont pas encore dirigés vers une figure particulière et apparaissent plutôt indifférenciés dans un premier temps. De l'autre côté, c'est en répondant aux signaux envoyés par le nouveau-né que les parents nourrissent le lien d'attachement qui se met en place. Disponibilité, sensibilité, continuité et régularité dans le prodigement des soins sont les éléments clés qui relèvent du comportement parental intuitif,

en partie inconscient, s'activant dans l'interaction avec le nouveau-né. Selon *Bowlby*, l'enjeu de l'attachement mère-enfant notamment, est majeur. C'est en construisant un attachement sécurisé que l'enfant pourra s'individualiser, construire son propre psychisme et développer de nouvelles compétences lui permettant d'explorer son environnement. Ce système se développe surtout à partir de 7 mois, période qui correspond à la mise en place du système d'attachement et à la constitution de figures d'attachement spécifiques. Avec ses progrès moteurs, sa capacité à se déplacer, l'enfant peut s'éloigner pour explorer et étendre ainsi considérablement son horizon. Il devient dès lors particulièrement actif dans la régulation de la distance avec l'adulte. Il existe une véritable balance dynamique entre les comportements d'attachement et les comportements d'exploration : ce n'est que quand ses besoins de proximité sont satisfaits que l'enfant peut s'éloigner de sa figure d'attachement pour explorer le monde extérieur. L'attachement va bel et bien servir l'autonomie et non la dépendance. [13,15]

La place du père

Au cours des siècles, la notion de paternité a évolué. Selon les époques, la place du père a été différente, allant d'une absence totale lors de la grossesse, de l'accouchement et en post-partum jusqu'à une participation active de leur part. Son rôle aussi a changé à travers les époques. Actuellement, le père semble être en voie de trouver sa place, qui est très importante autour de la maternité. Il est de plus en plus investi lors du suivi de la grossesse, en salle de naissances et en suites de couches. Cette évolution induite par de nombreux facteurs psychiques, physiologiques, traditionnels, socio-culturels est indéniable. On voit apparaître des nouveaux besoins paternels. [16] En post-partum, ils se manifestent notamment par une envie de participer à l'allaitement, maternel ou artificiel, mais aussi de prendre une part plus importante dans les tâches domestiques, et dans la création du lien d'attachement en répondant aux besoins de son enfant. Cette période est donc propice à la consolidation de la triade père-mère-enfant.

Sexualité et post-partum

Après l'accouchement, le retour à une intimité sexuelle n'est pas toujours évident. La fatigue, la douleur, l'appréhension et d'autres sentiments se bousculent et rendent délicate la reprise d'une activité sexuelle. Une étude concernant les effets de la grossesse et de l'accouchement sur la fonction sexuelle, menée par *Anne Marie Connolly* en 2005 rapporte qu'à six semaines après l'accouchement 57% des femmes ont repris une activité sexuelle ; 82% à douze semaines et enfin 90% à vingt-quatre semaines. Seulement 14% des femmes et 12% des hommes ont rapporté ne pas avoir eu de difficultés sexuelles après la naissance. La reprise de la sexualité se produit environ six semaines après l'accouchement et est un sujet préoccupant pour la majorité des couples. [17] En effet, différents facteurs interviennent dans la difficulté de reprise des rapports : L'image de soi, la chute hormonale, la voie d'accouchement, la présence d'une déchirure périnéale/épisiotomie, l'allaitement maternel, le retour à l'état non gravide de l'appareil génital féminin, les complications médicales, le sentiment d'exclusion de la part du père, la recherche d'un nouvel équilibre dans le couple, etc. Tous ces facteurs et d'autres encore mettent la sexualité du couple à l'épreuve dans le post-partum. [18]. Pourtant, une sexualité épanouie après un accouchement est essentielle, car comme l'évoque l'OMS : « la santé sexuelle » fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble. [19] Il n'y a pas de période obligatoire à respecter pour reprendre une activité sexuelle. Les sages-femmes conseillent généralement aux

femmes d'attendre de se sentir prêtes, ainsi que leur partenaire. Il ne faut pas se fixer de « date » pour la reprise de la sexualité, mais simplement attendre d'en avoir l'envie. [17]

Contraception et post-partum

En 2019, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) recense dans son rapport d'enquête 232 200 interruptions volontaires de grossesse (IVG) enregistrées en France. On note également dans ce même rapport que la survenue d'une IVG dans un délai relativement court après un acte obstétrical (accouchement ou IVG précédente) n'est pas rare. Près d'une femme sur dix-huit ayant accouché en 2015 ont eu une IVG dans les trois ans qui suivaient. [20] Il est important dans le contexte du post-partum de prendre en compte deux facteurs majeurs qui interviennent dans cette période pour éviter une grossesse non désirée : le retour de la fertilité et la reprise de la sexualité. [21] Il est donc essentiel d'aborder la contraception et d'informer les femmes sur les méthodes possibles au cours de la grossesse et de la proposer en post-partum immédiat. Le choix d'une méthode de contraception en post-partum doit tenir compte des facteurs suivants : l'allaitement maternel éventuel ; le risque thromboembolique veineux majoré durant la grossesse et dans les premières semaines post-partum (jusqu'à 42 jours) ; les pathologies survenues pendant la grossesse (HTA gravidique, prééclampsie, diabète gestationnel, phlébite, etc.). [22]

1.3. LES RISQUES DE LA PERIODE

L'étude menée par *Mona MA Almalik* en 2015, sur la compréhension des besoins maternels après l'accouchement, montre que le manque de services actuel dans l'accompagnement du post-partum pourrait augmenter le risque de complications physiques et psychologiques maternelles au cours de cette période. [23] Les suites de couches sont porteuses de nombreux remaniements. Sur le plan physique, le corps maternel vise à s'adapter à la lactation tout en retrouvant son état antérieur, mais en développant en parallèle une nouvelle organisation mentale, avec la naissance de la psyché maternelle. Autrefois, l'accouchée était hospitalisée pendant une semaine et l'on avait le temps de dépister les anomalies des suites couches. Or, avec la réduction des séjours à la maternité, une nouvelle organisation de prise en charge à domicile apparaît, plaçant la sage-femme libérale au cœur du suivi. [24]

Sur le plan physique

Les complications les plus fréquentes sont les suivantes :

- Les complications hémorragiques (précoces ou tardives) : Hémorragie du Post-Partum (HPP), endométrite hémorragique, thrombus vaginal
- Les complications infectieuses : Endométrite, infection de la cicatrice de césarienne, infections urinaires, péritonites, abcès périnéaux ou abdominaux
- Les complications de l'allaitement : Lymphangite, galactophorite, abcès mammaire
- Les complications thromboemboliques : Thrombophlébites superficielles ou profondes des membres inférieurs, thrombophlébites pelviennes, embolie pulmonaire
- Les complications spécifiques à la césarienne : Hématomes sous-cutanés, sous-aponévrotiques, infections de la cicatrice

- Les complications périnéales : Infections, lâchage de la cicatrice d'épisiotomie ou de la déchirure, hémorroïdes. [25,26]

Sur le plan psychique

D'après l'étude de *Cohen et al* de 2005, la prévalence des épisodes psychiatriques, tous types de troubles confondus, associée à un risque augmenté d'hospitalisation n'a jamais été aussi élevée dans la vie d'une femme qu'au cours du post-partum. [27] En effet, la grossesse étant un évènement majeur, la transition vers la maternité s'accompagne de changements d'importance sur le plan psychique, social et somatique. Les processus et les remaniements psychiques qui y participent conduisent souvent à des réactivations de conflits anciens, parfois oubliés, que les femmes vont surmonter de façon variable selon leur fonctionnement psychique, le contexte et l'environnement de l'arrivée de l'enfant. C'est une période sensible pour les futurs parents et les difficultés psychologiques surviennent fréquemment, témoignant du travail d'ajustement à ces modalités nouvelles auxquelles ils ont à faire face. L'adaptation au nouveau rôle de mère et ses importantes responsabilités conduisent à un certain déséquilibre psychologique qui est un phénomène tout à fait habituel en post-partum, notamment en cas de première grossesse. Cependant, la santé mentale maternelle peut s'altérer à la naissance d'un enfant et certaines femmes rencontrent à cette période des troubles psychiatriques importants. C'est une des raisons pour lesquelles les troubles psychologiques, notamment ceux qui ne sont pas de la lignée psychotique, font partie des pathologies les plus fréquemment retrouvées en post-partum. [28] On y retrouve le plus souvent, dans un ordre de gravité croissante les pathologies suivantes : Le baby blues entre J3 et J10 (70 à 80% des accouchées) transitoire et de résolution rapide ; la dépression du post-partum (10 à 15% des accouchées) entre 2 et 8 semaines après l'accouchement ; la psychose puerpérale (0,2% des accouchées), d'apparition brutale dans les 4 premières semaines, avec risque majeur suicidaire ou d'infanticide. [27,28] Le dépistage de ces pathologies repose donc sur l'entretien clinique et peut être utilement complété par l'utilisation d'auto-questionnaires. Le plus utilisé est l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), traduit et validé en français. Instrument de dépistage d'utilisation aisée, il n'a pas à proprement parler de valeur diagnostique et tend à surestimer la prévalence du trouble aux seuils habituellement choisis (entre 11 et 12/30). [29]

2. L'ACCOMPAGNEMENT DANS LE POST-PARTUM PAR LA SAGE-FEMME

Article L4151-1 Modifié par LOI n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 38

« L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des **soins postnataux** en ce qui concerne la mère et l'enfant [...]. » [30]

Article L2122-1 Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 86 (V)

« Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnataux obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme. » [30]

La période du post-partum nécessite, pour l'accouchée et le nouveau-né, une surveillance médicale et un certain soutien psychologique que la sage-femme peut assurer au sein de la maternité dans le service de suites de couches, et par la suite chez elle ou au cabinet. Elle apporte le soutien, l'écoute, les informations et explications dont la patiente peut avoir besoin afin que cette période se déroule harmonieusement pour elle, le nouveau-né et toute la famille. [31]

2.1. LE SEJOUR A LA MATERNITE

Le post-partum à la maternité s'étend du post-partum immédiat jusqu'au jour de la sortie du couple mère-enfant. Pour rappel, la période du post-partum immédiat s'étend de la fin de la délivrance jusqu'aux 2 premières heures après l'accouchement. Ainsi, durant ce temps, la sage-femme de salle de naissances assure un suivi rapproché de l'accouchée toutes les 20 minutes environ, comprenant la surveillance de l'état général de la patiente, la visualisation des lochies (quantité, couleur, odeur), l'estimation de la qualité du globe utérin, la surveillance de la fréquence cardiaque, la mesure de la pression artérielle, l'évaluation de la qualité de la Voie Veineuse Périphérique (VVP), l'état de l'Anesthésie Loco-Régionale (ALR) et l'état de la suture. Les risques d'HPP et de choc vagal sont les plus importants à écarter au cours de cette période. [24] La sage-femme de salle de naissances s'assure également de la surveillance régulière du nouveau-né, et de sa bonne adaptation à la vie extra-utérine. Si les paramètres observés sont satisfaisants (respiration efficace, cric franc et tonicité normale), il est recommandé de le placer aussitôt en peau à peau contre la mère en le couvrant, et d'encourager l'allaitement maternel avec une première mise au sein, dans le respect du choix de la mère. [32]

Par la suite, au cours du séjour hospitalier, la surveillance établie par la sage-femme des suites de couches est quotidienne. Les risques infectieux et thromboemboliques sont plus importants, ainsi que les complications dues à la mise en route de l'allaitement maternel, mais le risque hémorragique ne doit pas être écarté pour autant. Ainsi, elle effectue un contrôle médical rigoureux des constantes (température, fréquence cardiaque, pression artérielle), examen des conjonctives, des membres inférieurs et supérieurs à la recherche de signes d'œdèmes/phlébites, examen des seins, examen de l'utérus (involution/tonicité) et examen du périnée, avec observation et quantification des lochies, observation de l'état de la suture et de la présence éventuelle d'hémorroïdes. Elle questionne également la patiente sur sa diurèse et son transit, ainsi que l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) de la douleur. A la suite, elle prescrit les traitements nécessaires au diagnostic du jour, et les donne à la patiente. Elle effectue également la surveillance post-opératoire et les soins post-césarienne. [23] De plus, le séjour à la maternité est la période essentielle où la patiente pourra se tourner vers la sage-femme, mais aussi toute l'équipe en général pour la comprendre, la rassurer et la guider dans son nouveau rôle de mère, la mise en place d'un allaitement maternel ou encore les soins de nursing. [33]

Cependant, l'enquête publiée en 2008 par la DREES concernant la satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement révèle des chiffres inquiétants. En effet, dans près de deux cas sur dix, les patientes émettent un jugement négatif sur l'accompagnement de l'allaitement maternel et les informations données sur l'alimentation artificielle. Mais c'est surtout sur la préparation à la sortie de la maternité que les femmes sont les plus nombreuses à exprimer des réticences. Elles sont ainsi entre 15 et 35 % à être plutôt pas ou pas du tout satisfaites

des informations et conseils médicaux qui leur sont prodigués afin d'assurer les soins de suites de couches : 16 % pour les soins de déchirure, 20 % pour les soins de cicatrice liée à une césarienne, 22 % pour les soins conséquents à une épisiotomie et 33 % pour ce qui est de la rééducation du périnée. Plus encore, près de quatre femmes sur dix déplorent avoir été mal préparées aux éventuels troubles post-partum (pertes vaginales, retour de couches, poids, fatigue, sommeil, etc.). [34]

2.2. LE RETOUR A DOMICILE

En France, depuis plus de 40 ans, plusieurs plans de reconfiguration de la prise en charge périnatale dans un impératif de santé publique ont opéré un mouvement rapide de réduction du nombre des maternités. Le dernier rapport 2014 de la Cours des comptes fait état de plus des 2 tiers des maternités qui ont fermé dans le but d'assurer une sécurité renforcée de la naissance. [4] Les séjours en maternité se sont donc progressivement raccourcis. L'introduction de la tarification à l'activité (T2A) a également favorisé cette diminution dans un souci d'équilibre budgétaire des hôpitaux. Le temps d'observation des enfants nés en maternité s'est donc réduit d'autant, alors que l'adaptation à la vie extra-utérine s'étend sur un minimum de 5 jours. Les recommandations de la HAS de 2014 énoncent les conditions et organisation du retour à domicile des couples mère-enfant à bas risque médical, psychique et social, en définissant des durées de séjours standard et sortie précoce [1] :

La durée de **séjour standard** a été définie comme une durée d'hospitalisation :

- De 72 heures à 96 heures après un accouchement par voie basse
- De 96 heures à 120 heures après un accouchement par césarienne

Une **sortie précoce** est définie comme toute sortie de maternité :

- Au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse
- Au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne [1]

La sage-femme de suites de couches est en charge, conjointement avec le pédiatre, d'organiser la sortie du couple mère enfant, médicalement et administrativement parlant. Le pédiatre effectue un examen clinique du nouveau-né obligatoire 48h après la naissance et avant la sortie, tandis que la sage-femme s'assure cliniquement et psychologiquement que le couple mère-enfant puisse sortir. Elle effectue les courriers nécessaires pour le relais par la sage-femme libérale, PMI, etc., effectue les conseils de sortie (abordant contraception, hygiène de vie intime, rééducation périnéale, soins de puériculture, signaux d'urgences maternels et néonataux) et prescrit les traitements souhaités pour la sortie. Elle s'assure également que les dépistages néonataux (surdité, dépistage des maladies métaboliques) soient effectués. Les critères de sortie de maternité et les modalités d'accompagnement après la sortie de maternité reposent sur plusieurs éléments [1] :

- Intérêt de la mère et de l'enfant (souhait de la mère ou du couple, retour à domicile dans des conditions environnementales et sociales favorables et selon indication médicale)
- Délai d'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine pour s'assurer de l'absence de risque (ou d'un risque limité) de complications pour l'enfant
- Maintien d'une organisation et d'un circuit pour les tests de dépistage néonataux qui ont fait la preuve de leur efficacité

- Utilisation des ressources de santé disponibles au niveau local, en privilégiant l'organisation en réseaux. [1]

Par ailleurs, pour s'ajuster aux séjours de plus en plus courts tout en assurant la sécurité du couple mère-enfant au moment du retour à domicile, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) met en place le PRADO en 2010. Ce programme est destiné aux couples qui le souhaitent, dès que l'hospitalisation en maternité n'est plus nécessaire, en respectant certains critères. Il repose sur la prise en charge à domicile de la mère et de son enfant par une sage-femme libérale, choisie par la femme. Ce suivi est pris en charge à 100 % (dans la limite des tarifs de base de l'Assurance Maladie) et la dispense d'avance des frais (tiers payant) sur la partie prise en charge par la Sécurité sociale jusqu'au 12e jour après la naissance est conservée. La mise en relation de la mère avec la sage-femme de son choix est assurée par le Conseiller de l'Assurance Maladie pendant l'hospitalisation. La sortie se fait après l'aval de l'équipe médicale de la maternité, et la sage-femme libérale passe dans les 24h après la sortie précoce pour une première visite, et jusqu'à 48h après pour une sortie standard. [35,36]

Les critères d'éligibilité au PRADO sont les suivants :

- Pour la mère :
 - Agée d'au moins 18 ans
 - Absence de handicap psychique, vulnérabilité psychique ou sociale, conduites d'addictions et dépendances sévères
 - Absence de comorbidité
 - Absence de complications
- Pour le nouveau-né :
 - Né à terme ≥ 37 Semaines d'Aménorrhées (SA)
 - Sans besoin d'être maintenu sous observation en milieu hospitalier
 - Aucun problème d'alimentation apparent
 - Examen clinique normal le jour de la sortie
 - Absence d'ictère nécessitant une photothérapie
- En cas de sortie précoce :
 - Nouveau-né né à terme ≥ 38 SA
 - APGAR ≥ 7 à 5 minutes
 - Vitamine K1 donnée
 - Accord de la mère [37]

Si le PRADO séjour standard et généralisé depuis mars 2012, le PRADO sortie précoce n'est généralisé que depuis juin 2018. Au total, 57% des naissances en 2017 ont bénéficié d'une prise en charge PRADO. Malgré cela, l'ONSSF appelle à la vigilance quant au dispositif, car ces éléments amènent à supposer que le PRADO, bien qu'utile et nécessaire au suivi médical des patientes, est insuffisant voire inadapté pour répondre à leurs besoins d'accompagnement psycho-affectif. [2,33]

2.3. L'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE

D'après la HAS dans ses recommandations de 2014, différentes enquêtes récentes ont montré que les femmes sont globalement satisfaites de la prise en charge dont elles ont bénéficié pendant leur grossesse et au moment de la naissance, mais qu'il existe un manque d'accompagnement, jugé insuffisant, lors de leur sortie de maternité et de leur retour à domicile. [1] Ces dires sont confirmés par l'étude de *Razurel C et al.*, en 2010, montrant que les femmes regrettent le manque d'accompagnement en post-partum, par manque de connaissances et d'informations sur diverses thématiques, comme l'allaitement maternel, le baby blues, etc. [5]

Le PRADO

Dans le cadre du PRADO, l'accompagnement à domicile réalisé par la sage-femme suit un algorithme précis. (1) En effet, si mère et enfant sont déclarés éligibles au programme par l'équipe médicale de la maternité, et qu'ils souhaitent bénéficier de ce dispositif, alors la sage-femme référente du suivi de grossesse, ou celle choisie par le conseiller de l'Assurance Maladie passe au domicile de la femme à J1 ou J2 après le retour à domicile. Une deuxième visite peut être planifiée selon appréciation de la sage-femme libérale. [38]. La cotation spécifique des séances PRADO est la suivante :

- Pour les deux premières visites à domicile : SF 16,5 soit 46,20 euros
- Pour toutes les autres visites à domicile jusqu'à J12 : SF 12 soit 33,60 euros
- Dans le cadre d'une sortie précoce : majoration DSP de 25 euros sur la 1ere visite. [39]

Le PRADO a été controversé dès sa mise en place. Il présente un contenu des visites très axé sur le plan médical, avec une évaluation clinique détaillée de la mère et son nouveau-né qui laisse peu de place à l'évaluation de l'état psychologique de la mère, mise à part l'état de la relation mère-enfant et de la mise en place d'un éventuel allaitement maternel. Les organisations professionnelles et notamment les syndicats de sages-femmes se sont demandé ce qu'il en était des femmes non éligibles, susceptibles d'avoir besoin d'un plus grand accompagnement (par exemple les grossesses gémellaires, les femmes ayant subi une césarienne, ou ayant eu des complications du post-partum, femmes mineures ou en situation de précarité, etc.). Le risque du PRADO est de cantonner les sages-femmes libérales aux visites médicales du post-partum, alors qu'elles défendent une prise en charge plus globale. Des études menées en 2014 par *Le Moigne M.* et en 2017 par *Brun A.* dans le cadre de mémoires de fin d'études ont montré, en évaluant la satisfaction de 19 sages-femmes libérales du Sud du Finistère en 2014 et de 76 sages-femmes libérales d'Auvergne en 2017, que la majorité des difficultés rencontrées par ces dernières dans le cadre du PRADO étaient dues au manque de transmissions de la part des maternités, et d'autant plus si les patientes n'avaient pas été vues en anténatal. [38,40,41] De plus, l'étude de *Brun A.* menée sur 76 sages-femmes libérales d'Auvergne en 2017 montre que 54,7% de ces dernières rencontrent une vulnérabilité psychique qui aurait nécessité une prise en charge plus adaptée. Même si le PRADO permet de mieux connaître les compétences médicales des sages-femmes, et même si d'après l'Assurance Maladie (*Enquête de satisfaction, Institut A+A, 2014* [42]), les patientes notent l'accompagnement dans le cadre de ce programme en moyenne à 8,8/10, il laisse supposer que les accouchées sont demandeuses d'un suivi plus adapté encore à leurs besoins, notamment sur le plan psychologique. [41]

Les séances postnatales

Il existe également deux séances postnatales de soutien à la parentalité individuelles prises en charge à 100 % par l'Assurance maladie entre le 8^e jour suivant la naissance et la consultation postnatale prévue entre 6 et 8 semaines après l'accouchement. Ces séances ont pour objectifs spécifiques de :

- Compléter les connaissances parentales et accompagner les soins au nouveau-né
- Soutenir la poursuite de l'allaitement
- Favoriser les liens d'attachement
- S'assurer du bon développement psychomoteur de l'enfant
- Rechercher des signes de dépression du post-partum
- Ajuster le suivi de la mère et de l'enfant en fonction des besoins
- Soutenir la parentalité. [43]

Toutefois, ces séances restent peu proposées par les professionnels, peu rémunérées (18,55 euros depuis 2014 [44]) et méconnues des couples. En 2011, seulement 6,06 % des femmes ont bénéficié de ces séances. [1] Afin de favoriser la mise en pratique de ces séances postnatales et de la rendre efficace, il paraît nécessaire d'instaurer un temps de diagnostic éducatif en amont permettant de préciser le contenu des séances, de la même manière que l'entretien prénatal précoce (EPP) précède les séances prénatales de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). [4]

3. L'ENTRETIEN POST-NATAL PRECOCE (EPNP)

3.1. DEFINITION

L'entretien postnatal précoce voit le jour pour la première fois dans le rapport final du Plan de Périnatalité 2005-2007. L'accompagnement des femmes moins présent sur le suivi post-natal était inscrit dans un axe d'amélioration, et la sollicitation de la HAS dans l'établissement de recommandations sur le sujet était inscrite dans les recommandations opérationnelles du Plan. Parmi ces recommandations figure également « la mise en place éventuelle d'un entretien postnatal précoce réalisé juste après l'accouchement, à la maternité, au domicile ou en ville (selon la durée de séjour à la maternité), afin d'offrir un temps d'échange à l'usagère une fois l'enfant né, d'anticiper les éventuelles difficultés liées à la sortie de la maternité et d'identifier ses besoins spécifiques d'accompagnement ». [45]

Par la suite, en 2014, la HAS publie ses Recommandations de bonne pratique sur la sortie de maternité après accouchement et l'organisation du suivi postnatal. A la mention des deux séances postnatales réalisables entre le 8^e jour suivant l'accouchement et la visite postnatale, est adjointe la proposition d'un entretien postnatal précoce, à proposer systématiquement et réalisé par une sage-femme, ou un médecin. Ce dernier devrait préférentiellement être fait entre J8 et J15 suivant l'accouchement, et permettrait aux femmes d'exprimer leur vécu, leurs besoins voire leurs difficultés, afin que le suivi puisse être ajusté au regard de la discussion, en s'appuyant sur les ressources du réseau de santé en périnatalité. [1]

L'étude menée par *Riquet S et al.*, en 2016 place l'EPNP comme le fondement du programme éducatif à partir duquel seront élaborés les objectifs pédagogiques pertinents pour les séances post-natales de PNP, le plaçant en miroir de l'EPP dans le parcours éducatif périnatal. [4,46]

3.2. CONTENU

Il n'existe pas de trame officielle de l'EPNP. Cependant, il apparaît comme un espace de parole entre la sage-femme et la patiente ou le couple parental, permettant à chacun d'exprimer ses joies, ses questionnements, ses difficultés, ses angoisses et son vécu. Selon *Capgras-Baberon D.*, sage-femme consultante formatrice à l'EPP et l'EPNP, l'objectif général de ce dernier doit avant tout rester centré sur l'amélioration du bien-être global du bébé et des parents. (2) Il pourrait comporter également plusieurs thématiques, notamment auprès du nouveau-né, de la mère, avec le réseau et autour du lien parental. (3) L'EPNP traiterait alors tout le versant psychologique entourant la nouvelle accouchée et son entourage, ainsi que tous les questionnements qu'elle pourrait avoir, émotionnellement ou pratiquement parlant. Il donnerait donc aux parents l'opportunité de parler de leur histoire et aux sages-femmes de soutenir le développement de leurs compétences parentales. [46]

3.3. ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES

Pour les réseaux qui ont mis en place l'entretien sous forme de "visite de sortie", une prestation dérogatoire de 50 € hors nomenclature avait été mise en place. Si l'EPNP entre dans des recommandations clairement énoncées, la réflexion en cours à la Caisse nationale d'assurance maladie pour sa valorisation financière devrait finir par aboutir. L'EPNP sera alors reconnu comme un dispositif de prévention primaire. Il devra être clairement proposé en sortie de maternité à tous les parents et leurs enfants. Dans un souci de continuité et de cohérence, il sera dispensé par la sage-femme ou le médecin ayant pratiqué l'EPP ou par le professionnel de confiance des parents. Cet entretien, d'une durée minimale de 45 minutes, pourra s'effectuer à domicile, en cabinet, dans les locaux de la protection maternelle et infantile (PMI) ou à l'hôpital, entre J8 et J15. [46]

Actuellement, une proposition de loi est en cours d'amendement depuis le 17 février 2021, pour instaurer un entretien postnatal, à proposer systématiquement après l'accouchement. L'article **L. 2122-1** du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé : « *L'entretien postnatal précoce est systématiquement proposé après l'accouchement. Il est réalisé par un médecin ou une sage-femme dans les deux mois qui suivent l'accouchement. L'objet de cet entretien est de prévenir la dépression du postpartum et d'accompagner les parents.* » [47]

Cette proposition de loi est motivée premièrement par le constat de la HAS en 2014 qu'en France, 15 à 35% des femmes rencontrent des difficultés en post-partum, où, fait est de constater un « désert » dans l'accompagnement postnatal. [4,47,48] De plus, plus récemment, le Rapport de la commission des 1000 premiers jours de septembre 2020 valorise la promotion de l'EPNP par les sages-femmes, car aujourd'hui encore trop peu utilisé. Proposé ici sur des plages plus larges entre J8/J15 et J30 après l'accouchement, il serait possible de le renouveler également à 2 mois, si besoin. [47,49] La Commission décrit la finalité de cet EPNP permettant au-delà du suivi médical somatique de l'enfant et de la mère, de repérer les difficultés liées à la parentalité et à l'enfant si elles n'ont pas pu être repérées avant et d'identifier les manifestations des premiers troubles de dépressions postnatales, etc. [49]

Finalement, si certains Réseaux Périnataux comme celui du Val d'Oise le présentent aux patientes dans leurs brochures et le recommandent malgré l'absence de nomenclature spécifique [50] et même si certaines sages-femmes ou autres professionnels de santé proposent des formations à l'EPNP, sa méconnaissance reste grande et son application encore une énigme à ce jour.

PARTIE 2 : METHODOLOGIE

1. PROBLEMATIQUE

Qu'attendent les nouvelles accouchées en matière d'accompagnement postnatal dispensé par les sages-femmes libérales au moment du retour à domicile, en Moselle, en 2021 ?

2. OBJECTIFS

2.1. BENEFICES ATTENDUS

- Améliorer la prise en charge des femmes dans le post-partum
- Informer les femmes de l'existence de l'EPNP
- Promouvoir la pratique de l'EPNP chez les sages-femmes libérales
- Proposer après synthèse des résultats un flyer de présentation de l'EPNP

2.2. OBJECTIFS PRINCIPAL ET SECONDAIRES

2.2.1. Objectif principal

Faire un état des lieux des attentes des nouvelles accouchées en matière d'accompagnement postnatal.

2.2.2. Objectifs secondaires

Décrire le ressenti des nouvelles accouchées sur leur post-partum.

Interroger le ressenti des nouvelles accouchées sur l'accompagnement du post-partum par la sage-femme libérale.

Identifier les connaissances des nouvelles accouchées au sujet du post-partum.

Identifier les besoins des nouvelles accouchées dans le post-partum.

Identifier les manques évoqués par les nouvelles accouchées dans le post-partum.

3. HYPOTHESES ELABOREES DANS LE CADRE D'UNE ETUDE QUALITATIVE

H1 : Les accouchées sont dans de bonnes conditions psychologiques au moment du retour à domicile.

H2 : Les accouchées rencontrent des difficultés psychiques dans le vécu de leur post-partum.

H3 : L'accompagnement à domicile prodigué par la sage-femme libérale permet un meilleur vécu du post-partum par les accouchées.

H4 : Le versant psychologique du vécu de post-partum n'est pas assez abordé par les sages-femmes libérales.

H5 : Les accouchées ont des besoins et des manques non comblés par le suivi sage-femme libérale dans le post-partum.

H6 : L'EPNP est méconnu de la plupart des accouchées.

H7 : Les accouchées ont des idées de ce que pourrait aborder l'EPNP.

H8 : Les accouchées auraient accepté un EPNP si elles en avaient eu la possibilité.

4. MATERIEL ET METHODES ENVISAGEES

4.1. TYPE D'ETUDE

Etude épidémiologique observationnelle qualitative, multicentrique, par entretiens semi-directifs auprès de 14 mères ayant accouché en Moselle en 2021.

4.2. POPULATION D'ETUDE : ETAPE D'ELIGIBILITE

4.2.1. Critères d'inclusion

- Patientes primipares ou multipares ayant accouché en Moselle en 2021, ayant eu un suivi par une sage-femme libérale
- Patientes encore en congé maternité au moment du recrutement
- Patientes idéalement à plus de 8 semaines de leur post-partum au moment du recrutement

4.2.2. Critères de non-inclusion

- Patientes non volontaires
- Patientes ne parlant pas la langue française

4.2.3. Critères d'exclusion

- Patientes ayant accepté de participer à l'étude, mais s'en retirant par la suite

4.2.4. Modalité de recrutement

Le recrutement des nouvelles accouchées volontaires pour participer aux entretiens semi-directifs a été effectué au sein de 2 cabinets de sages-femmes libérales en Moselle, par information orale et écrite au moment des visites à domicile, de la visite post-natale ou des séances de rééducation périnéale. Un flyer de présentation de recrutement à destination des patientes a été élaboré à cette fin. (4) Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des résultats.

4.2.5. Bénéfices et risques prévisibles et connus pour les personnes se prêtant à la recherche

Etude épidémiologique – observationnelle : recherche non interventionnelle.

4.3. CRITERES DE JUGEMENT

Critère de jugement principal : Les attentes des nouvelles accouchées dans le post-partum

Critère de jugement secondaire : La satisfaction ou insatisfaction des attentes des nouvelles accouchées par le suivi post-partum par la sage-femme libérale

4.4. RECEUIL DE DONNEES

Les données concernant les attentes des accouchées ont été recueillies chez les femmes par des entretiens semi-directifs en visioconférence, au sein des cabinets libéraux auxquels elles sont rattachées. Un guide d'entretien a été élaboré pour structurer les entrevues et un enregistrement des entretiens vidéo a été effectué, après accord de chaque patiente et a été testé avant utilisation. Le seuil

de saturation a été atteint au bout de 14 patientes. Les données ont ensuite été retranscrites sur Microsoft Word pour analyse.

4.5. GESTION DES DONNEES

Les données ont été codées selon un schéma de codage ouvert, axial et sélectif, et classées selon les diverses thématiques évoquées.

4.6. LIEUX DE L'ETUDE

L'étude a été réalisée au sein des 2 cabinets de sages-femmes libérales, choisis pour les entretiens :

- Cabinet de Mme BELLOT Juliette, VALMONT
- Cabinet de Mmes AUBRY Catherine et KUBIAK Corine, METZ.

Les entretiens ont été réalisés en visioconférence, suivant les disponibilités des patientes, et de la situation sanitaire.

4.7. PERIODE DE L'ETUDE

Le recueil de données par entretiens semi-directifs a été réalisé sur la période de Novembre 2021.

4.8. PROCEDURE DE MINIMISATION DES BIAIS

Etude qualitative : les biais étaient inhérents à ce type d'étude.

5. OBLIGATION REGLEMENTAIRE / ETHIQUE

5.1. MODALITES D'INFORMATION ET DE RECEUIL DE LA NOTE D'INFORMATION

Pour la réalisation des entretiens avec les accouchées, une autorisation verbale de leur part a dû être obtenue, après lecture du flyer d'information. (4)

5.2. MODALITE GESTION DES DONNEES : CONFIDENTIALITE

Pour cette étude, la confidentialité des données enregistrées et retranscrites a dû également être respectée. De même, l'anonymat des participantes a dû être garanti (une identification fictive leur a été attribuée).

5.3. DECLARATION DES CONFLITS D'INTERET

Dans le cadre d'une étude épidémiologique, observationnelle non interventionnelle : Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêt.

5.4. ARCHIVAGE DES DONNEES

Les données recueillies seront détruites après l'analyse et la publication des résultats.

5.5. REGLES DE PUBLICATIONS

Les résultats seront publiés après la validation par la soutenance devant un jury d'examen.

PARTIE 3 : RESULTATS

1. PROFIL DE LA POPULATION ETUDIEE

La population interrogée possédait les caractéristiques suivantes :

Tableau 1 : Informations générales concernant 14 patientes nouvelles accouchées interrogées par entretiens semi-directifs – Etude sur le retour à domicile après accouchement – Attentes des femmes sur le suivi postnatal – Moselle – 2021.

MADAME	AGE (années)	PROFESSION	SITUATION FAMILIALE	DEROULEMENT GROSSESSE	PARITE	VOIE D'ACCOUCHEMENT/DURÉE DE SEJOUR MATERNITÉ
A	28	Infirmière libérale	En couple	Physiologique	Primipare	Voie basse Dystocie des épaules avec Jacquemier / Séjour de 4jours
B	30	Poste administratif	Pacsée	Hospitalisation 1 semaine pour chute + MAP	Primipare	Voie basse / Séjour de 3 jours
C	30	Poste paramédical	En couple	Physiologique	Primipare	Voie basse / Séjour de 3 jours
D	27	Hôtesse de caisse	En couple	Diabète gestationnel sous insuline	Primipare	Voie basse / Séjour de 3 jours
E	36	Vendeuse	Mariée	Physiologique	Primipare	Voie basse / Séjour de 3 jours
F	37	Poste en mairie	Mariée	Prééclampsie Hospitalisation à domicile	2 ^e pare	Césarienne en urgence pour ARCF / Séjour de 8 jours
G	34	Comptable	Pacsée	Physiologique	Primipare	Voie basse / Séjour de 3 jours
H	28	Secrétaire	Pacsée	Physiologique	Primipare	Césarienne en urgence pour ARCF / Séjour de 4 jours
I	27	Propriétaire d'un magasin dans le prêt à porter	Mariée	RCIU + MAP Hospitalisation à domicile	Primipare	Voie basse / Séjour de 3 jours
J	36	Aide-soignante	En couple	Physiologique	2 ^e pare	Voie basse / Séjour de 2 jours
K	28	Infirmière en rééducation	En couple	Grossesse gémellaire bi choriale – bi amniotique Séroconversion toxoplasmose + prééclampsie	Primipare	Césarienne en urgence pour prééclampsie / Séjour de 5 jours

L	31	Infirmière en EPHAD	Pacsée	Physiologique	2 ^e pare	Voie basse Ventouse pour ARCF / Séjour de 3 jours
M	31	Psychologue	Pacsée	Physiologique	Primipare	Voie basse Ventouse pour ARCF / Séjour de 3 jours
N	35	Fonctionnaire en service et communication	En couple	Physiologique	2 ^e pare	Voie basse / Séjour de 3 jours

ARCF= anomalie du rythme cardiaque fœtal ; MAP = Menace d'Accouchement Prématuro ; RCIU = Retard de Croissance Intra Utérin

La population de l'étude regroupait 14 patientes âgées de 27 à 37 ans, qui ont été interrogées au cours du mois de novembre 2021, par des visio-entretiens en utilisant la plateforme Zoom. Toutes les patientes ont été interrogées entre la 8^e semaine et la 27^e semaine post-accouchement, à l'exception de Madame M, qui était à sa 3^e semaine du post-partum. Au cours de ces entretiens, différentes thématiques ont pu être abordées, notamment le vécu de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. La dernière partie était réservée à l'information et le questionnement sur l'EPNP.

2. VECU DE LA GROSSESSE

2.1. SUR LE PLAN MEDICAL

Sur les 14 patientes interrogées, toutes ont fait suivre leur grossesse par un gynécologue. Au total, 9 d'entre-elles ont eu une grossesse physiologique, « *sans particularités* » ou avec « *des petits mots habituels* ». En revanche, 5 patientes ont présenté une grossesse pathologique, dont le vécu, a été cité comme « *stressant* » ou « *mauvais* ». (6)

2.2. SUR L'ACCOMPAGNEMENT PAR LA SAGE-FEMME LIBERALE

Toutes les patientes interrogées ont pris contact avec leur sage-femme libérale au cours de la grossesse dans le cadre de la PNP ou de l'anticipation du suivi au retour à domicile. Les cabinets de sage-femme inclus dans l'étude proposaient la réalisation d'EPP et de PNP par cours classiques (allaitement, signaux d'urgence, accouchement, poussée, positions, retour à domicile), yoga ou piscine. Au total, 10 patientes ont effectué un EPP, 9, une PNP par cours classiques, 2, une PNP par yoga et 5, une PNP en piscine. Les retours quant à l'EPP ont été variés et détaillés en annexe. (6) Les séances de PNP quant à elles, ont été appréciées par la plupart des patientes : « *Un vrai soutien psychologique* », « *J'ai trouvé ça très instructif !* ».

A la question « *Qu'avez-vous pensé de l'accompagnement de la sage-femme pendant la grossesse?* », les avis étaient unanimes, excepté pour Madame H qui a dit avoir été « *plus desservie qu'autre chose* ». Les patientes ont décrit un sentiment de « *réassurance* », de « *sérénité* », de « *soutien* » et d'« *apaisement* ». Madame D et Madame I ont salué « *la vulgarisation des informations données par le gynécologue* ». Les mots « *humanité* » et « *disponibilité* » sont ressortis à plusieurs reprises également.

Enfin, pour Madame G, cet accompagnement lui a permis de suivre une ligne de conduite : « *Quand on écoute l'entourage, il fait peur, le professionnel de santé a des arguments nuancés et objectifs, ce qui permet vraiment de se mettre dans sa bulle, et de bien vivre sa grossesse* ».

3. VECU DE L'ACCOUCHEMENT

3.1. L'ACCOMPAGNEMENT PENDANT LE TRAVAIL

Concernant le vécu de leur accouchement, si les mots « *magnifique* », « *comme je l'imaginai* », « *bon souvenir* » sont revenus à plusieurs reprises, 6 patientes sur 14 ont néanmoins évoqué « *un mauvais souvenir* ». Ces patientes ont émis à plusieurs reprises le « *manque d'empathie* », d'« *écoute* » et d'« *informations* » de la part du personnel soignant, ce qui, parfois dans un contexte d'urgence, a été vécu comme « *traumatisant* » par certaines d'entre elles. (6)

3.2. L'ACCOMPAGNEMENT LORS DU SEJOUR A LA MATERNITE

Le vécu du séjour à la maternité a fait l'objet de beaucoup d'avis controversés. En effet, si certaines se disaient être « *satisfaites* », plusieurs points négatifs ont néanmoins été soulevés car, dans 10 cas sur 14, le vécu du séjour a été « *problématique* ». Les sujets ayant posé problème tournaient globalement autour de : l'accompagnement à l'allaitement maternel, la disponibilité des équipes et la concordance des discours entre les soignants.

3.2.1. L'allaitement maternel

Parmi les problèmes cités sur l'accompagnement à la maternité, celui-ci était le plus fréquemment retrouvé. 10 patientes sur 14 avaient fait le choix d'un allaitement maternel exclusif, et la moitié d'entre elles se sont senties « *délaissées* » de ce point de vue-là : « *On ne m'a pas prévenue que j'avais des crevasses, je ne savais même pas pourquoi j'avais mal* », « *Je n'osais pas poser mes questions, je sentais qu'ils n'avaient pas le temps* ». (6)

3.2.2. La gestion des accouchées par les équipes

Si certaines patientes ont évoqué des équipes « *bienvueillantes* », la plupart des femmes sont restées « *déçues* » des équipes de suites de couches, décrivant une « *mauvaise expérience* ». Le manque de disponibilité était ce qui revenait le plus souvent : « *Je ne voyais personne la nuit, j'ai trouvé ça dommage* », « *On sent que le personnel est surmené* », « *Le relationnel, ce n'était pas ça* ». (6)

En conclusion du séjour, 10 patientes sur 14 étaient « *contentes* » de quitter l'hôpital.

3.2.3. Les attentes des patientes

A la question « *En quoi pensez-vous que l'accompagnement à la maternité par l'équipe aurait pu être amélioré ?* », les réponses sont venues spontanément pour la majorité, mis à part pour 3 patientes, qui n'avaient dans l'ensemble, pas de propositions à faire. (6) Les axes d'amélioration cités tournaient principalement autour de l'allaitement maternel, la disponibilité et l'empathie du personnel, ainsi que les

informations délivrées. Il a été cité globalement un profond décalage entre les attentes de ces patientes et la réalité de ce qu'a été leur séjour à la maternité. Ce manque d'informations et de réassurance dans leur nouveau rôle de mère a généré pour la majorité d'entre elles un état contradictoire de « *soulagement* » et de « *stress* » au moment du retour à domicile.

4. VECU DU POST-PARTUM

4.1. RESSENTIS LES PREMIERES SEMAINES

4.1.1. Physiquement

A la question « *quels sont les premiers problèmes (sur le plan physique) auxquels vous avez dû faire face ?* », les réponses ont été variables en fonction du mode d'accouchement. En effet, les patientes ayant accouché par voie basse étaient majoritairement préoccupées par la cicatrisation de leur suture si présente, tandis que les accouchées par césarienne évoquaient plus souvent la convalescence liée à l'intervention et les soins post-opératoires. En revanche, pour Madame D, les premières réponses qui lui sont venues en tête étaient en rapport avec son enfant (reflux gastro œsophagien, coliques) et non elle, ce qui a fait lui reposer la question. Elle a répondu en riant : « *Ah oui, c'est vrai qu'on existe aussi !* ».

Globalement les sujets qui revenaient le plus souvent étaient : la fatigue extrême ; la douleur de la suture ou de la cicatrice de césarienne, le manque de sommeil, les difficultés liées à l'allaitement maternel, la perturbation du transit, les difficultés à la mobilisation.

4.1.2. Psychologiquement

Concernant le versant psychologique, les réponses étaient bien plus fournies et argumentées. Plusieurs d'entre elles ont confié en riant : « *Préparez-vous, j'ai plein de choses à dire !* ».

Tout d'abord, globalement, toutes les patientes ont décrit un état d'hypersensibilité vis-à-vis de leur bébé, source de « *stress* », d'« *anxiété* » mais aussi de « *pleurs récurrents* », ayant donc influé sur leur physique, au niveau de la fatigue et du manque de sommeil. Madame H expliquait : « *J'étais super angoissée, je devais contrôler tout le temps qu'il respirait, c'était devenu maladif* ».

Par la suite, toutes les patientes ayant eu un mauvais souvenir de leur accouchement ont confié y avoir repensé au retour à domicile, générateur d'« *angoisse* », de « *culpabilité* » et de « *regrets* ». Pour Madame F, le diagnostic d'un état de choc post-traumatique est tombé : « *Je faisais des terreurs nocturnes pendant mon sommeil, je revivais cette césarienne qui m'a traumatisée et je me réveillais en hurlant, c'était violent* ». Pour Madame H, le sujet restait encore difficile à aborder : « *Je ne pouvais pas reparler de mon accouchement, sinon je me mettais à pleurer. Je cogitais beaucoup, je me disais que mon bébé avait failli mourir à cause de moi, je me sentais très coupable* ».

Ensuite, plusieurs patientes ont évoqué les soins de puériculture comme quelque chose d'« *anxiogène* » et de « *démoralisant* ». Madame I expliquait : « *C'était une charge mentale importante pour moi de vérifier l'heure tout le temps* ». Pour Madame N, la fatigue lui faisait perdre patience : « *Je me rendais compte que je bâclais les soins au bout d'un moment* ». Madame G, quant à elle, tellement

prise dans cette routine évoquait avec émotion : « *J'ai versé beaucoup de larmes au début, je me rendais compte que mon seul moment de répit était la douche, et encore, pas tous les jours *rires** ».

Pour Madame F, J, L et N, mamans de leur deuxième enfant, la difficulté a résidé dans la réorganisation des habitudes familiales déjà bien ancrées avec un premier enfant. Mais surtout, la même angoisse dominait chez ces patientes, celle de l'ambivalence dans la répartition de l'affection entre les 2 enfants. Madame J expliquait : « *J'avais peur que mon fils n'accepte pas sa sœur et de ne pas savoir gérer les deux, faire la part des choses. Et puis, de vous à moi, on a aimé un premier enfant pendant 5 ans, je me suis demandé si j'étais capable d'aimer l'autre autant, c'était dur à vivre comme sensation* ».

De plus, à plusieurs reprises chez les primipares, le devenir mère était source de grande appréhension. Madame M expliquait « *J'étais contente, mais je ne réalisais pas que c'était mon bébé, j'avais l'impression d'être face à un inconnu, j'étais démunie* ». B a avoué quant à elle : « *Sincèrement, j'avais peur de ne pas avoir l'instinct maternel, étant donné le passé douloureux que j'ai eu avec ma propre mère, c'est quelque chose qui m'angoissait énormément* ». Madame E, de son côté évoquait : « *J'avais peur de ne pas réussir, peur de ne pas être une bonne mère et surtout, peur de voir comment cet enfant allait changer mon quotidien* ».

Concernant le ressenti des patientes vis-à-vis de l'implication de leur conjoint dans la parentalité, les réponses étaient quasiment unanimes : « *Il m'a soutenue à 200%* », « *Il a pris toute sa part* », « *Il s'est occupé de tous les soins de puériculture pour que je puisse récupérer* », « *Un vrai booster, ça a renforcé notre couple je trouve* ». Cependant, certaines femmes m'ont expliqué s'être senties « *incomprises* », notamment face aux sentiments nouveaux qu'accompagnent le devenir mère, et le vécu de l'accouchement qui pouvait rester difficile pour certaines.

Au total, 6 patientes sur 14 ont verbalisé avoir fait un baby blues, et 3 patientes sur 14 ont avoué avoir été proches de ce qu'elles pensaient être la dépression postnatale. Madame F, quant à elle, a fait un état de choc post-traumatique ayant nécessité l'intervention régulière d'un psychologue.

4.2. VISITES A DOMICILE PAR LA SAGE-FEMME LIBERALE

4.2.1. Fréquence et contenu

Au total, 13 patientes sur 14 ont reçu la première visite de la sage-femme libérale le lendemain de leur retour à domicile. Seule une patiente a reçu sa première visite le surlendemain. La plupart du temps, la sage-femme libérale est passée en totalité 3 fois à domicile sur les 10 premiers jours de vie de l'enfant dans le cadre du suivi PRADO. Si le poids du bébé ou la surveillance de l'ictère était à vérifier, ces passages pouvaient s'intensifier, jusqu'à ce que le bébé ait un mois.

A la question « *Quels sont les points qu'elle a abordés avec vous durant ces visites ?* », les 14 patientes ont répondu de manière globale qu'il s'agissait principalement d'une surveillance médicale avant tout. Chez la mère, un examen médical obstétrical classique qui vérifiait la normalisation des lochies, la rétraction de l'utérus et sa tonicité, ainsi que la bonne cicatrisation de la déchirure ou de la cicatrice de césarienne s'il y en avait une. Chez l'enfant, c'était le poids et la surveillance de l'ictère qui étaient à contrôler. De plus, les patientes ont décrit un bon accompagnement et une bonne guidance dans l'allaitement maternel, Madame M expliquait : « *Ses conseils ont été très précieux pour moi. Si elle n'avait pas été là, j'aurais sûrement arrêté l'allaitement, je ne pensais pas que ça serait si dur* ».

Concernant le nouveau-né, les sujets évoqués au cours de ces visites étaient généralement fonction des besoins des patientes. Ils tournaient autour des cycles de sommeil, des coliques, des soins de puériculture, des pleurs et de la gestion des biberons.

Sur le plan psychologique, les patientes s'accordaient toutes à dire que les sage-femmes libérales ont posé « *les questions de base* », en offrant une « *écoute* » et de la « *disponibilité* ». Madame D expliquait : « *Elle me demandait toujours comment je me sentais* ». En revanche, Madame B a précisé : « *Le psychologique ce n'est pas ça, les questions ne sont pas forcément là, alors que les problématiques le sont : je suis fatiguée, faut que je maigrisse, j'ai besoin de sommeil, ça ne va pas avec mon mari, le petit n'arrête pas de pleurer, j'en peux plus !* ». Cependant, Madame F était ravie de voir que sa sage-femme libérale avait su creuser un peu plus le versant psychologique : « *Elle a vu d'emblée que j'avais besoin de voir un psychologue et a tout fait pour m'aider* ». De plus, plusieurs patientes sont accordées à dire que la sage-femme libérale restait très disponible par téléphone, en dehors des visites. Madame B confirmait en riant : « *Elle répondait même en pleine nuit !* ».

Concernant les visites à domicile autres que celles de la sage-femme libérale, quelques patientes ont expliqué avoir pris les devants pour contacter la Protection Maternelle et Infantile (PMI), afin d'assister à des ateliers de portage ou de massage. Certaines patientes ont reçu un appel d'une puéricultrice de PMI de leur secteur, mais aucune patiente n'a reçu de visite à domicile.

4.2.2. Le point de vue des patientes

Globalement, l'accompagnement prodigué par la sage-femme libérale en post-partum a été très apprécié des patientes : « *C'est quand même rassurant d'avoir un professionnel qui passe à la maison* », « *Elle m'a beaucoup boosté, et m'a fait comprendre que j'étais une bonne mère* », « *Ce qui a été précieux pour moi c'est qu'elle sache mobiliser son réseau de connaissances* », « *Quand elle parlait, je me sentais gonflée à bloc, j'avais plus confiance en moi* », « *Réassurance, mise en confiance, elle m'a retiré un stress des épaules en venant à chaque fois* », « *Mon conjoint était plus serein aussi* », « *Son écoute pro-active m'a permis de déculpabiliser, elle ne m'a pas fait sentir qu'elle était pressée par un timing* ».

En conclusion, les 14 patientes étaient satisfaites de cet accompagnement et les mots « *confiance* », « *écoute* », « *disponibilité* » sont ressortis le plus souvent.

4.3. RESSENTIS LES SEMAINES SUIVANTES

4.3.1. Physiquement

Au total, 8 patientes sur 14 ne m'ont pas trouvé de réponses concernant l'arrivée de problèmes sur le plan physique, plus tardivement dans leur post-partum. Madame B et D se sont questionnées sur les lochies persistantes et le retour de couches. Pour Madame F, la reprise du travail a été difficile à vivre sur le plan physique : « *Je ne m'attendais pas à être moins performante dans mes fonctions, j'étais plus fatiguée, plus lente. On m'a aussi fait des remarques sur le fait que je paraissais négligée, que je ne portais plus de maquillage, etc...* », « *Même pour tirer mon lait au travail, c'était très mal vu par les collègues, hommes notamment, je devais mettre mon lait dans des tupperwares hermétiques au frigo* ».

4.3.2. Psychologiquement

Concernant le versant psychologique, les réponses étaient une fois de plus, bien plus fournies et argumentées.

Au vu des retours qui ont été donnés, la plus grosse source de stress pour ces patientes concernait la reprise du travail du conjoint autour des 1 mois / 1 mois et demi du post-partum. Madame K expliquait : « *Tout a été beaucoup plus dur à 1 mois de vie, car c'est là que mon conjoint a repris le boulot. Très vite, des tensions sont apparues* », « *J'ai remarqué que le boulot a été l'excuse pour lui de se décharger des soins du bébé, on ne se comprenait plus* », « *J'ai pensé que mon couple n'allait pas y survivre* ». Ce que Madame L ressentait aussi : « *Je me suis sentie très seule. Il y a eu un gros décalage entre mon post-partum avec lui et sans lui, ça m'a mis un coup au moral* ». Quant à Madame M, interrogée à seulement 3 semaines du post-partum, ce sujet était sa principale appréhension pour le futur.

En outre, la fin du congé paternité n'était pas la seule source de préoccupations pour les patientes vis-à-vis de leur conjoint, puisque la majorité d'entre-elles ont évoqué la reprise des rapports sexuels. Madame N en a fait un témoignage très détaillé : « *La reprise des rapports ne s'est pas faite tout de suite. Il faut dire qu'on est moins disponible physiquement à cause de la fatigue. On donne tout à son nouveau-né, et le peu qu'il reste, je le prenais pour dormir et me doucher *rires** », « *Psychologiquement, le rapport au corps n'est pas le même non plus, avec des montées de lait indésirables, la déchirure, la pesanteur au niveau du bas ventre, j'étais anxieuse, ce qui me rendait sexuellement indisponible pour mon partenaire* », « *Malgré tout, ça trotte dans la tête et ça met la pression. On se dit qu'il faut s'y remettre, donc on met son bien-être de côté pour faire plaisir à son partenaire* ». En effet, la plupart des patientes ont évoqué leur corps de manière négative comme frein à la reprise des rapports, c'était d'ailleurs la principale préoccupation de Madame J : « *Je veux absolument perdre mes kilos de grossesse avant, je ne serai pas à l'aise avec lui sinon !* ».

Finalement, bien que la question de la prise de poids fût source de stress, ce fut le sentiment d'oubli de soi en général qui a semblé « *mettre un coup au moral* » aux patientes. Toutes ont montré souffrir de cette situation sur le long terme. Madame H expliquait : « *Je passais ma vie en jogging avec les cheveux sales, je n'en pouvais plus* ». Certaines patientes parlaient de « *spirale infernale* » ou elles expliquaient vouloir prendre soin d'elles, mais que très vite la culpabilité de ne pas consacrer ce temps à leur bébé les gagnait, donc, elles abandonnaient l'idée, jusqu'à se sentir à nouveau négligées. Ces sentiments négatifs pouvaient être tels que certaines patientes parlaient avec nostalgie de la grossesse, comme Madame I : « *J'aimerais revenir en arrière parfois, quand j'étais enceinte. Vous savez, pendant la grossesse, toute l'attention est centrée sur vous, puis vous accouchez, et là vous n'êtes plus rien... C'est difficile à avaler* ». De plus, le sentiment de culpabilité a aussi été beaucoup ressenti concernant le sujet du mode de garde de l'enfant, notamment par Madame C et G : « *Je suis frustrée, j'ai l'impression de ne pas pouvoir élever mon enfant, je suis obligée de payer quelqu'un pour le faire* », « *Je stresse de l'adaptation à la crèche, je culpabilise beaucoup de le laisser à des inconnus* ».

Enfin, le dernier point récurrent ayant posé un problème d'un point de vue psychologique a été celui des visites de l'entourage. De plus, la crise sanitaire de la COVID-19 n'a fait qu'accroître le stress de ces patientes. Madame I expliquait : « *Personne ne m'a demandé comment j'allais, c'était vachement jugeant, je n'avais pas le droit de me sentir dépassée, parce que ce n'était que mon premier, ça m'a fait beaucoup de peine* », « *Ma famille n'a pas compris pourquoi je leur demandais de garder le masque à*

la maison, ça a rajouté un stress supplémentaire ». Madame K quant à elle, évoquait son instinct maternel « en feu » : « *J'ai eu des ressentis que j'ai du mal à expliquer concernant la visite de ma famille, et particulièrement ma belle-mère *rires*. J'avais l'impression qu'on me volait mes enfants, elle avait la science infuse sur tout, je voulais qu'elle parte de chez moi* ».

Finalement, à la question : « *Quelles sont les problématiques auxquelles vous n'avez pas trouvé de solutions au cours de cette période ?* », chez les mamans de deuxièmes enfants et Madame K, maman de jumeaux, l'ambivalence dans la répartition de l'affection restait la principale source d'interrogation encore à ce jour. Madame K expliquait : « *On se pose beaucoup de questions, est-ce que je crée moins de liens avec l'un parce que je passe plus de temps avec l'autre ? C'est dur de savoir si on fait les choses bien* ».

Pour Madame G, la reprise du travail a été synonyme d'arrêter son allaitement : « *Je n'ai pas eu le choix, je n'ai pas trouvé d'autres solutions. On nous promet à tout va l'allaitement mais ce n'est pas en phase avec la réalité de la reprise du travail en post-partum* ».

D'autres part, 3 patientes ont évoqué ne pas avoir trouvé de solution dans l'arrêt du co-dodo : « *On ne sait pas quand couper le cordon *rires** », « *J'ai peur qu'il perde ses repères et que ça influence son développement par la suite* ».

Pour terminer, Madame D est revenue sur le vécu encore difficile de son accouchement : « *1 mois et demi encore après, j'ai ce sentiment qui persiste, de savoir que ce que je faisais n'était pas bien pour mon bébé, mais je le faisais quand même, je me sens encore très coupable* ».

4.4. ATTENTES DES PATIENTES EN MATIERE DE SUIVI POSTNATAL

Concernant l'accompagnement prodigué par la sage-femme libérale en post-partum, malgré le sentiment de satisfaction global ressenti par les patientes, plusieurs axes d'amélioration ont été énoncés, si bien que, pour certaines, tout était à repenser. Ainsi, à la question « *Comment est-ce que vous pensez que la sage-femme libérale aurait pu mieux vous accompagner pendant votre post-partum ?* » 13 femmes sur 14 ont trouvé quelque chose à dire.

Premièrement, toutes les patientes se sont accordées à dire que le suivi, bien qu'apprécié, n'était tout simplement pas suffisant. Madame K révélait son choc quant à la différence d'accompagnement entre la grossesse et le post-partum : « *Je suis passée d'une grossesse très surveillée à presque plus rien post-partum, j'ai ressenti un gros décalage !* », « *Pourtant tout allait bien, mais dès qu'elle a arrêté de venir, tout est retombé* ». Madame N confirmait : « *C'est vrai que finalement, le délai sans revoir personne est très long, pourtant les problématiques sont là* ». Madame F, elle, expliquait : « *On aurait aimé avec mon mari que les visites ne s'arrêtent pas aussi vite, mais vu qu'on allait bien, il n'y avait pas de raison médicale à ce qu'elle repasse* ». Globalement, les patientes désiraient plus de visites à domicile, plus longues, avec plus de disponibilités téléphoniques, et ce sur les 2 premiers mois du post-partum, du moins jusqu'au début de la rééducation périnéale.

Concernant le contenu des séances, les patientes demandaient plus de communication sur le plan psychologique, Madame A expliquait : « *C'est en discutant qu'on aborde et qu'on découvre des problématiques auxquelles on n'aurait pas pensé* ». Madame J a complété : « *Il faut creuser avec les femmes et sortir des questions toutes préparées si on veut obtenir de vraies réponses. Je suis de nature*

puddique, et si on ne me pose pas de questions ciblées, je répondrais que tout va bien, alors que ce n'est pas forcément le cas ». Pour Madame H, l'intervention systématique d'un psychologue dans le post-partum était une option : *« Avec l'intervention d'un psychologue, je trouve qu'on aurait moins de difficultés à s'exprimer directement sur ce qui ne va pas ».* Madame F quant à elle, aurait aimé plus de contenu ciblé sur sa césarienne : *« J'aurais aimé avoir des consignes plus claires sur comment gérer ma cicatrice et ma réhabilitation en général, le suivi a été un peu léger là-dessus je trouve, j'ai dû demander conseil à mon médecin traitant, alors que la sage-femme libérale est mon premier interlocuteur ».*

Autrement, pour certaines patientes, il était question de repenser la manière d'accompagner le post-partum. Madame G entamait : *« La PNP n'est pas suffisante à se préparer au post-partum. On emmagasine plein de choses en peu de temps, mais ça ne nous prépare pas réellement à l'après ».* Madame M et N se sont accordées à dire que des séances spécial allaitement étaient une bonne idée à mettre en place dans le post-partum. Mais pour Madame N, cela allait plus loin : *« Pour moi au-delà du suivi à domicile qui doit être plus conséquent, il faudrait créer des séances de renforcement des compétences parentales, en post-partum, et qui pourraient être collectives, comme les séances de PNP ».*

Enfin, un sujet a été énoncé de manière unanime par les patientes concernant l'amélioration de la qualité du suivi en post-partum : celui de la formation complémentaire des sage-femmes libérales en pédiatrie et en puériculture. Madame E expliquait : *« C'est notre premier interlocuteur et, à plusieurs reprises j'ai vu ses limites dans l'accompagnement qu'elle pouvait offrir à mon bébé, c'est dommage ».* Madame I complétait : *« Je ne comprends pas pourquoi elle ne peut pas suivre mon fils au-delà de ses 1 mois, elle a été sa référente, elle connaissait mon fils », « Quand je lui posais des questions sur les médicaments que le pédiatre avait prescrit, je n'ai pas eu les réponses que j'espérais ».*

5. L'ENTRETIEN POST-NATAL PRECOCE

La dernière partie de l'entretien était consacrée au questionnement des patientes sur l'EPNP. Le principe de cet entretien et les modalités futures de sa mise en place avaient été abordés de manière brève au préalable. Au total, seule 1 patiente sur les 14 disait avoir entendu parler de l'EPNP, parce qu'elle s'était renseignée d'elle-même sur tout ce qui concernait le post-partum.

5.1. THEMATIQUES A ABORDER SELON LES PATIENTES

La question était la suivante : *« Si cet entretien était mis en place réellement, sur quelles thématiques pensez-vous qu'il devrait s'appuyer en particulier ? ».*

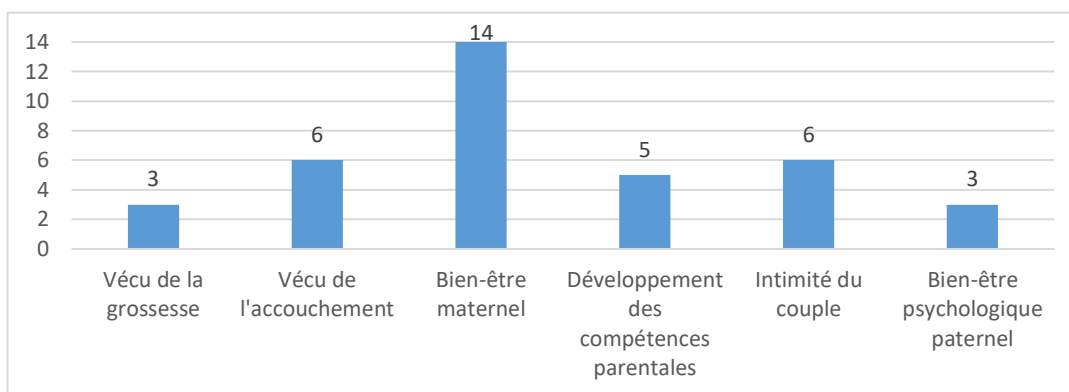


Figure 3 : Diagramme en secteur représentant la répartition des différents thèmes souhaités par les 14 nouvelles accouchées au cours d'un EPNP, interrogées par entretiens semi-directifs – Etude sur le retour à domicile après accouchement – attentes des femmes sur le suivi postnatal – Moselle – 2021.

Si les propos des patientes étaient regroupés en grandes thématiques, chacune d'entre-elles a été imaginée et expliquée de manière différente par chaque patiente. Tout d'abord, concernant le vécu de grossesse, Madame B expliquait : « *Pour moi, il faut revenir dessus, savoir s'il n'y a pas eu un état de choc psychologique qui impacte le post-partum* ». En ce qui concerne le vécu de l'accouchement, le même principe était énoncé, comme disait Madame H : « *Reparler de l'accouchement, et pas juste 5 minutes, ça permettrait de mettre des mots sur les sentiments qu'on ressent pendant le post-partum et qu'on ne comprend pas* ».

Par la suite, les réponses les plus complètes ont concerné tout ce qui pouvait tourner autour du bien-être maternel, physique, mais surtout psychologique. Les patientes ont insisté en premier lieu sur la personnalisation de cet entretien, en fonction des besoins de chaque femme, et sur la nécessité de se méfier des signes trompeurs concernant l'état maternel. Madame I expliquait : « *Pour moi, le but de cet entretien n'est pas forcément d'écouter les mamans, mais d'aller les chercher et de creuser le questionnement. Se confier à du personnel médical peut générer une certaine pression. Il faut que notre interlocuteur nous montre qu'il est accessible, c'est à lui d'aller chercher ce qui peut peser sur le mental de la femme* ». En ce qui concerne le contenu, plusieurs éléments sont revenus : « *Cet entretien doit rappeler à la maman de ne pas s'oublier et lui apprendre à réorganiser son emploi du temps en tant que maman et femme* », « *Le bien-être du bébé passe par celui de la femme, est-ce qu'elle se libère du temps, mange et dort assez ?* », « *Il faut la questionner sur comment elle perçoit son physique d'après accouchement* », « *Lui demander si elle se sent soutenue par l'entourage, son conjoint, ou au contraire si elle se sent négligée* », « *Il faut lui donner des bonnes adresses : psy, sophrologue, nutritionniste, coiffeur *rires** », « *Il faut déculpabiliser les femmes de ce monde hyper-idéalisé des réseaux sociaux* ».

Ensuite, plusieurs mamans ont évoqué le désir de voir dans cet entretien un moment pour évoquer le développement des compétences parentales : la relation parent-enfant, les soins de puériculture, le développement cognitif, l'alimentation, l'organisation à la maison, le sentiment d'ambivalence, les cycles de sommeil, les pleurs, etc. Les sujets évoqués étaient vastes, mais indispensables à aborder selon certaines, car en lien avec la santé psychologique de la mère et du couple.

L'intimité du couple a été largement décrite également, notamment au travers de la reprise des rapports sexuels. Pour Madame J, cela allait dans un package : « *Je pense que parler de l'appréhension de la*

reprise des rapports, du rapport au corps et de comment réapprendre à être une femme avec un bébé peut faciliter le dialogue par la suite avec le conjoint ».

Autrement, de manière assez surprenante, Madame E a parlé de son souhait d'être guidée dans les démarches administratives : *« Je pense que faire un point dans cet entretien sur ou on en est avec les papiers, ça nous soulagerait, parce que, mine de rien, c'est un gros générateur de stress, surtout quand le conjoint reprend le travail ».*

De plus, quelques patientes ont parlé de la place du conjoint dans cet entretien, pour qui le bien-être psychologique était aussi à prendre en compte. Madame H expliquait : *« On oublie aussi le papa, il parle à qui lui dans tout ça ? On pourrait prendre le temps au cours de cet entretien de discuter avec lui, voir s'il va bien et le réassurer dans son rôle de père ».*

Enfin, 2 patientes ont fait part de leur souhait de voir cet entretien à faire en collectif avec d'autres mamans. Madame G disait : *« Si les femmes sont ok pour faire cet entretien à plusieurs, ça pourrait être super enrichissant, on casserait les tabous ! ».* Avis partagé par Madame N : *« Le collectif permettrait de comprendre qu'on n'est pas seules à vivre ou ressentir des choses nouvelles ».*

5.2. INTERET D'UN TEL ENTRETIEN SELON LES PATIENTES

Au total, 12 patientes sur 14 voyaient bien l'EPNP à placer à 1mois /1 mois et demi du post-partum, généralement autour de la reprise du travail par le conjoint. La plupart expliquaient la nécessité d'avoir un certain *« recul »* sur les choses pour *« mieux penser ses émotions »*. Madame F disait : *« 1 mois c'est pas mal. Ça fait le relai après l'accompagnement à la maison par la sage-femme libérale, et avant la rééducation du périnée »*, ce que complétait Madame E par : *« Au début, on est trop fatiguées physiquement et nerveusement, on n'a pas envie de se livrer tout de suite »*. Madame D, au contraire, voyait l'EPNP à faire au retour à domicile, dans le même temps que les visites de la sage-femme libérale. Quant à Madame C, attendre les 6 mois de l'enfant était plus pertinent, elle a également rajouté : *« On dit que le corps et l'esprit mettent 3 ans à se remettre d'un accouchement, donc pourquoi pas faire ce genre d'entretien chaque année pendant les 3 premières années ».*

Par la suite, à la question : *« En quoi pensez-vous que cet entretien aurait pu améliorer le vécu de votre post-partum ? »*, les réponses se ressemblaient. Globalement : éviter des crises de larmes ou des ressentis inexpliqués, obtenir une réassurance dans son rôle de parent, se livrer, déculpabiliser, avoir des réponses, prendre conscience de certaines choses, etc. La majorité expliquait qu'un tel entretien aurait pu enlever la peur de faire une dépression, et justement de discerner avec le professionnel si un suivi psychologique complémentaire était nécessaire ou pas. Madame J rajoutait : *« Ça m'aurait fait du bien de prendre un rendez-vous en dehors du cycle pédiatrique, un moment rien que pour moi ».*

En conclusion, les 14 patientes avaient répondu par l'affirmative à l'idée d'avoir un EPNP, en confirmant le caractère indispensable de ce dernier.

PARTIE 4 : DISCUSSION

1. LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE

1.2. LIMITES DE L'ETUDE

Premièrement, il est à énoncer que le caractère qualitatif de l'étude entraîne un biais qui est inhérent à cette dernière : celui de la représentativité. En effet, les résultats obtenus au cours des 14 entretiens semi-directifs ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population des accouchées, ne permettant donc pas de globaliser les résultats. Il s'agit d'une exploration du ressenti des patientes en lien avec le post-partum, ce qui était le but recherché.

Ensuite, les entretiens ont été réalisés dans le contexte de la crise sanitaire liée à la Covid-19, m'obligeant donc à limiter les contacts physiques. Par conséquent, à la place de rencontres réelles, ce qui était mon souhait de départ, je me suis adaptée en proposant des entretiens par visio via la plateforme Zoom. Ce mode de fonctionnement m'a permis d'établir un contact visuel avec les patientes, ce qui a été bénéfique pour l'étude, en revanche, les aléas de connexion internet et les bugs informatiques ont rendu les entretiens parfois difficiles à réaliser, source de perte de temps et de qualité d'écoute. De plus, les patientes étaient généralement chez elles, avec leur bébé à charge, voire leurs autres enfants pour les multipares, ce qui m'a laissé penser que ce n'était peut-être pas l'environnement le plus propice pour réaliser l'entretien car, il y eut beaucoup de nuisances externes et d'interruptions diverses.

Sur le plan méthodologique, il m'a semblé restrictif de ne choisir que des patientes en fin de post-partum, à plus de 8 semaines après l'accouchement. Mon souhait était de garantir un certain recul sur les événements, permettant de mieux discerner les points clés en matière de vécu. Cependant, Madame M, seule patiente interrogée à 3 semaines après son accouchement, avait tout à fait cerné le vécu qu'elle avait de son post-partum, avec un avis presque plus « frais » sur la question. Parallèlement, certaines patientes ont été interrogées à plus de 20 semaines de leur accouchement, ce qui posait parfois problème pour se remémorer de certains éléments. Il aurait donc été intéressant d'avoir plus de mixité de ce point de vue-là.

Une autre limite que j'ai pu ressentir fut celle de la limitation du nombre de pages. En effet, restreindre la quantité de mes verbatims dans la partie résultats fut difficile, car, pour moi, chaque avis était précieux et source de données importantes. Les parties antérieures au retour à domicile (grossesse, accouchement, séjour à la maternité) ont dûes être réduites au profit du reste. J'ai donc procédé à la création d'une annexe spécialement dédiée à la reprise du verbatim des patientes concernant le vécu de leur grossesse, leur accouchement et leur séjour à la maternité.

1.3. FORCES DE L'ETUDE

Premièrement, le choix d'une étude qualitative se classe également dans les points forts de cette étude. Mon souhait de départ a toujours été le même : donner la parole aux femmes. Il était inenvisageable pour moi de leur distribuer des questionnaires, car le vécu est une notion spécifique à chaque femme, et surtout en matière de post-partum, dont la subjectivité fait la beauté du témoignage. Au cours de mes entretiens, plusieurs d'entre-elles m'ont remerciée chaleureusement, parfois avec émotion, pour leur avoir laissé l'occasion de s'exprimer sur ce sujet. Certaines m'ont confié s'être senties libérées, ou

apaisées après leurs entretiens. Le caractère subjectif de mes résultats fait la grande richesse de mon étude, car, chaque avis compte, et le progrès réside dans le cœur des femmes.

D'un point de vue méthodique, il m'a été très rapide de recruter mes patientes pour les entretiens. En effet, les sage-femmes libérales qui m'ont prêté leur aide pour le recrutement ont facilement su quelles patientes pourraient être intéressées par l'étude. Une pré-sélection a pu être effectuée par leurs soins, généralement au moment des séances de rééducation périnéale, ce qui m'a permis assez rapidement de dresser une liste de contacts potentiels répondant à mes attentes.

De plus, mon étude incluait tous types de profils, ce qui a contribué à acquérir une plus grande richesse de résultats. Ainsi, l'étude comprenait des patientes avec grossesses physiologiques ou pathologiques, ayant accouché par voie basse ou ayant eu une césarienne, certaines naissances avec instrumentations. L'étude regroupait des primipares, multipares, une maman de jumeaux, avec des allaitements maternels ou alimentations artificielles, etc.

Enfin, d'un point de vue organisationnel, j'ai eu la chance de recevoir les précieux conseils de mon conjoint. En effet, j'ai pu regrouper l'ensemble des informations relatives à mes patientes au sein de Notion, un outil de gestion et d'organisation intelligent, qui m'a permis de créer des fiches personnalisées et d'avoir une vision globale des éléments clés de mon étude. De plus, j'ai utilisé l'outil de versioning GIT (via l'interface graphique Sourcetree), permettant une grande flexibilité dans l'élaboration des versions de mon mémoire. Je pouvais donc facilement revenir à des versions antérieures dans la rédaction tout en créant des branches parallèles, me permettant de tester des formulations différentes, sans perdre de temps et sans craindre les corruptions de fichiers, avec un historique très clair de mon avancement. En complément, j'ai utilisé un système de répertoire en ligne (GitHub), qui me permettait très facilement d'envoyer mes dernières modifications en ligne, et de les récupérer sur n'importe quel autre appareil avec autant d'aisance.

2. ANALYSE DES RESULTATS

2.1. LE RETOUR A DOMICILE

Ces 14 entretiens sont révélateurs d'une chose essentielle : celle de l'impact du vécu de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches sur le vécu qu'ont pu avoir ces patientes de leur post-partum une fois rentrées à domicile. On pourrait croire que ce sont deux histoires différentes, celle de l'avant et de l'après, alors qu'il s'agit bien d'une histoire commune évolutive, dont les mécanismes sont liés les uns aux autres.

2.1.1. Marqué par le vécu de la grossesse et de l'accouchement

Dans la globalité, il est à noter que la grossesse faisait l'objet d'un suivi régulier, mensuel, ce qui était très apprécié. Les femmes de cette étude ont toutes salué la place importante de la sage-femme libérale, véritable booster psychologique. La combinaison de l'EPP et de la PNP a permis un cadrage du déroulé de la grossesse et surtout de l'accouchement, permettant aux femmes de vivre l'instant présent de manière plus sereine.

En revanche, par pur hasard, toutes les patientes interrogées ont eu un suivi de grossesse fait par un gynécologue, ce qui a parfois créé un décalage sur le plan « médical » et « psychologique ». En effet, certaines patientes n'abordaient pas le vécu qu'elles pouvaient avoir de leur grossesse avec le gynécologue, et parfois, une incompréhension émanait de la difficulté de compréhension des informations médicales délivrées. La réalisation du suivi de grossesse en plus de celle de l'EPP et de la PNP par la sage-femme libérale aurait peut-être permis de placer les patientes sur une même ligne conductrice, créant ainsi un lien plus profond avec le professionnel de santé.

Il est à remarquer que toutes les patientes qui avaient eu une grossesse physiologique n'avaient rien à redire de négatif en termes de vécu, ce qui n'était pas le cas pour les 5 patientes de cette étude ayant eu une grossesse pathologique. En effet, il est clair que malgré un accompagnement soutenu de la sage-femme libérale sur le plan psychologique, certains sentiments, certains mots, resteront gravés dans la mémoire de ces femmes. Si certains détails s'oublient à plus de 20 semaines après l'accouchement, l'« *angoisse* » ressentie lors de cette grossesse ressort très nettement, que ça soit dans le mauvais vécu des hospitalisations, ou le stress que la pathologie quelle qu'elle soit puisse influencer négativement le cours de la grossesse.

Concernant le vécu de l'accouchement, la constatation était unanime : les 6 patientes pour lesquelles le vécu de ce dernier évoquait un « *mauvais souvenir* » sont rentrées à domicile avec cela sur la conscience. Terreurs nocturnes pour l'une, sentiment de culpabilité pour l'autre, cette noirceur de leur histoire refait surface des semaines encore après leur accouchement. Ces mauvais vécus ont tous un point commun : le sentiment d'abandon et de culpabilité qu'ont éprouvé ces femmes vis-à-vis de l'équipe médicale. Un manque cruel de considération, une minimisation des émotions ressenties, voire des discours moralisateurs pour certaines, c'est cet ensemble d'évènements qui ont rendu leur vécu si difficile. Il est à noter que ces 6 accouchements étaient considérés comme compliqués ou pathologiques, relevant parfois de situations d'urgences, ce qui constitue une donnée intéressante. Quid de la formation des professionnels de terrain en salle de naissances à la gestion psychologique des situations d'urgence ?

2.1.2. Marqué par le séjour en maternité

Le vécu du séjour à la maternité a été un facteur déterminant de l'état d'esprit des femmes de cette étude au moment du retour à domicile. Il est problématique de constater que 10 patientes interrogées sur 14 reparlent de ce séjour avec mépris et évoquent en parallèle un retour à la maison « *stressant* ». Le manque de personnel, de disponibilité et de matériel à la maternité a retenti directement sur le vécu de ces femmes, engendrant des sentiments négatifs persistants à domicile comme celui de l'abandon à nouveau, mais aussi d'impuissance et d'incompréhension. Par exemple, les femmes primipares interrogées qui avaient un projet d'allaitement maternel exclusif insistaient sur le décalage qu'elles ont ressenti entre ce qui leur avait été dispensé en préparation à la naissance et la réalité de ce qu'a été la mise en route de leur allaitement : « *Pendant la grossesse, on nous apprend que c'est la meilleure chose qu'on puisse faire pour notre enfant, alors on se sent très mal et très coupable de voir que ça ne se passe pas comme prévu après* ». Pour autant, la plupart de ces femmes ont ressenti un « *bâclage* » dans la manière d'accompagner cet allaitement maternel, allant jusqu'à y corrompre sa physiologie, ce pourquoi une patiente, complètement démoralisée, a décidé d'arrêter précocement. Elle expliquait que

les équipes avaient cassé sa confiance en elle, ce qui l'a poussée à abandonner. Pourtant, l'issue aurait pu être différente, probablement avec un accompagnement plus solide de la part du personnel soignant.

En conclusion de cette première partie, il m'a été donné de voir que le retour à domicile ne s'effectuait majoritairement pas dans de bonnes dispositions psychologiques, notamment marqué par le mauvais vécu encore frais, de la grossesse, de l'accouchement et du séjour à la maternité. Ces éléments permettent donc, pour la population de cette étude, **d'infirmier H1** qui était : « **Les accouchées sont dans de bonnes conditions psychologiques au moment du retour à domicile** ».

2.2. LE VÉCU DU POST-PARTUM A DOMICILE

2.2.1. Difficultés rencontrées

Concernant le guide d'entretien, le choix avait été fait concernant le vécu du retour à domicile de différencier les problématiques physiques, des problématiques psychiques dans l'interrogatoire. Le but était de les comparer d'un point de vue quantitatif, mais aussi de pousser les patientes à réfléchir plus profondément à la question du vécu psychologique de ces deux éléments. Par la suite, le choix avait été fait de poser ces deux questions à deux périodes différentes : celle des premières semaines, et celle des semaines suivantes. L'intérêt était de démontrer que les problématiques n'étaient pas les mêmes en fonction du temps, car le post-partum est évolutif. A l'image de l'étude de *Razurel C et al.*, en 2010 (*Comment les mères primipares font-elles face aux événements de la naissance dans le post-partum ?*) [5], qui montrait que les problématiques citées par les mères concernaient principalement l'enfant et que ce qui les concernait était mis en général au second plan, le même constat a été fait, et surtout dans les problématiques des premières semaines du post-partum. Des questions de relances étaient parfois nécessaires pour recentrer les femmes de cette étude sur leurs ressentis, sur elles-mêmes. Le fait qu'une des patientes ait dit : « *Ah oui, c'est vrai qu'on existe aussi !* » prête à la réflexion. Le pédiatre et psychanalyste Winnicott a parfaitement décrit l'état de *préoccupation maternelle primaire*, dans lequel l'essentiel des pensées maternelles va au confort du nouveau-né. [14] Cet état peut persister facilement jusqu'à 6 semaines du post-partum, période à laquelle plusieurs femmes de l'étude de *Razurel C et al.*, en 2010 parlent encore d'un mal-être qu'elles caractérisent comme étant du baby blues. [5] En parallèle, il a été constaté que la période des 4-6 semaines du post-partum marquait un tournant psychologique pour les femmes de cette étude, au moment de la reprise du travail par leur conjoint.

De manière globale, les premières semaines, d'un point de vue physique, les patientes sentaient encore les marques de leur accouchement, source de grande fatigue : la cicatrisation de la suture, ou de la cicatrice de césarienne, le retour progressif du corps à un état antérieur, etc. Les femmes doivent réapprendre à communiquer avec ce dernier, mais la douleur ressentie rappelle parfois le vécu douloureux de l'accouchement. Madame F, pour laquelle l'état de choc post-traumatique avait été diagnostiqué, ne pouvait pas toucher sa cicatrice sans remonter le temps, et revivre son cauchemar. L'allaitement maternel a été décrit quant à lui tant dans les problématiques physiques que psychologiques : le rythme des tétées, les douleurs physiques et complications associées induisaient une grande fatigue physique, qui devenait psychologique également. Souvent perçu comme l'indicateur de la « *bonne mère* » et très valorisé en prénatal, la majorité des femmes de cette étude n'arrivaient cependant pas à faire face à cet événement de manière efficace, surtout dans les premières semaines, se retrouvant blessées et désillusionnées de la réalité.

D'un point de vue psychologique, quand les patientes ont réussi à prendre du recul sur ce que représentait leur état de préoccupation maternelle primaire, le vécu qui en découlait est apparu pour la plupart comme source d' « *angoisse* » et de « *pleurs récurrents* ». Il était intéressant de voir qu'elles n'arrivaient pas à mettre de mots dessus à l'époque, mais qu'elles se rendaient compte au moment de l'entretien de la charge mentale qu'elles portaient sur leurs épaules. Les soins de puériculture qui s'enchaînaient, l'hypersensibilité vis-à-vis de leur bébé, etc. Cet état ne laissait plus de place pour le reste, les patientes ne trouvaient plus le temps de prendre soin d'elles, créant un cercle vicieux car, cela impactait en conséquence sur leur moral et leur image d'elle-même.

Cette étude a également montré de manière intéressante pour ces femmes que les sources d'anxiété étaient fonction de leur parité. Pour les primipares, la question du devenir mère était crucial. La peur de ne pas ressentir l'instinct maternel, de ne pas réussir son allaitement, de ne pas gérer à réorganiser son quotidien, ces problématiques étaient centrales, probablement induites par la pression de la société sur l'épanouissement total que devrait ressentir une nouvelle mère. En revanche, pour les multipares de cette étude, le bouleversement résidait dans la réorganisation d'un quotidien déjà bien ancré avec un ou plusieurs enfants, et la question de l'ambivalence dans la répartition de l'affection était bien présente.

Les semaines suivantes, l'état d'hypervigilance vis-à-vis du nouveau-né semblant passer, des prises de conscience se révèlent et de nouvelles problématiques arrivent. En effet, en établissant des connexions entre les différents ressentis, il est à constater qu'il existe un élément déclencheur commun à toutes les femmes de cette étude : la reprise du travail par le conjoint. Elles expliquaient toutes que le petit équilibre qu'elles avaient réussi à construire s'en retrouvait fortement ébranlé, source de beaucoup de discordes avec le conjoint. Effectivement, si l'implication de ce dernier a toujours été saluée par les femmes de cette étude, une discordance semble s'être observée à ce moment précis du post-partum. Un père de l'étude aurait avoué à sa femme que la reprise du travail était une porte d'échappatoire à toute cette situation anxiogène, ce qui repose réellement le quid du ressenti des pères au retour à domicile. Par ailleurs, se retrouvant seules à tout gérer, les femmes ont commencé à se rendre compte de tout ce qu'elles donnaient, pour le peu qu'elles recevaient, et cette prise de conscience fut difficile à gérer. Le sentiment d'oubli de soi était prédominant, et pourtant, malgré le déni que certaines avaient pour leur corps ou leur hygiène, la question de la reprise des rapports sexuels était centrale pour la majorité de ces femmes. C'était psychologiquement très compliqué parce qu'elles n'osaient pas forcément en parler à leur conjoint et inversement, et plus la latence était grande, plus l'anxiété montait. Certaines ont repris sans désir, « *parce qu'il fallait le faire* », et ces paroles interrogent profondément.

Finalement, tant d'autres sujets ont été abordés par ces femmes : les visites par l'entourage, les modes de gardes, les questions sur leur bébé, leur propre reprise du travail, etc. Il est à constater que les problématiques étaient nombreuses et que même 20 semaines encore après, certaines étaient encore source de tristesse, comme le vécu de l'accouchement. Il était difficile d'imaginer qu'elles auraient tant de choses à dire sur le sujet, pourtant, les femmes de cette étude savaient exactement de quoi elles parlaient.

Malgré le désir de séparer le physique du psychologique, les deux étaient indissociables. Contrairement à la médecine occidentale, la médecine chinoise ne dissocie pas le psychique du somatique et, en voyant les choses de cet angle-là, il a été possible de faire de nombreuses connexions et déductions.

Au vu de ce qui a été dit en amont, il est donc possible, pour la population de cette étude **d'affirmer H2** qui était : « **Les accouchées rencontrent des difficultés psychiques dans le vécu de leur post-partum** ».

2.2.2. La place de la sage-femme libérale

Après tout ce que les femmes de cette étude avaient révélé concernant le vécu de leur post-partum, il paraissait intéressant de savoir comment l'accompagnement prodigué par la sage-femme libérale à domicile leur avait permis de surmonter leurs difficultés. Le constat fut nuancé. En effet, de manière globale, les femmes de cette étude ont énoncé le rôle central qu'avait pris leur sage-femme libérale dans leur suivi à la maison : « *C'est quand même rassurant d'avoir un professionnel qui passe à la maison* », « *Quand elle partait, je me sentais gonflée à bloc, j'avais plus confiance en moi* », etc. A raison de 2-3 visites maximum, leur accompagnement leur a permis de se sentir rassurées et soutenues, ce qui a permis **d'affirmer H3** pour la population de l'étude qui était : « **L'accompagnement à domicile prodigué par la sage-femme libérale permet un meilleur vécu du post-partum par les accouchées** ». En revanche, toutes les femmes s'accordaient à dire que ces visites étaient principalement centrées sur le côté médical, plus que le côté psychologique. Les questions « *de base* » sont là or, quand la liste des problématiques ressenties a été dressée, il a été donné de voir que ces visites ne suffisaient pas à aborder l'entièreté de leurs ressentis les plus profonds et Madame J expliquait : « *Les questions pour venir nous chercher n'étaient pas forcément là, alors on ne se confie pas forcément de nous-même* » et Madame B complétait : « *Le psychologique, ce n'est pas ça...* ». Ces dires ont permis **d'affirmer H4** qui était : « **Le versant psychologique du vécu de post-partum n'est pas assez abordé par les sages-femmes libérales** » pour la population de cette étude qualitative.

De plus, si les visites étaient jugées comme trop peu axées sur le plan psychologique, c'est globalement un manque de présence qui a été ressenti de manière unanime. Déjà en 2010, l'étude de *Razurel C et al.* indiquait que les femmes déploraient le manque d'accompagnement post-partum sur le plus long terme. En 2021, le constat est toujours le même pour les femmes de cette étude. Plus de passages à domicile, plus de disponibilité, etc. [5] Les besoins sont présents, la demande également. Il a été intéressant de constater que le sentiment de soutien et de réassurance ressenti par les patientes grâce à la sage-femme libérale est très vite retombé après l'arrêt des visites à domicile, Madame K témoignait : « *Tout s'est effondré quand elle ne venait plus, je n'avais plus de repères, et, quand mon mari a repris le travail, j'ai eu l'impression de sombrer petit à petit* ».

En constatant que les femmes de cette étude ont dû faire face, parfois seules à leurs difficultés et que certaines d'entre-elles évoquaient au cours de l'entretien des problématiques non résolues, il a donc été possible pour la population de l'étude **d'affirmer H5** qui était : « **Les accouchées ont des besoins et des manques non comblés par le suivi sage-femme libérale dans le post-partum** ».

Cette hypothèse est d'autant plus vraie que toutes les femmes de cette étude ont confirmé un point qui leur semblait essentiel : le manque de formation en pédiatrie et puériculture des sages-femmes libérales. A plusieurs reprises, ces dernières ont semblé en difficulté face aux diverses questions qui concernaient le développement de l'enfant, la diversification alimentaire, l'attachement, etc. Pourtant formées au suivi du nourrisson dans son premier mois de vie, la pratique semble plus compliquée.

2.3. L'EPNP DU POINT DE VUE DES PATIENTES

Déjà globalement méconnu par les professionnels concernés, c'est sans surprise qu'une seule patiente sur 14 a dit avoir entendu parler de l'EPNP, au travers de l'actualité concernant la Commission des 1000 premiers jours. L'hypothèse **H6** qui était : « **L'EPNP est méconnu de la plupart des accouchées** » peut donc être **affirmée** pour la population de l'étude.

Une demande, des besoins, une offre. Les patientes de cette étude ont vu en l'EPNP une occasion de pouvoir confier tout ce qu'elles ont confié lors des entretiens. Elles ont été force de propositions, ce qui a renforcé l'intime conviction qu'à l'origine, tout doit partir de leurs besoins. En regroupant leurs idées, six grands thèmes ont été créés et constituaient selon les patientes les points essentiels à aborder lors de cet entretien : le vécu de la grossesse, le vécu de l'accouchement, le bien-être maternel, le développement des compétences parentales, l'intimité du couple, et le bien-être psychologique paternel. Si l'on rapproche cela aux objectifs fixés par *Capgras-Baberon D.* dans sa formation à l'EPNP les idées se rejoignent. (2,3) Par conséquent, il a été possible pour cette population d'étude **d'affirmer H7** qui était : « **Les accouchées ont des idées de ce que pourrait aborder l'EPNP** ».

Concernant le format de cet entretien, il a été constaté que les femmes de cette étude insistaient sur l'importance de ne réserver cet entretien qu'au but d'explorer le bien-être psychique de la mère et de son entourage. Par ailleurs, il était intéressant de constater que les femmes qu'importait leurs antécédents obstétricaux (primipare, multipare, grossesse physiologique ou pathologique, accouchement par voie basse ou césarienne, etc) auraient souhaité bénéficier d'un EPNP après leur accouchement en 2021. Madame F, multipare expliquait : « *Peu importe notre expérience en maternité, cet entretien pourrait avoir un rôle clé dans le post-partum de chaque femme ! On a toutes besoin de parler à un moment donné* ». Ces dires ont donc permis pour la population d'étude **d'affirmer H8** qui était : « **Les accouchées aurait accepté un EPNP si elles en avaient eu la possibilité** ».

Concernant ses modalités pratiques de mise en place, dans l'étude de *Riquet S et al. (L'entretien post natal précoce, un nouveau temps pour ajuster le diagnostic éducatif en éducation périnatale)* [4], la majorité des patientes de leur étude (56%) se prononçaient en faveur d'un EPNP entre le 5^e et le 15^e jour après la sortie de la maternité, ce qui diffère des résultats de cette étude. En effet, 12 patientes interrogées sur 14 voyaient bien l'EPNP à 1 mois/1mois et demi après le retour à domicile, ce qu'elles justifiaient par le fait d'avoir un meilleur recul sur les événements d'une part, mais aussi de pouvoir faire tampon entre la fin des visites à domicile et la visite post-natale à 6-8 semaines. Concernant le lieu de réalisation de l'EPNP, certaines femmes ont fait part de leur idée de réaliser cela à domicile. Cette proposition était intéressante car le domicile est un lieu propice aux interventions psycho-éducatives, limitant le risque de développer une dépression du post-partum et a démontré son intérêt pour la qualité des interactions mère/nouveau-né et le développement de l'enfant. [51] D'autres patientes, ont quant à elle évoqué la potentialité de le réaliser en groupe au sein du cabinet, pour favoriser le partage d'expérience et de ressentis.

L'analyse de cette étude montre l'expression du besoin d'un EPNP auprès des femmes interrogées. Elles démontrent leur souhait à bénéficier d'une écoute et d'un soutien en ce qui concerne l'approche du nouveau-né et de leur bien-être une fois de retour chez elles.

3. PROPOSITIONS D'AMELIORATIONS

3.1. L'EPNP

J'ai débuté les recherches pour la justification de mon étude en juillet 2021. Au décours de mes prospections, j'ai découvert l'EPNP pour la première fois. La surprise d'apprendre qu'il était recommandé par la HAS depuis 2014 et que personne, ni du côté des sages-femmes, ni du côté des patientes n'en avait entendu parler m'a beaucoup questionnée. Cependant, le rapport de la Commission des 1000 premiers jours de septembre 2020, grand projet de santé publique lancé par le Président de la République en septembre 2019, remet complètement en question la manière d'aborder le suivi du post-partum, et replace l'EPNP sur le devant de la scène. [49] Depuis, une proposition de loi était en cours d'amendement depuis le 17 février 2021, pour instaurer un entretien postnatal, à proposer systématiquement après l'accouchement. [47]

Au cours de la réalisation de mon étude, un évènement inédit a permis d'accélérer le processus de nouveau. Le projet se concrétise avec l'article 86 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022, rendant désormais obligatoire, dès le 1^{er} juillet 2022, la réalisation d'un EPNP avec une sage-femme ou un médecin. L'article de loi précise : « *Un entretien postnatal précoce obligatoire est réalisé par un médecin ou une sage-femme entre les quatrième et huitième semaines qui suivent l'accouchement. Cet entretien a pour objet, dans une approche globale de prévention en postpartum, de repérer les premiers signes de la dépression du postpartum ou les facteurs de risques qui y exposent et d'évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint en termes d'accompagnement* ». Par ailleurs, le texte précise que pour les femmes primipares et pour les femmes pour lesquelles ont été constatés des signes de la dépression du postpartum ou l'existence de facteurs de risques, un deuxième entretien peut être proposé, entre les dixième et quatorzièmes semaines qui suivent l'accouchement, par le professionnel de santé qui a réalisé le premier entretien. [52]

Cet évènement marque un tournant majeur dans le suivi postnatal et conforte l'idée que ce mémoire se place plus dans l'actualité que jamais. En revanche, cette étude a montré que plusieurs questions se posaient dans les objectifs de ce futur EPNP. Tout d'abord, celle de la difficulté de compréhension du concept même de l'EPNP auprès des femmes. En effet, une patiente disait que cet entretien pourrait permettre de refaire le point sur les soins de nursing, dans leur réalisation pratique, ce qui m'a questionnée. La plupart des mères évoquaient des besoins en lien avec l'enfant, besoins qui devraient être comblés par la PNP et l'accompagnement en service de suites de couches. A l'image des propositions faites dans l'étude de *Riquet S et al.*, je m'accorde à dire que l'EPNP constituerait l'espace nécessaire pour réajuster un diagnostic éducatif en fonction des besoins émergents avec la présence effective de l'enfant. Il constituerait ainsi le fondement d'un programme éducatif à partir duquel seraient élaborés des objectifs pédagogiques pertinents pour les séances postnatales, comme les soins du nouveau-né. Pour rappel, ces 2 séances prises en charge par l'assurance-maladie entre le 8^e jour suivant l'accouchement et la consultation médicale post-natale sont encore trop peu utilisées par les usagers et dispensées par les sages-femmes libérales. Elles gagneraient en application avec l'établissement d'un diagnostic éducatif structurant et annonçant leurs contenus.

De plus, pour un dispositif sous peu obligatoire, il semblerait intéressant de le faire connaître des professionnels de santé concernés mais aussi des patientes, et d'établir des recommandations d'application via les réseaux périnataux dans un premier temps. Des dispositifs de formations privées à

l'EPNP existent déjà et sont en pleine expansion au vu de l'actualité, mais l'expérience et les retours fournis par les professionnels de santé permettraient de constituer, à l'image de l'EPP, des recommandations pratiques au niveau national. Quant à l'information des patientes, il semblerait opportun de commencer à en parler dès la réalisation de l'EPP au cours du suivi de grossesse, et de le programmer dès les visites PRADO à domicile, pour permettre à la sage-femme libérale de s'organiser, car, cet entretien supplémentaire, bien qu'essentiel, est à prendre en compte dans la charge de travail déjà importante des sages-femmes libérales. La future cotation de cet entretien est aussi à poser, car à ce jour, aucune mesure n'ont encore été décidées. De plus, l'apparition de cet EPNP expose la question de la place des sages-femmes de PMI dans le suivi. Habilitées à réaliser les EPP, il va de soi que la réalisation de l'EPNP pourra faire partie de leurs missions de prévention, et pourra permettre de faire un éventuel relai avec une puéricultrice. Le Département de la Moselle par exemple propose déjà des outils d'aide à la réalisation de l'EPP pour les sages-femmes de PMI, contrairement aux sages-femmes libérales qui, la plupart du temps doivent se former de leur côté et à leurs frais.

3.2. LE SUIVI GLOBAL DU POST-PARTUM PAR LA SAGE-FEMME LIBERALE

La revue de la littérature ainsi que les résultats de cette étude ont permis l'imagination d'une stratégie de parcours de suivi du post-partum, en respectant la triade suivante : Informer, Prévenir, Agir. Cette nouveauté dans l'actualité du suivi postnatal permet de repenser les schémas déjà existants, et de réfléchir à un parcours s'approchant au plus près des besoins des accouchées, dans une chronologie logique qui permettrait de les accompagner jusqu'à la fin de leur rééducation périnéale.

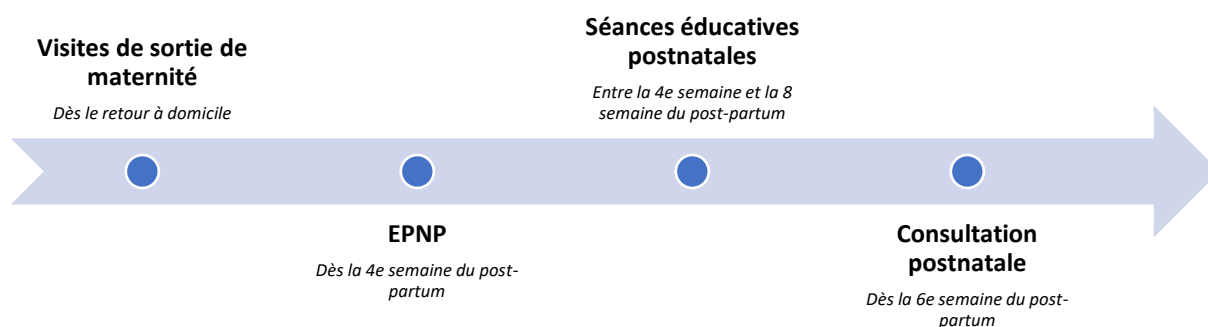


Figure 1 : Chronologie simple représentant le parcours de suivi du post-partum - Etude sur le retour à domicile après accouchement – attentes des femmes sur le suivi postnatal ; Moselle ; 2021.

La mise en place d'un parcours comme celui-ci permettrait d'une part de remédier au « désert » existant dans l'accompagnement postnatal décrit dans la littérature [5], et confirmé par les patientes de cette étude. Mais il permettrait également de répondre aux besoins formulés par les femmes interrogées, en intégrant un suivi évolutif de l'état psychique de la mère et de son entourage, mais aussi de l'acquisition des compétences parentales tout au long du développement de l'enfant sur ses deux premiers mois.

Pour finir, au vu de la non représentativité de ces résultats au-delà de la population d'étude du fait de son approche qualitative, il pourrait être intéressant de questionner les femmes à plus grande échelle, en les interrogeant sur leurs besoins quant à l'arrivée de l'EPNP dans le programme de suivi postnatal.

CONCLUSION

Cette étude avait pour but de faire un état des lieux des attentes des nouvelles accouchées en matière d'accompagnement postnatal. Le choix judicieux d'aborder ce sujet d'un point de vue qualitatif a permis de recueillir de nombreux témoignages, preuve de la richesse et de la diversité entourant le post-partum. Ce fameux « quatrième trimestre » a pris tout son sens au travers des mots des patientes de cette étude, en exposant sa profondeur mais également la complexité existante liée à son accompagnement.

En effet, le retour à domicile après un accouchement constitue un point de départ commun à toutes ces femmes, qui vont par la suite écrire leur propre histoire. Cette étude a permis d'en retranscrire le vécu de certaines, et de mettre en avant la place centrale qu'avait la sage-femme libérale dans le suivi postnatal. Les entretiens ont globalement montré que les problématiques rencontrées étaient diverses et évolutives dans la chronologie du post-partum, mais que les réelles inquiétudes ressenties par les femmes n'étaient pas forcément toutes celles qui étaient traitées par la sage-femme libérale au cours du suivi à domicile, par manque de temps et de moyens.

Dans cette société où la femme ayant accouché apparaît radieuse et épanouie, l'approche psychologique du vécu de cette période reste trop peu abordée, ne laissant pas l'opportunité aux femmes de pouvoir verbaliser leurs angoisses et leurs réflexions. Pourtant, cette étude a montré que les difficultés rencontrées par les patientes étaient principalement psychologiques, liées à elles, à leur(s) enfant(s) ou à leur couple. La place de la sage-femme libérale dans cet accompagnement est saluée et constitue le pilier du suivi de la femme en post-partum, il apparaît donc nécessaire, au vu de la loi et des recommandations en vigueur, de renforcer cet accompagnement, pour leur permettre de réaliser une prise en charge plus globale du post-partum, projet défendu par ces dernières depuis longtemps.

Cette étude s'est inscrite dans l'actualité, car, si le post-partum était une période trop peu mise en avant jusqu'ici, les choses sont en train d'évoluer : les actions promotrices de la Commission des 1000 premiers jours, la création de communautés sur les réseaux sociaux, la mise en place de manière obligatoire de l'EPNP après des années d'oubli. La volonté d'améliorer le suivi postnatal se fait sentir, et les femmes de cette étude ont pu donner leur avis sur la question.

A l'aube de la mise en place de cet EPNP dans la chronologie du suivi à domicile, il serait intéressant d'interroger les sages-femmes libérales sur la question : contenu, réorganisation des suivis à domicile, formations, mais aussi les sages-femmes de PMI, qui ont un rôle préventif important à jouer en période postnatale.

Ce mémoire a su s'inscrire dans l'ère du temps, en retranscrivant la parole des femmes. Aujourd'hui, la libération des réseaux sociaux et la montée en puissance du féminisme donnent envie aux femmes de parler pour elles-mêmes, et de briser les tabous instaurés de longue date. Cette étude est le point de départ d'un renouveau en matière de suivi postnatal, qui participera peut-être à la constitution d'un équilibre durable dans la santé psychique des femmes en post-partum.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Mar 2014. [En ligne]. (Consulté le 25/11/2020) ; Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
- [2] Kez Z, Blanchot-Isolat C, Gaillot L. Attentes des patientes en termes d'accompagnement postnatal : arguments en faveur de la mise en place d'un entretien postnatal précoce à la maternité du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Nancy. La revue de la Sage-Femme. Elsevier Masson. Fév 2019 ; 18 : 181-8.
- [3] L'Assurance Maladie. PRADO, le service de retour à domicile. Mar 2021. [En ligne]. (Consulté le 25/06/2021) ; Disponible sur : https://www.ameli.fr/moselle/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado#text_19369
- [4] Riquet S, Tari C. L'entretien post natal précoce, un nouveau temps pour ajuster le diagnostic éducatif en éducation périnatale. Education thérapeutique du patient (ETP). EDP sciences. Oct 2016 ; 8(2) : 13p.
- [5] Razurel C, Benchouk M, Bonnet J et al. Comment les mères primipares font-elles face aux évènements de la naissance dans le post-partum ? La revue de la Sage-Femme. Elsevier Masson. Sept 2010 ; 9 : p240-9.
- [6] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : guide pratique. 1999 ; 96p. [En ligne]. (Consulté le 25/06/2021) ; Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66396/WHO_RHT_MSM_98.3_fre.pdf;jsessionid=03C6193393E640904D3B59ED80AF8B40?sequence=1
- [7] Unité Virtuelle de Maïeutique Francophone (UVMaF). Les suites de couches physiologiques. Mar 2011 ; 18p. [En ligne]. (Consulté le 26/06/2021) ; Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/suitescouches/site/html/cours.pdf>
- [8] Rigourd V, Nicloux M, Hovanishian S, et al. Conseils pour l'allaitement maternel. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. Elsevier Masson. Mai 2018 ; 31(2) : p53-74. [En ligne]. (Consulté le 30/06/2021) ; Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/science/article/pii/S0987798318300343#tbl0015>
- [9] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Enquête Nationale Périnatale, les naissances et les établissements situation et évolution depuis 2010. Rapport 2016. Oct 2017 ; p120-37.
- [10] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Nouvelles orientations pour promouvoir l'allaitement maternel dans les établissements de santé du monde entier. Avr 2018. [En ligne]. (Consulté le 26/06/2021) ; Disponible sur : [Nouvelles orientations pour promouvoir l'allaitement maternel dans les établissements de santé du monde entier \(who.int\)](#)
- [11] Simon J. Le troisième trimestre. In : Bien vivre le quatrième trimestre au naturel. 1ere ed Paris : FIRST Editions ; 2019. p62-76.

- [12] Hoarau E. Etat des lieux de l'information retenue par les patientes qui choisissent l'allaitement artificiel. [Mémoire]. Ecole de sage-femme de Limoges. Université de Limoges. 2013 ; 86p.
- [13] Stern D, Bruschiweiler-Stern N. La naissance d'une mère. 1ere ed poche Paris : Odile Jacob poches ; 2008.
- [14] Caldwell L, Taylor Robinson H. Primary Maternal Preoccupation. The Collected Works of D. W. Winnicott. Oxford University Press. Dec 2016 ; 5 : p 1955-59.
- [15] Dugravier R, Barbey Mintz A-S. Origines et concepts de la théorie de l'attachement. Enfances et Psy. ERES. Fév 2015 ; 66 : p 14-22.
- [16] Château A. Place du père autour de la naissance : point de vue des professionnels de santé dans une maternité de type III. [Mémoire]. Ecole de sage-femme de Clermont-Ferrand. Université de Clermont-Auvergne. 2019 ; 77p.
- [17] Maring L. La reprise des rapports sexuels dans le post-partum et l'accompagnement personnalisé par la sage-femme : les facteurs qui impactent la sexualité. [Mémoire]. Ecole de sage-femme de Metz. Université de Lorraine. 2018 ; 56p.
- [18] Goubet L. Santé sexuelle et post-partum : à la maternité, quelles sont les préoccupations maternelles ?. [Mémoire]. UFR Sciences humaines et sociales. Université de Lorraine. 2018 ; 110p.
- [19] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Santé sexuelle et génésique : définition. [En ligne]. (Consulté le 05/07/2021) ; Disponible sur : <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
- [20] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019. Etudes & Résultats. Sept 2020 ; 1163 : 7p. [En ligne]. (Consulté le 27/07/2021) ; Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/ER%201163.pdf>
- [21] Raccach-Tebeka B, Plu-Bureau G. Contraception du post-partum. La revue du praticien. Nov 2018 ; 68(9) : p935-8. [En ligne]. (Consulté le 27/07/2021) ; Disponible sur : <https://www.larevuedupraticien.fr/article/contraception-du-post-partum>
- [22] Haute Autorité de Santé (HAS). Recommander les bonnes pratiques : Contraception chez la femme en post-partum. Juil 2019 ; 7p. [En ligne]. (Consulté le 27/07/2021) ; Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj-contraception-post-partum-060215.pdf
- [23] Almalik M. Understanding Maternal Postpartum Needs: A Descriptive Survey of Current Maternal Health Services. Journal of Clinical Nursing (JCN). Wiley Online Library. Dec 2017 ; 26(23-24) : p 4654-63.
- [24] Horovitz J, Coatleven F, Roux D, et al. Suites de couches normales et pathologiques (hors syndromes neuroendocriniens). Obstétrique. Elsevier Masson. 2011 ; 15p. [En ligne]. (Consulté le 27/07/2021) ; Disponible sur : https://www-em-premium-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/showarticlefile/273292/05-52498_plus.pdf
- [25] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Item 25 : Suites de couches pathologiques : pathologie maternelle dans les 40 jours. 2011 ; 15p. [En ligne]. (Consulté le

27/07/2021) ; Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item25/site/html/cours.pdf>

[26] Schneider A, Marpeau L. Suites de couches pathologiques : Pathologie maternelle dans les 40 jours. La revue du Practicien. Global Média Santé. Oct 2008 ; 58 : p 1703-6.

[27] Van der Waerden J. Les maladies mentales pendant la grossesse et le post-partum. 2019 ; 21p. [En ligne]. (Consulté le 27/07/2021) ; Disponible sur : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2019/10/J-Van-Der-Waerden_3-oct.pdf

[28] Bydlowski S. Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Elsevier Masson. Déc 2015 ; 44(10) : p 1152-6.

[29] Dayan J, Geradin P, Rosenblum O. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. Obstétrique. Elsevier Masson. Avr 2014 ; 9(2) : 18p. [En ligne]. (Consulté le 27/07/2021) ; Disponible sur : https://www-em-premium-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/showarticlefile/878315/05-52504_plus.pdf

[30] Code la Santé Publique. Les compétences générales des sages-femmes. Partie législative. Oct 2015. [En ligne]. (Consulté le 28/07/2021) ; Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/Comp%C3%A9tences-g%C3%A9n%C3%A9rales-des-sages-femmes.pdf>

[31] Ordre des sages-femmes – Conseil National. Après l'accouchement : Les suites de naissances. [En ligne]. (Consulté le 28/07/2021) ; Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/votre-sage-femme/competences/apres-laccouchement/>

[32] Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Déc 2017 ; 47p. [En ligne]. (Consulté le 28/07/2021) ; Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf

[33] Castello C. Le séjour à la maternité, une étape essentielle. Soins Pédiatrie/Puériculture. Elsevier Masson. Nov 2014 ; 35(281) : p1. [En ligne]. (Consulté le 28/07/2021) ; Disponible sur : <https://www-em-premium-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/937911>

[34] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. Sept 2008 ; 6p. [En ligne]. (Consulté le 07/09/2021) ; Disponible sur : http://www.cngof.fr/briefcase/Clinique/referentiels/080929_drees_eng_satisfaction_mater.pdf

[35] Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF). Le PRADO maternité. [En ligne]. (Consulté le 28/07/2021) ; Disponible sur : <https://www.onssf.org/exercice-liberal/le-prado-maternite/>

[36] L'Assurance Maladie. Accouchement et retour à domicile : prise en charge et accompagnement. Juin 2021. [En ligne]. (Consulté le 28/07/2021) ; Disponible sur : <https://www.ameli.fr/moselle/assure/droits-demarches/famille/maternite-paternite-adoption/accouchement-retour-domicile>

- [37] L'Assurance Maladie. Formulaire d'éligibilité après accouchement. Fév 2017 ; 6p. [En ligne]. (Consulté le 31/08/2021) ; Disponible sur : <https://ocean.cpamdeslandes.fr/upload/original/041c930accbc4774db8a2c9d62e2cb33.pdf>
- [38] L'Assurance Maladie. Fiche mémo. Retour à domicile après hospitalisation : suivi à domicile de la mère et de son nouveau-né dans le cadre d'une durée de séjour standard en maternité. Avr 2015 ; 2p. [En ligne]. (Consulté le 28/07/2021) ; Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4030/document/suivi-domicile-femme-nouveau-ne_assurance-maladie.pdf
- [39] Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF). Cotations en NGAP. [En ligne]. (Consulté le 08/09/2021) ; Disponible sur : <https://www.onssf.org/etre-sage-femme/cotation-des-actes-sages-femmes-ngap/>
- [40] Le Moigne M. Le Programme d'Accompagnement du retour à Domicile (PRADO), volet maternité : Perception et évaluation par les sages-femmes libérales. [Mémoire]. Ecole de Sages-Femmes de Brest. UFR de médecine et des Sciences de la santé de Brest. 2014 ; 64p. [En ligne]. (Consulté le 31/08/2021) ; Disponible sur : <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.927.4899&rep=rep1&type=pdf>
- [41] Brun A. Evaluation du dispositif PRADO, sortie standard de maternité, au sein de la pratique des sages-femmes libérales. [Mémoire]. Ecole de Sages-Femmes de Clermont-Ferrand. Université de Clermont-Ferrand. 2017 ; 106p. [En ligne]. (Consulté le 31/08/2021) ; Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01826488/document>
- [42] L'Assurance Maladie. PRADO maternité : Situation en Ile de France. Avr 2015 ; 19p. [En ligne]. (Consulté le 31/08/2021) ; Disponible sur : <http://www.perinat-ars-idf.org/downloads/SROS/PRADO%20MATER%20ARS%203%20AVRIL.pdf>
- [43] Haute Autorité de Santé. Recommandations Professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Nov 2005 ; 56p. [En ligne]. (Consulté le 28/07/2021) ; Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
- [44] L'Assurance Maladie. Les tarifs conventionnels obstétricaux. Déc 2020. [En ligne]. (Consulté le 28/07/2021) ; Disponible sur : <https://www.ameli.fr/moselle/sage-femme/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs/tarifs>
- [45] Ministère de la Santé et des Sports – Direction Générale de la Santé. Evaluation du plan de périnatalité 2005-2007. Rapport final. Mai 2010 ; 140p. [En ligne]. (Consulté le 28/07/2021) ; Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf
- [46] Capgras-Baberon D, Lefèvre-Penel A. Enjeux et objectifs de l'entretien post-natal précoce. Vocation Sage-femme. Elsevier Masson. Juil 2014 ; 13(109) : p17-20. [En ligne]. (Consulté le 28/07/2021) ; Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/908471/enjeux-et-objectifs-de-l-entretien-postnatal-preco>
- [47] Sénat. Liste d'amendements. Proposition de loi : Améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. Fév 2021. [En ligne]. (Consulté le 28/07/2021) ; Disponible sur : https://www.senat.fr/enseance/2020-2021/357/Amdt_29.html

[48] Capgras-Baberon D, Lefèvre-Penel A. Le « désert » de l'accompagnement postnatal. Vocation Sage-femme. Elsevier Masson. Juil 2014 ; 13(109) : p12-4. [En ligne]. (Consulté le 28/07/2021) ; Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/908469/article/le-%E2%80%9Cdesert%E2%80%9D-de-l-accompagnement-postnatal>

[49] Ministère des Solidarités et de la Santé. Les 1000 premiers jours : là où tout commence. Rapport de la commission des 1000 premiers jours. Sept 2020 ; p57. [En ligne]. (Consulté le 28/07/2021) ; Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>

[50] Réseau Périnatal du Val d'Oise. Brochure : du suivi de la grossesse au devenir parents. [En ligne]. (Consulté le 08/09/2021) ; Disponible sur : https://www.rpvo.org/sites/default/files/page_classique/fichiers/plaquette_epnp-epp_rpvo_v2.pdf

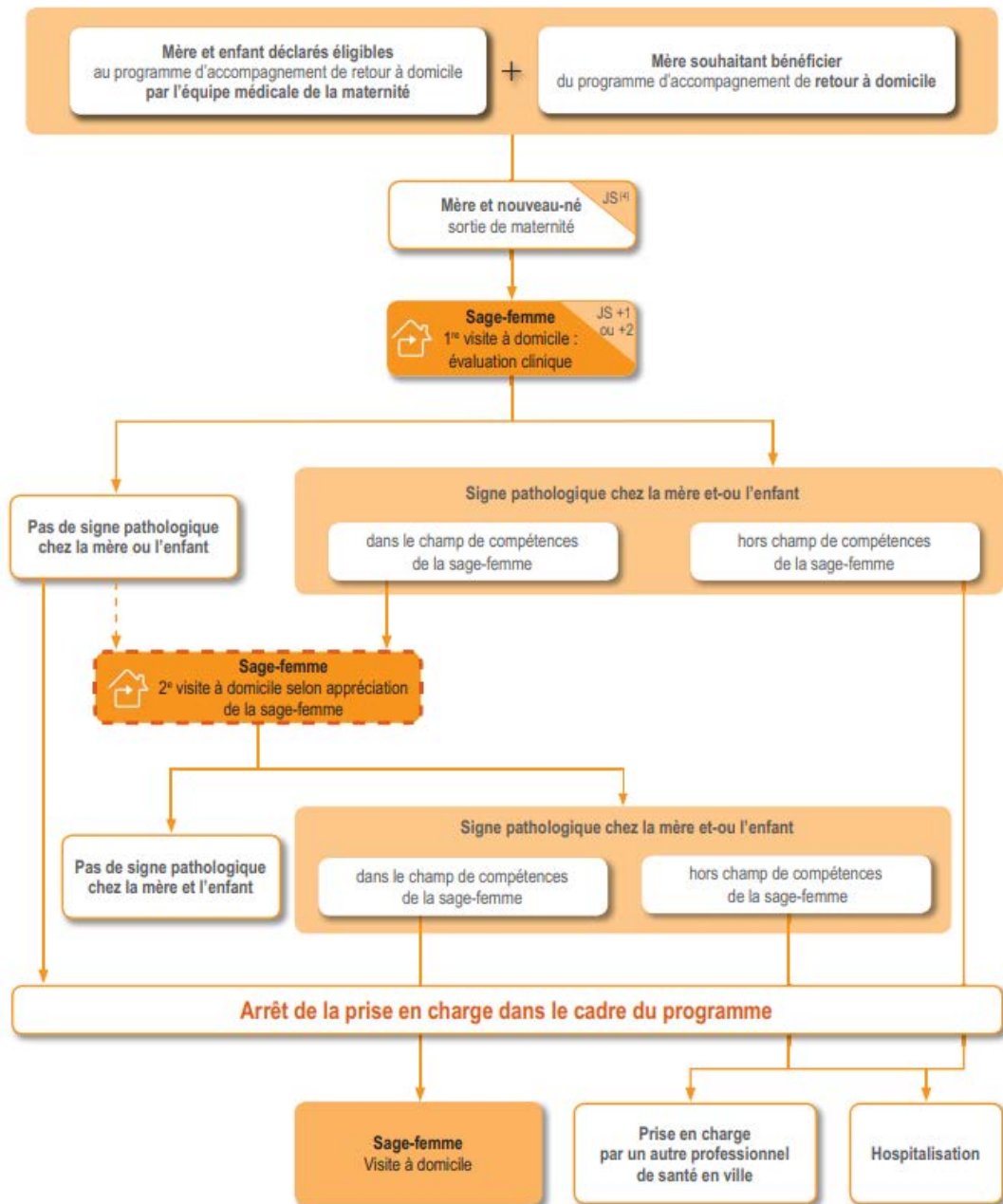
[51] Bydlowski S. Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance : recommandations. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Elsevier Masson. Oct 2015 ; 44 : 1152-6. [En ligne]. (Consulté le 02/04/2022) ; Disponible sur : <https://www.aurore-perinat.org/wp-content/uploads/2017/07/rpc-2015-cngof-troubles-psy.pdf>

[52] Démarches Administratives. Un entretien postnatal précoce sera bientôt obligatoire pour prévenir les dépressions post-partum. Nov 2021. [En ligne]. (Consulté le 03/04/2022) ; Disponible sur : <https://demarchesadministratives.fr/actualites/un-entretien-postnatal-precoce-sera-bientot-obligatoire-pour-prevenir-les-depressions-post-partum>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Arbre décisionnel du suivi à domicile de la mère et de son nouveau-né	50
ANNEXE 2 : Objectifs généraux et spécifiques de l'EPNP.....	51
ANNEXE 3 : Grands thèmes et points stratégiques abordés au cours de l'EPNP	52
ANNEXE 4 : Guide d'entretien	53
ANNEXE 5 : Flyer de recrutement des patientes	56
ANNEXE 6 : Verbatim des patientes de l'étude sur le vécu de la période anténatale et du séjour à la maternité	57

ANNEXE 1 : Arbre décisionnel du suivi à domicile de la mère et de son nouveau-né [38]



ANNEXE 2 : Objectifs généraux et spécifiques de l'EPNP [46]

OBJECTIF GENERAL					
Améliorer le bien-être global du bébé et des parents					
Objectifs spécifiques déclinés					
1. Porter attention au bien-être et à la sécurité			2. Soutenir le développement des compétences parentales		
Sécurité Somatique	Sécurité Emotionnelle et Psychique	Sécurité environnementale	savoirs, transmettre des messages de santé publique	savoir-faire soutenir le développement des compétences	savoir-être développer la qualité du lien
			3. Favoriser la continuité dans l'accompagnement de l'anténatal au postnatal		



1. INTRODUCTION ET MODALITÉS DES ENTRETIENS

Présentation de l'enquêtrice : je m'appelle Lisa BROCHARD, et je suis étudiante sage-femme à l'école de METZ en dernière année. Je réalise actuellement mon étude dans le cadre de mon mémoire de fin de cursus, et je vous remercie encore d'avoir accepté d'y participer.

Dans un contexte où les séjours en maternité sont de plus en plus courts et où l'accompagnement au retour à domicile semble fragile, je me demande quelles sont les attentes des nouvelles accouchées en matière d'accompagnement post-natal par la sage-femme libérale ? Par conséquent, l'objectif de cette étude est de faire un état des lieux du ressenti de ces femmes sur cet accompagnement et de mieux comprendre le rôle de la sage-femme autour de cela.

2. PROFIL DE L'INTERVIEWÉE

Consigne : Je vais d'abord commencer par recueillir quelques informations générales avant de détailler votre grossesse et votre accouchement.

- Informations générales :
 - **Quel âge avez-vous ?**
 - **Quelle est votre situation matrimoniale ?**
 - **Exercez-vous une profession ?**
 - *Si oui, laquelle ? Etes-vous actuellement encore en congés maternité ?*

3. GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

- Informations obstétricales :
 - **Combien avez-vous d'enfants ?**
 - **Quand avez-vous accouché pour cette grossesse ?**
 - **Comment s'est déroulée votre grossesse sur le plan médical ?**
Relance : Il n'y a pas eu d'hospitalisations ou de pathologies en lien avec la grossesse ?
 - **Avez-vous réalisé un EPP avec votre sage-femme libérale autour du 4^e mois de grossesse ?**
 - **En quoi les informations délivrées lors de l'EPP vous ont été utiles ou pas ?**
 - **Quelle forme de SPNP avez-vous choisie ?**
Relance : En quoi les avez-vous trouvées utiles ou pas ?
 - **Votre conjoint s'est-t-il impliqué au cours de cette grossesse ? En quoi selon vous ?**
 - **Qu'avez-vous pensé de l'accompagnement de la sage-femme pendant la grossesse ?**
Relance : Sur le plan psychologique, en quoi pensez-vous que son accompagnement vous a apporté quelque chose, au travers des consultations, EPP, PNP... ?
 - **Comment s'est déroulé votre accouchement ?**
Relances : Comment s'est mis en route votre travail ? C'était un accouchement à terme ? par voie basse ? Avez-vous eu une péridurale ? Avez-vous eu une déchirure ou une épisiotomie ? Comment avez-vous vécu votre accouchement d'un point de vue psychologique ? Qu'avez-vous pensé de l'accompagnement de la sage-femme en salle de naissance ?
 - **Comment s'est déroulée la rencontre avec votre enfant ?**
Relances : quels sentiments avez-vous ressenti à ce moment-là ?

- **Comment s'est déroulé votre séjour à la maternité ?**
Relances : Combien de jours êtes-vous restée à la maternité ? Qu'avez-vous pensé de la surveillance médicale quotidienne pour vous et votre enfant ? Quel mode d'alimentation avez-vous choisi pour votre enfant ? Qu'avez-vous pensé de l'accompagnement par la sage-femme et les auxiliaires de puériculture en service ?
- **En quoi pensez-vous que l'accompagnement à la maternité par l'équipe aurait pu être amélioré ?**

4. POST-PARTUM

Consigne : Nous allons maintenant aborder le vécu de votre post-partum, à partir du moment du retour à domicile.

- **Quels sentiments avez-vous ressentis au moment du retour à domicile ?**
- **Quels sont les premiers problèmes (sur le plan physique et psychique) auxquels vous avez dû faire face ?**
- **Quand est-ce que votre sage-femme libérale est passée à la maison pour la première fois après l'accouchement ? Combien de fois est-elle passée au total ?**
- **Quels sont les points qu'elle a abordés avec vous durant ces visites ?**
- **Comment son accompagnement vous a aidé à surmonter vos difficultés ?**
- **Quels sont les problématiques plus tardives (sur le plan physique et psychique) auxquelles vous avez dû faire face ?**
- **Quels autres professionnels de santé (ou services comme la PMI) avez-vous consulté au cours de votre post-partum ?**
- **Quelles sont les problématiques auxquelles vous n'avez pas trouvé de solutions au cours de cette période ?**
- **Comment est-ce que vous pensez que la sage-femme libérale aurait pu mieux vous accompagner pendant votre post-partum ?**
Relance : Pensez-vous qu'elle aurait pu passer plus souvent ? Que ce n'est pas une question de nombre de passage, mais du temps qu'elle prend pour aborder tout le versant psychologique ?
- **Comment votre conjoint vous a épaulé au cours de cette période ?**
Relance : Quel impact son implication a eu sur votre couple ?

5. L'ENTRETIEN POST-NATAL PRECOCE

Consigne : Récemment, Olivier Veran a annoncé qu'il voulait mettre en place un Entretien Postnatal Précoce (EPNP) dans les 2 mois après l'accouchement. Cet entretien, serait un outil de prévention primaire dans le dépistage de la dépression du post-partum. En effet, il constituerait un temps privilégié permettant aux femmes de revenir sur le vécu de leur grossesse, de leur accouchement et de leur post-partum, d'identifier leurs problématiques et d'être à leur écoute.

- **Connaissez-vous l'EPNP avant que je n'en parle ?**
➤ *Si oui, d'où avez-vous eu cette information ?*
- **Si cet entretien était mis en place pour de bon, sur quelles thématiques pensez-vous qu'il devrait s'appuyer en particulier ? (En ce qui vous concerne, en ce qui concerne votre enfant, votre environnement et votre couple)**
- **Quelle serait la meilleure période pour le réaliser selon vous, et en quels lieux ?**

Relance : Pensez-vous qu'il serait plus judicieux de le placer juste après le retour à domicile, au milieu de la période du post-partum ou plus vers la fin ? Seriez-vous plus à l'aise de le faire à domicile ou au cabinet ? Seule ou accompagnée ?

- **En quoi pensez-vous que cet entretien aurait pu améliorer le vécu de votre post-partum ?**
- **Que pensez-vous de la place de la sage-femme dans tout cela ?**
- **Si on vous l'avait proposé, l'auriez-vous accepté ?**
 - *Si non, pourquoi ?*

Consigne : L'entretien est désormais terminé. Avez-vous des questions, ou des remarques ?

Consigne : Merci pour votre temps, et votre contribution à ce mémoire.

Bonjour ! Je suis **Lisa Brochard**, étudiante sage-femme en dernière année de formation à l'école de sage-femme de Metz. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, portant sur le thème du post partum, je me demande comment les attentes des nouvelles accouchées sont prises en charge par les sage-femmes libérales en Moselle en 2022.

Etes-vous d'accord pour m'aider ?



Pour répondre à la question que je me pose, j'aimerais réaliser des entretiens avec des patientes, entre 6 à 8 semaines après l'accouchement. Ces entretiens se feront via la plateforme Zoom (ou par téléphone) et dureront entre 30 et 60 min. La trame de ces derniers sera identique pour chaque patiente, tout en laissant à chacune la possibilité de s'exprimer librement sur les sujets abordés.

En tant qu'enquêtrice je m'engage à adopter une posture empathique et dénuée de tout jugement. Les dialogues seront retranscrits sous forme écrite puis codés pour analyse. Votre anonymat sera respecté lors de la rédaction de mon mémoire. Toutes les données recueillies seront détruites après publication de ce dernier. Merci d'autoriser votre sage-femme à me communiquer vos coordonnées, afin de convenir d'un rendez-vous.

Tableau 1 : Vécu de la période anténatale et du séjour à la maternité concernant 14 patientes nouvelles accouchées interrogées par entretiens semi-directifs – Etude sur le retour à domicile après accouchement – attentes des femmes sur le suivi postnatal – Moselle – 2021.

	Vécu de la grossesse	Accompagnement par la SF libérale pendant la grossesse	Vécu de l'accouchement	Accompagnement en maternité	Axes d'améliorations sur l'accompagnement en maternité
Madame A	/	/	« Les épaules de mon bébé sont restées bloquées alors que je n'avais pas de péridurale. » ; « Mon mari s'est évanoui tellement je hurlais, on ne m'a pas donné d'informations sur ce qui était en train de se passer, j'ai cru mourir tant la douleur était atroce » ; « Au final ça ne s'est pas du tout passé comme je l'avais imaginé. »	« Sur l'allaitement ils ont été zéro, j'avais des crevasses et ils ne m'ont rien dit, je ne savais pas ce que c'était et je suis partie avec, c'est ma sage-femme libérale au retour à domicile qui a tout repris avec moi. » ; « Personne ne m'a calculée, pas un mot réconfortant de la part de l'équipe. »	« Plus de communication et d'accompagnement sur l'allaitement. »
Madame B	« C'est quelque chose qui restera gravé en moi. Au début, c'était l'histoire de 2-3 jours à l'hôpital pour me surveiller après ma chute [...] »	« Elle m'a énormément rassurée, heureusement qu'elle était là ! »	/	« Le relationnel, ce n'était pas ça. »	« Plus d'empathie, de disponibilité. »

	<i>Tout s'enchainait, et pas une seule personne n'a eu de l'empathie pour moi dans cette maternité, j'en pleurais tous les jours. »</i>				
Madame C	/	<i>« Les cours pratiques étaient très intéressants. »</i>	/	<i>« Là où j'ai eu le plus de mal, c'est le manque d'intimité, je suis pudique et j'ai très mal vécu le fait qu'on rentre sans frapper ou sans se soucier de ma nudité. »</i>	<i>« Plus d'écoute et de considération de la pudeur. »</i>
Madame D	<i>«angoissant.»</i>	<i>« Elle a effacé les paroles négatives que j'ai pu recevoir des gynécologues. »</i>	<i>« La pose de la péridurale restera un moment difficile pour moi. » ; « Je n'ai pas été prise au sérieux concernant ma douleur... J'expliquais à l'anesthésiste avoir envie de pousser, ce qui me faisait bouger malgré moi. Je me suis faite engueuler à plusieurs reprises et ils ont échoué 5</i>	/	<i>« Un peu plus d'humain. »</i>

			<i>fois à me poser la péri. Au final, ma fille est née avec un torticolis positionnel ! »</i>		
Madame E	/	<i>« Elle m'a aidée à aborder les choses de manière plus sereine. »</i>	<i>« L'équipe m'a laissée totalement à l'abandon sur mon début de travail et je ne pensais pas que ça pouvait être aussi douloureux. J'ai pensé mourir à un moment donné. »</i>	<i>« Tout le monde donnait sa version pour l'allaitement, je ne savais plus qui croire. » : « Un jour on m'a carrément posé un ultimatum, c'était soit je complétais, soit je ne sortais pas, je l'ai vécu comme un échec, j'ai même pensé à tout arrêter. »</i>	<i>« Plus de raccords dans les discours. »</i>
Madame F	/	<i>« L'EPP et la PNP ont été un vrai bénéfice physique comme psychologique. » ; « Ils m'ont permis de ficeler le plan de bataille qui allait me permettre de vivre au mieux ma grossesse et mon accouchement. C'était à la foi une remise en confiance et un</i>	<i>« J'ai été maltraitée, et il m'a fallu l'intervention d'un psychologue pour me montrer que dans cette histoire, la victime, c'était moi. » ; « J'avais la phobie de tout ce qui pouvait couper, et de tout ce qui était opération, j'en avais fait part dans mon projet de naissance.</i>		/

		moment pour soi. »	Quand les choses se sont précipitées, j'ai fait une crise de panique, mais personne ne m'a écoutée. Au moment de me poser la péri au bloc, je pleurais, et l'anesthésiste me disait que j'étais égoïste, que je ne pensais pas à mon bébé. J'ai fini par faire une crise de tétanie au bloc, c'était horrible. » ; « J'appréhendais la rencontre avec ma fille, je me suis demandé si ce retard ne lui avait pas fait du mal. »		
Madame G	/	« J'ai pu créer mon projet de naissance, c'était très utile. » ; « J'ai complété ma préparation avec des Doulas également. »	/	« Il y a un manque de matériel évident pour la femme allaitante. » ; « Ce n'est pas normal, j'étais au sein d'une maternité et pourtant, c'était l'endroit où j'étais le moins à l'aise pour allaiter » ; « J'ai mal vécu	« Un minimum de présence des équipes » ; « rien n'est fait pour respecter la physiologie d'un allaitement, il faut plus de matériel et de compréhension. »

				<p>mon séjour... » ;</p> <p>« Pas une fois quelqu'un est venu me voir la nuit, pas une fois ! »</p>	
Madame H	/	<p>« Le courant n'est pas passé » ;</p> <p>« Elle avait des idées bien arrêtées et ne prenait pas en compte ma personnalité. Elle était beaucoup dans le jugement, ce qui m'a angoissée. Elle n'a jamais évoqué la césarienne pendant ses cours, pourtant c'est bien ce que j'ai eu. »</p>	<p>« A cause de la césarienne, je me sentais coupable, j'ai eu l'impression de mal accueillir mon bébé. »</p>	<p>« Le personnel s'énerve quand on sonne et nous fait comprendre que les sonnettes ne servent qu'aux urgences. » ;</p> <p>« J'ai pleuré la quasi-totalité du séjour. »</p>	<p>« Plus d'empathie et d'écoute. »</p>
Madame I	<p>« Quand on est alitée, on subit la grossesse plus qu'on ne la vit. Je n'avais qu'une envie, c'était d'accoucher ! »</p>	/	/		<p>« L'équipe n'aurait pas dû me laisser partir comme ça alors que j'avais énormément d'angoisses et de questions sans réponses. »</p>
Madame J		<p>« Je n'ai pas ressenti le besoin de refaire de la PNP. »</p>	/		/
Madame K	<p>« Stressant » ;</p> <p>« Même si un traitement a vite</p>	<p>« Elles m'ont préparée à accueillir les</p>	<p>« J'ai ressenti comme un décalage entre ce</p>	<p>« Ils n'ont même pas cherché à</p>	/

	<p>été mis en place, j'ai dû faire 2 amniocentèses et pleins d'autres tests, j'avais peur de perdre mes bébés, car j'ai aussi fait une fausse couche avant cette grossesse. »</p>	<p>enfants, on s'imagine grâce à elles comment les choses vont se dérouler, ça m'a permis de déstresser. »</p>	<p>que j'avais imaginé et ce qui s'est passé. » ; « Quand j'y repense, j'ai eu l'impression de voir un film dans lequel une partie avait été coupée au montage. » ; « C'est là qu'on comprend que la grossesse est derrière nous, et qu'une nouvelle histoire commence. »</p>	<p>discuter quand j'ai demandé si mon mari pouvait rester au moins la première nuit, c'était non. »</p>	
Madame L	/	<p>« Elle a été très humaine et le jour où j'ai accouché, je me suis souvenue de ses cours au cabinet. »</p>	<p>« J'ai le souvenir d'avoir vraiment souffert. » ; « Entre la péri surdosée, la ventouse, le monde dans la salle, le cœur du petit qui ralentissait, je ne comprenais plus rien à ce qui se passait, j'étais dans un état second. »</p>		<p>« J'aurais aimé qu'ils se mettent d'accord dans leurs discours et qu'ils soient un peu plus ouverts aux besoins des mamans et des propositions hors protocoles. »</p>
Madame M	/	<p>« J'ai pu reparler de mes angoisses de faire une fausse couche, ça m'a fait du bien. » ; « J'ai pu lui poser toutes mes questions, ça</p>			<p>« Plus de discours qui vont dans le même sens et plus de dispo quand on allaite. »</p>

		<i>m'a déchargé d'un poids. »</i>			
Madame N	/	<i>« J'ai regretté la PNP parce que c'était quand même un bon moyen de se conditionner physiquement et psychologiquement. »</i>		<i>« Heureusement que c'était mon deuxième allaitement et que tout roulait, parce que je n'ai eu aucunes questions ou conseils sur l'allaitement. »</i>	<i>« Plus de transparence et ne pas s'en tenir à ce que la femme qui vient d'accoucher vous dit, il faut creuser avec tout le monde ! »</i>

Retour à domicile après l'accouchement : Attentes des femmes sur le suivi postnatal

Etude épidémiologique observationnelle qualitative, multicentrique, par entretiens semi-directifs auprès de 14 femmes ayant accouché en Moselle en 2021.

RÉSUMÉ

Introduction : Le paysage obstétrical français s'est profondément modifié ces dernières années. La diminution de la durée des séjours en maternité a placé la sage-femme libérale au cœur du suivi postnatal. De plus, l'Entretien Postnatal Précoce, recommandé par la Haute Autorité de Santé depuis 2014, revient dans l'actualité par sa mise en place de manière obligatoire en 2022. L'objectif de l'étude est de faire un état des lieux des attentes des nouvelles accouchées en matière d'accompagnement postnatal.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle qualitative, par entretiens semi-directifs auprès de 14 femmes ayant accouché en Moselle en 2021. Les entretiens ont été réalisés en visioconférence sur la base du volontariat après diffusion d'un flyer de recrutement. Le critère de jugement principal ciblait les attentes des nouvelles accouchées dans le post-partum.

Résultats : Les entretiens ont montré que la majorité des difficultés ressenties par les femmes étaient psychologiques, quelle que soit la période du post-partum en cours. Les problématiques ressenties étaient centrées sur elles-mêmes, leur(s) enfant(s) ou leur couple. L'accompagnement prodigué par la sage-femme libérale à domicile, malgré un sentiment de satisfaction global, a été jugé comme insuffisant par les patientes et trop peu axé sur le plan psychologique. L'Entretien Postnatal Précoce était quant à lui méconnu de la plupart des accouchées, mais souhaité par 100% d'entre-elles.

Conclusion : Cette étude a permis de faire le point sur les attentes des accouchées en matière d'accompagnement postnatal en mettant en lumière les grandes problématiques qui, pour les femmes nécessitent un suivi plus structuré de leur post-partum. La sage-femme libérale, au cœur de ce suivi, reste l'interlocuteur de prédilection auquel les femmes ont recours durant leur post-partum.

Mots clés : Post-partum – Vécu – Psychologique – Sage-femme libérale – Accompagnement

ABSTRACT

Introduction: The French obstetrical landscape has deeply changed in the past few years. The decrease in the length of maternity stays has put the self-employed midwife in the middle of postnatal care. Moreover, the creation of an early postnatal interview, which is recommended by the French National Authority for Health since 2014, is back in the news with its mandatory implementation in 2022. This study aims at making an inventory of new mothers' expectations regarding postnatal support.

Methods: This study was an epidemiological observational qualitative investigation using semi-structured interviews with 14 women who gave birth in 2021. The interviews were conducted by videoconference on a voluntary basis after the distribution of a recruitment flyer. The main criterion of judgement targeted the new mothers' expectations in the post-partum period.

Results: The interviews showed that the majority of the difficulties encountered by these women were from a psychological point of view whatever the current post-partum period. The problems they experienced were focused on themselves, their children, or their couple. The support provided by the self-employed midwife at home, despite a general feeling of satisfaction was considered insufficient by the patients and not enough focused on the psychological level. The creation of the early postnatal interview was unknown to most of the women but desired by all of them.

Conclusion: This study has permitted to focus on women's expectations about postnatal support emphasizing the major problems which, for the women of this study, require a more organized follow-up of their postnatal period. On the other hand, the self-employed midwife, in the middle of it, remains the privileged interlocutor of women during this period.

Key words: Post-partum – Feeling – Psychological support – Self-employed midwife – Coping