

UNIVERSITE DE POITIERS
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

Craintes des primipares face au retour à domicile
*Leurs attentes vis-à-vis d'une Sage-Femme de la
maternité*

*Etude qualitative menée au CHU de Poitiers du 26 Octobre 2014
au 10 Janvier 2015*

Mémoire présenté et soutenu par :

Clémence THOUBEY

Née le 26 / 08 / 1992

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Année 2015

Directeur de mémoire :

Madame la sage-femme POUPARD Vanessa

UNIVERSITE DE POITIERS
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

Craintes des primipares face au retour à domicile
*Leurs attentes vis-à-vis d'une Sage-Femme de la
maternité*

*Etude qualitative menée au CHU de Poitiers du 26 Octobre 2014
au 10 Janvier 2015*

Mémoire présenté et soutenu par :

Clémence THOUBEY

Née le 26 / 08 / 1992

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Année 2015

Directeur de mémoire :

Madame la sage-femme POUPARD Vanessa

Remerciements

Je tiens à remercier plusieurs personnes qui m'ont été d'une aide précieuse dans la réalisation de ce travail.

➤ Tout d'abord ma directrice de mémoire, *la sage-femme Vanessa POUPARD*. Un grand merci pour avoir accepté d'encadrer mon travail. Merci aussi pour ta disponibilité, tes conseils et tes encouragements tout au long de l'année. Je te suis profondément reconnaissante.

➤ *La sage-femme Aurore DOUE*

Merci pour ta disponibilité et tes recommandations qui m'ont été d'une grande aide à chaque étape de la réalisation de ce travail.

➤ *Mon tuteur, BOUIN Thomas*

Merci pour votre disponibilité, vos conseils et vos encouragements.

➤ *La psychologue du service de maternité, Mme VALET-REIX*

Merci pour vos conseils et votre aide pour la mise en place de cette étude.

➤ *Ma famille*

Je vous remercie pour vos encouragements et votre soutien. Un merci tout particulier à mon ami Matthieu qui a contribué à la validité interne de l'étude ainsi qu'à ma maman pour ses nombreuses relectures et sa patience.

➤ *L'équipe soignante de la maternité du CH d'Angoulême*

Merci pour l'attention que vous avez portée à mon travail. Un merci particulier à Marion pour sa relecture et ses conseils.

➤ Et enfin, je remercie *Sylvie GUINOT ainsi que toute l'équipe pédagogique de l'école de sage-femme de POITIERS* pour ces années d'étude.

Sommaire

GLOSSAIRE :	6
INTRODUCTION	7
GENERALITES	8
1. LE POST-PARTUM	9
2. LES PARTICULARITES DU POST-PARTUM CHEZ LA PRIMIPARE	10
2.1 Epidémiologie.....	10
2.2 Les facteurs de risque augmentés par la primiparité.....	10
2.2.1 Risques Obstétricaux.....	11
2.2.2 Risques Psychologiques	11
3. LA DUREE DE SEJOUR EN MATERNITE	12
3.1 Evolution de la durée de séjour	12
3.2 Les sorties précoces	14
3.3 Le Programme d'Accompagnement du retour à Domicile	15
L'ETUDE	17
1. PRESENTATION DE L'ETUDE	18
2. PROBLEMATIQUE	18
3. OBJECTIFS	18
4. HYPOTHESES	19
5. MODALITES DE L'ETUDE	19
RESULTATS	24
1. POPULATION INTERROGEE	25
2. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	25
3. ASPECT SCHEMATIQUE DES RESULTATS	28
4. CRAINTES DES PATIENTES FACE AU RETOUR A DOMICILE	30
4.1. Liées à l'enfant	30
4.2. Liées à la mère.....	34
4.3. Liées au couple	36
4.4. Autres craintes	37
5. ATTENTES VIS-A VIS D'UNE SAGE-FEMME A LA MATERNITE	38
6. CONNAISSANCE DES RELAIS EXISTANTS APRES LE RETOUR A DOMICILE	40

DISCUSSION	42
1. DISCUSSION CONCERNANT LA METHODE	43
1.1. Choix de la méthode qualitative	43
1.2. Biais liés à la méthode qualitative.....	43
1.3. Recherche de la validité de l'étude.....	45
2. DISCUSSION CONCERNANT LES RESULTATS	46
2.1 Craintes des primipares face au retour à domicile	46
2.2 Attentes vis-à-vis d'une sage-femme à la maternité	50
2.3 Connaissance du réseau périnatal de Vienne	52
3. PROPOSITIONS POUR AJUSTER LA PRISE EN CHARGE A LA MATERNITE PAR RAPPORT AU RESEAU PERINATAL EXISTANT	53
4. OUVERTURES SUITE A L'ETUDE.....	56
CONCLUSION.....	57
BIBLIOGRAPHIE	60
ANNEXES.....	65
SUMMARY	71
RESUME	72

Glossaire :

HAS : Haute Autorité de Santé

PRADO : Programme d'Accompagnement du retour à Domicile

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

DPN : Dépression Post-Natale

DMS : Durée Moyenne de Séjour

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

RPDA : Retour Précoce à Domicile après Accouchement

PMI : Protection Maternelle Infantile

TISF : Technicien d'Intervention Sociale et Familiale

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

EPP : Entretien Prénatal Précoce

Introduction

L'arrivée d'un premier enfant transforme la dyade homme-femme, en triade père-mère-enfant et bouleverse donc inévitablement l'équilibre antérieur. Retrouver un équilibre va nécessiter des remaniements individuels, du couple, mais aussi de la famille et des amis. D'où la nécessité d'un accompagnement particulier dans cette période de grande fragilité. La société étant dans un contexte global d'économie, les restrictions touchent aussi le domaine de la santé. Elles se caractérisent, ces dernières années, par une diminution de la durée de séjour à l'hôpital après un accouchement. Cependant, des alternatives à l'hospitalisation se développent progressivement.

En effet, l'exercice libéral des sages-femmes est en plein essor, avec une augmentation de 7% par an du nombre de professionnels entre 2000 et 2010 (1). Le développement de leurs compétences leur permet ainsi d'assumer la surveillance à domicile de la mère et de son enfant, toujours dans le cadre de l'eutocie. Le taux de sorties précoces s'est également accru. Il est passé d'après la Haute Autorité de Santé (HAS) de 3 à 7% entre 1997 et 2002 (2). La mise en place du Programme d'Accompagnement du retour à Domicile des accouchées (PRADO) en 2010 par l'assurance maladie a également assuré un relais pour le suivi post-natal des patientes.

Mais aujourd'hui, sommes-nous dans une prise en charge optimale des jeunes mères à la maternité ? Leur donne-t-on toutes les cartes en main pour un retour à domicile plus serein ?

PREMIERE PARTIE :

Généralités

1. LE POST-PARTUM

Le post-partum, aussi appelé « suites de couches », est la période qui va de l'accouchement à la première menstruation ou « retour de couches » environ six semaines plus tard. Il faut concevoir la définition plus globalement, comme la période qui va de l'accouchement au retour à l'état antérieur des différentes fonctions féminines (3). C'est aussi la période fondamentale où les parents vont reconnaître le nouveau-né et l'inscrire dans leur histoire personnelle. La grossesse et la mise au monde d'un enfant sont des « événements physiologiques » dans la vie d'une femme mais représentent aussi de véritables épreuves. C'est à la fois source de plaisir immense et de stress considérable. De nombreuses modifications vont marquer la période du post-partum aussi bien d'un point de vue anatomique, hormonal que biochimique. Les principales modifications sont l'involution du corps utérin, la reconstitution du col de l'utérus, la cicatrisation des tissus, la régression des lochies, la reprise de l'ovulation, la modification de la glande mammaire ainsi que la mise en route de l'allaitement et un état d'hypercoagulabilité persistant pendant deux à quatre semaines. Cette période de grande fragilité peut-être émaillée de complications hémorragiques, thromboemboliques, infectieuses, mammaires et psychiques chez la femme.

Avec le raccourcissement de la durée de séjour à l'hôpital, les parents doivent assumer entièrement les soins de leur enfant alors que la mère n'a pas entièrement récupéré physiquement et psychologiquement. Certaines complications apparaissent après quatre jours et ne sont jamais observées à la maternité, il est donc important d'en informer les mères et de leur donner les signes devant les amener à consulter. Quelque soient les troubles présentés, ils sont très fréquemment source de grand désarroi des parents.

2. LES PARTICULARITES DU POST-PARTUM CHEZ LA PRIMIPARE

2.1 Epidémiologie

Selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2010, la primiparité représentait 43,4 % des femmes. La population des primipares est restée assez stable entre 1994 et 2010 (4). De plus, d'après l'Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie (AUDIPOG), en France, l'âge moyen auquel les femmes accouchent de leur premier enfant augmente depuis le milieu des années 1970 et atteint 28,1 ans en 2010. Soit quatre ans plus tard qu'en 1967, où les femmes devenaient mères à 24,2 ans (5). En 1994, 35% des primipares avaient moins de 25 ans. En 2010, elles ne représentent plus que 25%. Les primipares représentent donc une population de femme d'âge très variable (6).

L'élévation du niveau d'étude des mères, ainsi que l'augmentation du nombre de femmes ayant exercé un emploi pendant la grossesse, induisent une amélioration de la prévention et donc une meilleure santé de l'enfant à sa naissance. En revanche, l'augmentation de l'âge des mères accroît les risques de prématurité, de malformations ou de complications maternelles. Les femmes les plus jeunes quant à elles, connaissent plus de difficultés sociales (isolement, célibat, rejet familial, chômage...).

2.2 Les facteurs de risque augmentés par la primiparité

Certains facteurs de risque physiques et psychologiques sont augmentés par la primiparité et nécessitent donc une attention plus particulière après l'accouchement.

2.2.1 Risques Obstétricaux

L'Enquête Nationale Périnatale de 2003 observe une augmentation du taux de césarienne pratiquée chez les primipares (18% en 1995 contre 23,5% en 2003) induisant donc plus de risque dans le post-partum (7). Il en est de même avec le risque de pré-éclampsie qui est augmenté chez les primipares, tout en sachant que ce risque reste majoré durant les dix premiers jours du post-partum. La littérature scientifique nous montre aussi que la primiparité en elle-même serait un facteur de risque indépendant d'hémorragie grave du post-partum (8). Les conséquences seront alors une anémie et une fatigue maternelle accrue. La primiparité majore également le risque de lésions périnéales sévères lors de l'accouchement, ainsi que le risque de douleurs périnéales persistantes dans le post-partum (9). Certaines pathologies de l'allaitement sont également plus fréquentes chez les primipares comme les crevasses par exemple, dues à la mauvaise technique d'allaitement (10).

2.2.2 Risques Psychologiques

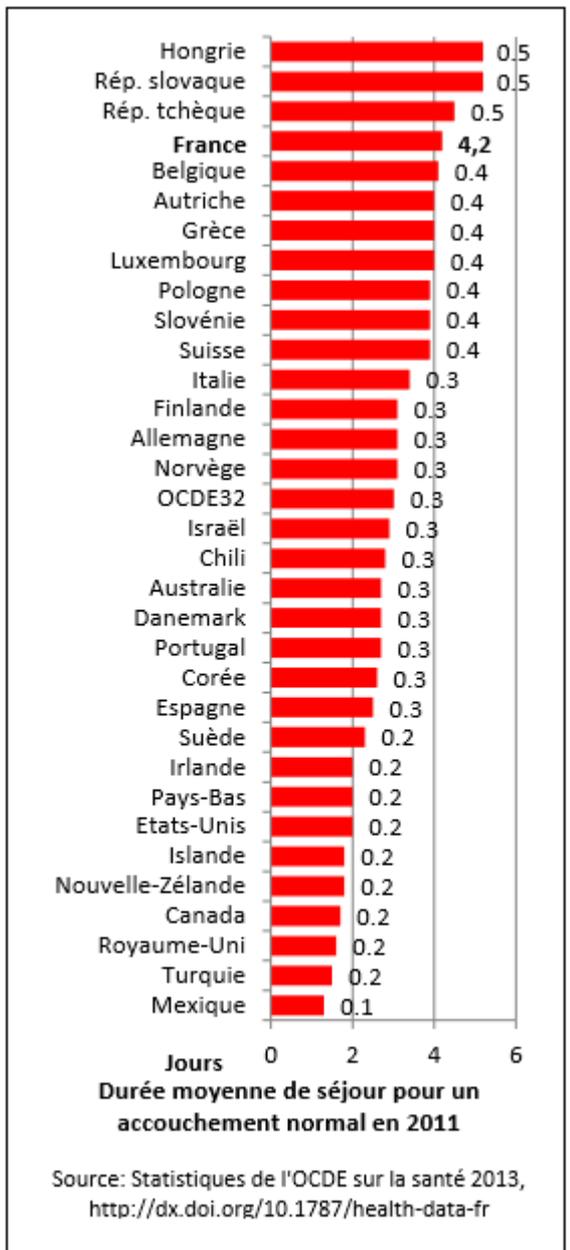
En ce qui concerne le lien entre la primiparité et le risque plus important de développer des troubles psychiques du post-partum, rien ne semble être vraiment établi à ce jour. Certains auteurs classent tout de même la primiparité comme facteur de risque de développer un « baby-blues » ou une psychose puerpérale. La primiparité tardive semble être, elle, plutôt un facteur de risque de Dépression Post-Natale (DPN) (11). Au vu des données contradictoires à ce sujet, il paraît judicieux de ne pas négliger ce point. En effet, le fait de « devenir mère » pour la première fois peut s'avérer être une expérience angoissante voire même douloureuse pour certaines femmes, ce qui pourrait déboucher sur des pathologies plus graves.

3. LA DUREE DE SEJOUR EN MATERNITE

3.1 Evolution de la durée de séjour

La Durée Moyenne de Séjour (DMS) à l'hôpital est le nombre de journées d'hospitalisation dans l'année (pour une pathologie donnée) rapporté au nombre de séjours (pour cette pathologie). La DMS est calculée en excluant les hospitalisations programmées inférieures à 24h (12). Pour des raisons économiques et culturelles, la durée d'hospitalisation en maternité est très brève dans les pays en voie de développement et tend à diminuer aussi dans la plupart des pays développés.

En Hollande, un tiers des naissances a lieu à domicile. Lorsque l'accouchement a lieu dans une maternité, les femmes restent hospitalisées en moyenne 8 heures en post-partum. Le relais à domicile est assuré systématiquement par une « aide familiale » qui va s'occuper de la mère et de l'enfant pendant 8 jours, et par une sage-femme libérale qui assure le suivi obstétrical pendant la même durée, ou plus longtemps si elle le juge nécessaire.

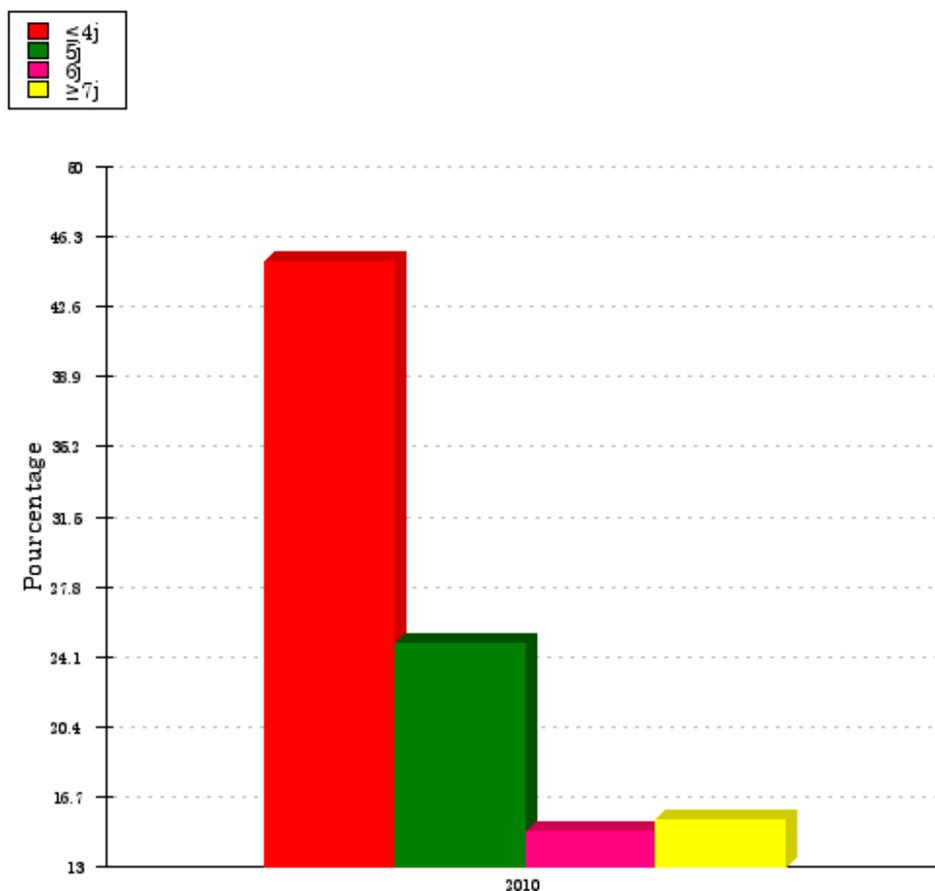


En Angleterre, la durée du séjour après un accouchement normal varie de 6 heures à 2 jours ; il est également possible d'accoucher à domicile. Les sages-femmes contactent les femmes résidant dans leur secteur et se rendent quotidiennement à domicile pendant les 10 jours suivant l'accouchement. Cette durée peut être prolongée en cas de complications. Les sages-femmes travaillent en relation avec les médecins de ville et les infirmières (13).

D'après le Panorama de la santé 2013, dans les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), la DMS après un accouchement normal en 2011 était de trois jours. Celle-ci allait de moins de deux jours au Mexique, en Turquie, au Royaume-Uni ou au Canada, à plus de cinq jours en Hongrie et en République Slovaque. Parallèlement, dans beaucoup de pays de l'OCDE, le suivi à domicile est systématique, ce sont d'autres professionnels (sages-femmes libérales, médecins de ville, infirmières...) qui accompagnent les femmes, leur apprennent les soins et détectent les complications du post-partum (14).

Ces durées d'hospitalisation sont inférieures à celles que nous pratiquons en France, puisque d'après les données de l'Enquête Nationale Périnatale de 2010, la DMS en maternité en France métropolitaine était de 4,0 jours (+/- 1,4 jours) après une naissance par voie basse et 5,6 jours (+/- 1,7 jours) après une césarienne (4). Mais, celle-ci tend à diminuer petit à petit en France, de part la mise en place des sorties précoces de la maternité et le développement du PRADO.

Durée séjour mère



Aussi, aux Etats-Unis, où la DMS après un accouchement sans complication est entre 1 à 2 jours depuis déjà quelques années, des études ont été menées afin de mesurer son impact sur la santé de l'enfant en post-partum immédiat. Il semblerait que le raccourcissement de la durée de séjour n'ait pas d'impact significatif sur le taux de ré-hospitalisation des nouveau-nés en post-partum immédiat, tout en sachant que des visites par des professionnels aux domiciles des patientes sont organisées dans les 7 à 14 jours de la sortie. Cette étude nous montre aussi que les principales causes de ré-hospitalisation de l'enfant sont la jaunisse, les problèmes respiratoires, digestifs, la déshydratation ainsi que les problèmes d'alimentation. En revanche, il est bien montré que les facteurs significativement associés à une ré-hospitalisation des nouveau-nés dans les 7 jours après la sortie, sont entre autre, la primiparité et la prématurité (16). Ceci illustre bien la nécessité d'organiser un suivi à domicile par des professionnels adaptés chez les patientes bénéficiant d'une sortie précoce de la maternité.

3.2 Les sorties précoces

Selon la HAS, les termes « sortie précoce » ou « Retour Précoce à Domicile après Accouchement (RPDA) » correspondent à une sortie entre J0 et J+2, jours inclus pour un accouchement par voie basse (J0 étant le jour de l'accouchement) et J+4 dans le cas d'une césarienne (2).

Elle a établi des conditions de base indispensables à la mise en place de celles-ci :

- Un bilan de l'état de santé physique et psychologique de la mère et de son enfant, ainsi que des conditions sociales satisfaisantes à la date envisagée du départ.
- L'évaluation des compétences et de l'autonomie suffisante de la mère pour l'allaitement, les soins au bébé, l'observation des signes d'alerte la concernant ou concernant son enfant.
- Un suivi à domicile organisés par des professionnels compétents aussi bien d'un point de vue médical, psychologique et social, mais aussi pour l'accompagnement de l'allaitement, et des soins de puériculture (2).

De plus, il est indispensable de fournir à la mère une information claire et non anxiogène des principaux signes auxquels il faut être vigilant pour elle et son enfant ainsi que les conseils de nursing (change, toilette, soins...) afin de dépister les potentielles complications du post-partum. Il convient bien sûr de s'assurer que ces informations aient été efficacement perçues par la mère et son entourage. C'est l'équipe soignante qui apprécie la compatibilité de l'état de santé de la mère et de l'enfant pour la sortie précoce et qui s'assure de la mise en place d'un relai fondamental entre les professionnels de la maternité et ceux agissant à domicile.

Le professionnel choisi par la femme pour le suivi post-natal est responsable de l'accompagnement de la mère et de l'enfant dans les jours suivants le retour à domicile, et il coordonne les différents professionnels impliqués. Il peut aussi bien être une sage-femme ou un gynécologue. D'autres professionnels ou structures peuvent intervenir de façon coordonnée si besoin : psychiatres, pédopsychiatres, infirmières puéricultrices diplômées d'état (notamment de PMI), auxiliaires de puériculture, consultants en lactation, assistantes sociales, psychologues et Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF). Le rôle des associations d'usagers (soutien à l'allaitement avec la Leche League, service d'aide à domicile...) doit également être mis en valeur.

3.3 Le Programme d'Accompagnement du retour à Domicile

Le PRADO après hospitalisation est un programme mis en place par l'assurance maladie en 2010 afin de raccourcir la durée de séjour à la maternité, tout en apportant un soutien aux parents dès leur retour à domicile.

Il prévoit qu'un conseiller de la caisse primaire d'assurance maladie rende visite aux mères durant leur séjour à la maternité afin de leur proposer un suivi à domicile. Il leur présente alors une liste de sages-femmes libérales parmi lesquelles elles pourront faire leur choix. La sage-femme choisie viendra au domicile de la patiente le lendemain de la sortie, puis une seconde fois dans les 7 jours pour accompagner les accouchées et leur prodiguer les soins nécessaires (17).

Pour bénéficier d'un accompagnement à domicile, les conditions requises sont : être majeure, ne pas avoir eu de co-morbidité ni de complication pendant la grossesse, avoir accouché d'un enfant unique par voie basse ou par césarienne, à terme avec un poids en rapport avec son âge gestationnel, sans problème d'alimentation et ne nécessitant pas un maintien en milieu hospitalier.

Ce programme, initié dans quelques départements en 2010, a été étendu à tous les départements depuis 2013. Il en est de même pour les critères d'inclusion au programme qui tendent à s'élargir au fil du temps (18).

DEUXIEME PARTIE :

L'Etude

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

La période du post-partum est une période de très grande fragilité chez la femme. Marquée par de très nombreux bouleversements physiques, psychiques, hormonaux et sociaux. C'est une période de transition qui touche aussi bien les primipares que les multipares. Elle peut cependant être plus marquée chez les mères d'un premier enfant, que leur famille ou conjoint soit présent ou non, qu'elles appartiennent à un milieu socio-économique favorisé ou non. Certaines d'entre elles peuvent d'ailleurs se retrouver en réelle difficulté au moment du retour à domicile. De plus, la prise en charge après un accouchement a beaucoup évolué avec une durée de séjour plus courte. Une étude de la Direction de la Recherche, de l'Évaluation, des Études et des Statistiques (DREES) sur la satisfaction des usagères des maternités montrent que de nombreuses femmes se sentent mal préparées à la sortie de la maternité. 15 à 35% des femmes ne seraient pas ou pas du tout satisfaites des informations et des conseils médicaux donnés avant la sortie (19).

2. PROBLEMATIQUE

C'est à partir de cette observation que nous nous sommes intéressés à la préparation au retour à domicile et que nous avons fait le choix de cibler plus précisément les primipares. En effet, ces femmes se sentent-elles suffisamment préparées à leur sortie de maternité ? Comment mieux les accompagner lors du retour à domicile ?

3. OBJECTIFS

L'objectif principal de notre étude est :

- Recenser l'ensemble des craintes des primipares concernant leur retour à domicile.

Les objectifs secondaires sont :

- Observer les attentes de ces patientes vis-à-vis d'une sage-femme de la maternité.
- Évaluer leurs connaissances des professionnels du réseau périnatal.
- Améliorer les conseils et/ou la prise en charge de ces patientes durant le séjour pour un retour à domicile plus serein.

4. HYPOTHESES

L'ensemble de notre étude vise à confirmer ou infirmer trois hypothèses :

- Les informations délivrées durant le séjour à la maternité répondent aux craintes et appréhensions des patientes.
- Les jeunes mères ont, pendant le séjour à la maternité, les conseils et le soutien qu'elles attendent de la part de la sage-femme.
- Le réseau périnatal est mal connu des patientes.

5. MODALITES DE L'ETUDE

➤ Outils de recherche :

Pour mener à bien cette étude, nous avons utilisé la méthode qualitative prospective. Le but d'une telle méthode n'est pas de généraliser nos résultats à la population générale mais plutôt de faire un état des lieux des craintes des femmes. L'outil de recherche que nous avons choisi est l'entretien individuel semi-structuré. Il a été organisé autour d'une trame d'entretien constituée de questions ouvertes, qui portent sur les thématiques couramment retrouvées dans la bibliographie afin d'aborder un maximum d'aspect concernant le retour à domicile.

Cette trame (ANNEXE I) a été relue, corrigée et validée par une sage-femme ainsi que par la psychologue clinicienne du service de la maternité. Les patientes ont du répondre à trois principales questions :

1. Quelles sont vos craintes concernant le retour à domicile ?
2. Quelles sont vos attentes vis-à-vis d'une sage-femme à la maternité ?
3. Que pouvez-vous me dire sur les relais existant après la maternité ?

Cette méthode a l'avantage d'associer les patientes en s'intéressant à leurs opinions, leurs sentiments et leurs connaissances personnelles. Elle permet aussi de faire un recueil approfondi de données sur une thématique et donc d'aborder une problématique dans sa globalité.

Pour faciliter l'analyse des résultats, les entretiens, avec l'accord écrit des patientes, ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone.

Cinq entretiens préalables ont été réalisés par moi-même, avec des patientes du service de la maternité. Ils ont été réécoutés et retravaillés avec une sage-femme clinicienne. Cette phase « test » a permis une amélioration de l'attitude de l'enquêtrice au fil des entretiens. Ceux-ci n'ont pas été inclus à l'étude.

➤ Population étudiée :

L'étude a porté sur un échantillon de patientes primipares, ayant accouché à terme \geq 37 SA, hospitalisées à la maternité du CHU de POITIERS et interrogées au deuxième jour suivant l'accouchement (J2 du post-partum).

Critères de non inclusion :

- Grossesse multiple
- Patiente séparée de leur enfant à la maternité
- Patiente ayant une mauvaise compréhension du français
- Patiente mineure

Critères d'exclusion :

- Transfert du nouveau-né dans une autre unité d'hospitalisation durant le séjour

➤ Déroulement de l'étude

Les entretiens se sont déroulés en deux sessions pour une question d'organisation personnelle. La première du 26 Octobre au 04 Novembre 2014 et la deuxième du 04 Janvier au 10 Janvier 2015. Au total, 15 patientes ont été interrogées durant ces deux périodes.

Les patientes ont été choisies de manière aléatoire directement dans le cahier d'accouchement. En effet, les deux premières accouchées de chaque jour correspondant aux critères d'inclusion de l'étude ont été contactées.

Puis l'étude s'est déroulée en deux temps :

- Une première rencontre le premier jour (J1) du post-partum, a permis à l'enquêtrice de leur expliquer les objectifs de l'étude ainsi que le déroulement des entretiens. Il leur a été remis une fiche informative écrite (ANNEXE II) ainsi qu'une fiche de consentement (ANNEXE III).
Pour celles qui acceptaient, un rendez-vous a été fixé le lendemain, pour l'entretien enregistré.
- Puis, une deuxième rencontre à J2 de l'accouchement où les entretiens ont eu lieu. Ils se sont déroulés dans la chambre des patientes ou bien dans la nurserie (en cas de chambre double), avec leur nouveau-né et en présence de leur conjoint si elles le souhaitaient (tout en leur rappelant bien que l'étude ne concernait que les mères).

Afin de rendre l'entretien plus fluide, les caractéristiques de notre population (ANNEXE IV) ainsi que les paramètres susceptibles d'influencer les réponses des patientes ont été recueillis au préalable dans le dossier médical. Ces informations ont été complétées si besoin en début d'entretien.

- Age
- Niveau d'étude
- Profession
- Antécédents personnels ou familiaux notables qu'ils soient obstétricaux ou non
- Déroulement de grossesse
- Participation aux cours de préparation à la naissance
- Mode d'accouchement
- Déchirure
- Mode d'alimentation de l'enfant

➤ L'entretien

Tous les entretiens ont été réalisés par moi-même. Ils débutaient par une introduction précisant rapidement le sujet de l'étude, ainsi que le déroulement de l'entretien. Il a été spécifié à l'enquêtée que ce n'était pas un questionnaire de connaissance mais que le but était bien de recueillir son avis, ses sentiments. Avant de débiter, l'enquêtrice demandait le consentement écrit pour enregistrer l'entretien tout en garantissant aux patientes l'anonymat. Aucun nom ni coordonnées personnelles n'ont été demandé. Chaque entretien a été numéroté par ordre chronologique de réalisation. Afin d'aborder toutes les thématiques souhaitées, ou si l'entretien était peu productif, les patientes pouvaient être interrogées suivant la trame d'entretien (ANNEXE I). Avant de clore l'enregistrement, il a été demandé à la patiente son ressenti vis-à-vis de l'entretien, ainsi que ses remarques ou commentaires concernant son déroulement.

➤ Analyse des données

Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un dictaphone OLYMPUS « VN-711PC ». Des notes écrites ont également été prises durant ceux-ci afin de prendre en considération les attitudes non verbales des patientes. Une retranscription mot par mot sur informatique a été réalisée le plus rapidement possible après leur réalisation afin de noter entre parenthèses les impressions et les attitudes non verbales observées. L'analyse de ces entretiens a pu être faite grâce à un logiciel informatique spécialisé dans l'analyse des données qualitatives : **N Vivo 10**.

Cette analyse s'est déroulée en 2 temps :

- L'analyse thématique des entretiens : elle correspond à établir une grille de thèmes communs abordés par les patientes.
- Et l'analyse descriptive : celle-ci permet de montrer des liens entre les divers thèmes trouvés.

L'analyse des résultats consistait à « coder » les thèmes abordés dans chaque entretien. Afin de renforcer la validité de l'analyse, nous avons effectué une triangulation ; l'analyse des données (ou codage) a également été effectuée par une tierce personne, extérieure au domaine médical, aussi grâce au logiciel N Vivo 10. Ces 2 analyses ont ensuite été comparées et mises en commun afin de discuter autour des différences de codage faisant parfois apparaître de nouveaux thèmes ou sous-thèmes.

La méthodologie d'une étude qualitative ne nous impose pas d'effectif fixe (20). En revanche, l'effectif total d'une telle étude est défini par la notion de saturation des données. C'est-à-dire que nous pouvons parler de saturation de données lorsque durant trois entretiens consécutifs aucun nouveau thème n'a été abordé par les patientes. Ce qui explique pourquoi les entretiens ont été codés au fur et à mesure dans le logiciel N Vivo. Dès lors, les entretiens ont été arrêtés, considérant que plus aucun thème ne serait alors mis en avant et que l'effectif total de notre étude était atteint.

TROISIEME PARTIE :

Résultats

1. POPULATION INTERROGEE

23 patientes ont été sollicitées pour un entretien, 15 d'entre elles ont été incluses à l'étude.

Les principales causes de refus étaient :

- La participation à une autre étude en cours (2 patientes)
- Le manque de temps (2 patientes)

2 patientes ont dû être exclues lors de la première rencontre avec l'enquêtrice à J1 en raison d'une mauvaise compréhension du français. 2 autres ont été exclues secondairement, à J2, de part l'hospitalisation de leur enfant en néonatalogie durant le séjour.

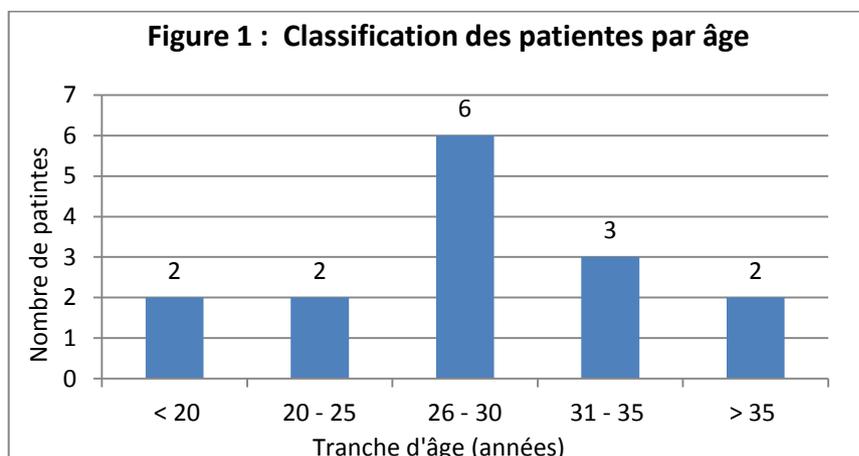
Les entretiens se sont déroulés à la maternité du CHU de Poitiers. Ils ont duré entre 18,19 et 36,13 minutes selon les patientes.

2. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

Les caractéristiques présentées ci-dessous sont résumées sous forme de tableau en annexe (ANNEXE IV).

A. L'âge

L'échantillon de patientes incluses à l'étude représentait une tranche d'âge allant de 19 à 37 ans. La répartition de celles-ci est représentée dans le graphique suivant.

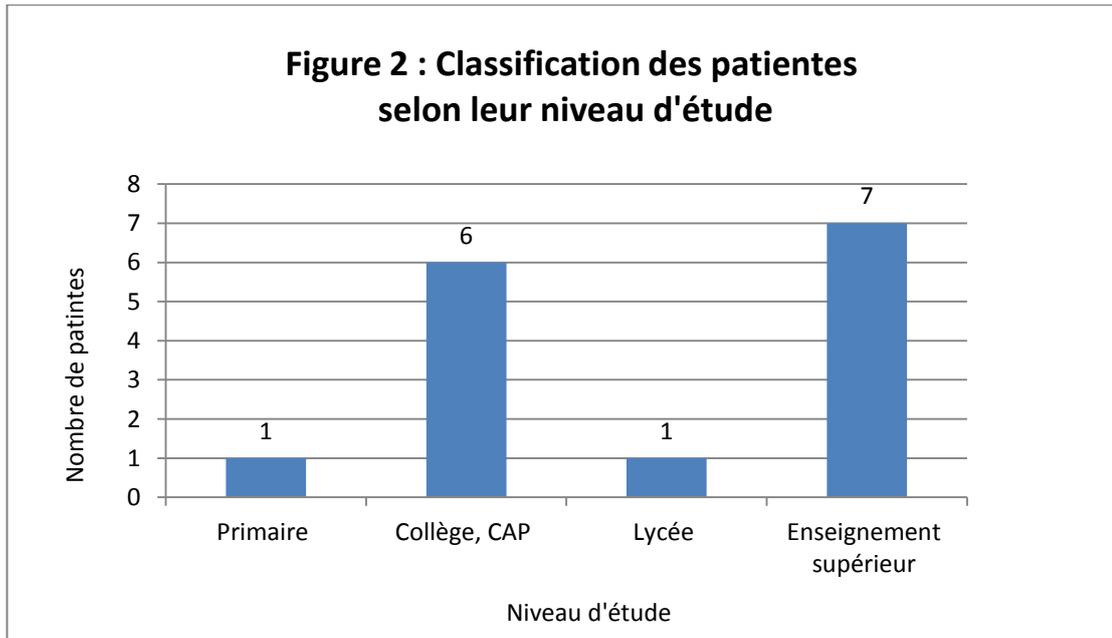


B. Situation familiale

Sur l'effectif total de 15 patientes : 12 étaient en couple au moment de l'entretien, tandis que 3 étaient seules.

C. Niveau d'étude

Le niveau d'étude des patientes incluses est représenté par le graphique suivant.



D. Exercice professionnel

12 patientes exerçaient une profession en début de grossesse, tandis que les 3 autres étaient sans activité professionnelle.

E. Mode d'accouchement et déchirures

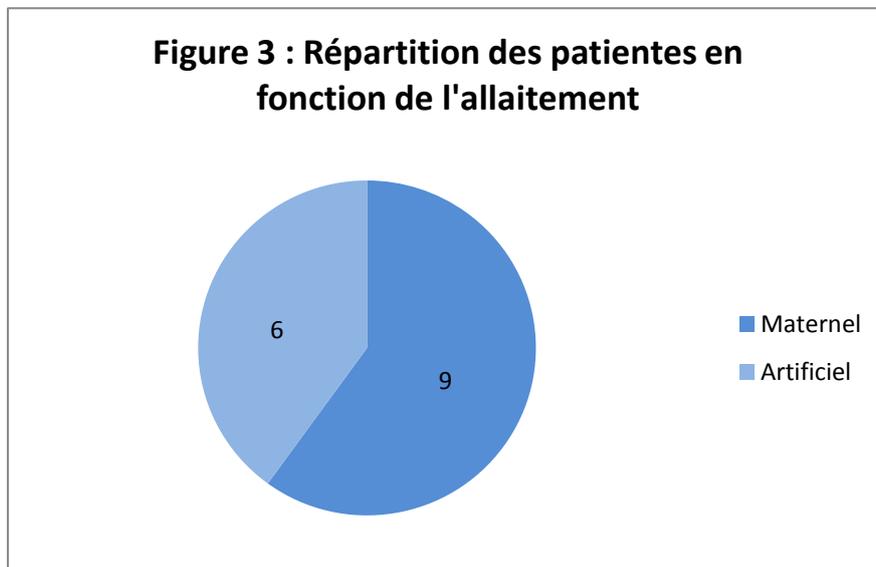
Parmi les patientes incluses de façon aléatoire, aucune n'a donné naissance à son enfant par césarienne. En revanche, les naissances avec extraction instrumentale par ventouse (3 patientes) et par forceps (2 patientes) sont représentées. Les 10 autres patientes ont accouché de manière eutocique.

F. En ce qui concerne les lésions périnéales :

- 1 patiente n'a subi aucune lésion
- 6 ont présenté une déchirure superficielle
- 6 autres une déchirure simple
- 2 ont eu une déchirure de type périnée complet non compliqué

G. Mode d'alimentation de l'enfant

La répartition du mode d'alimentation choisi par les femmes pour leur enfant est présentée dans le graphique ci-dessous.



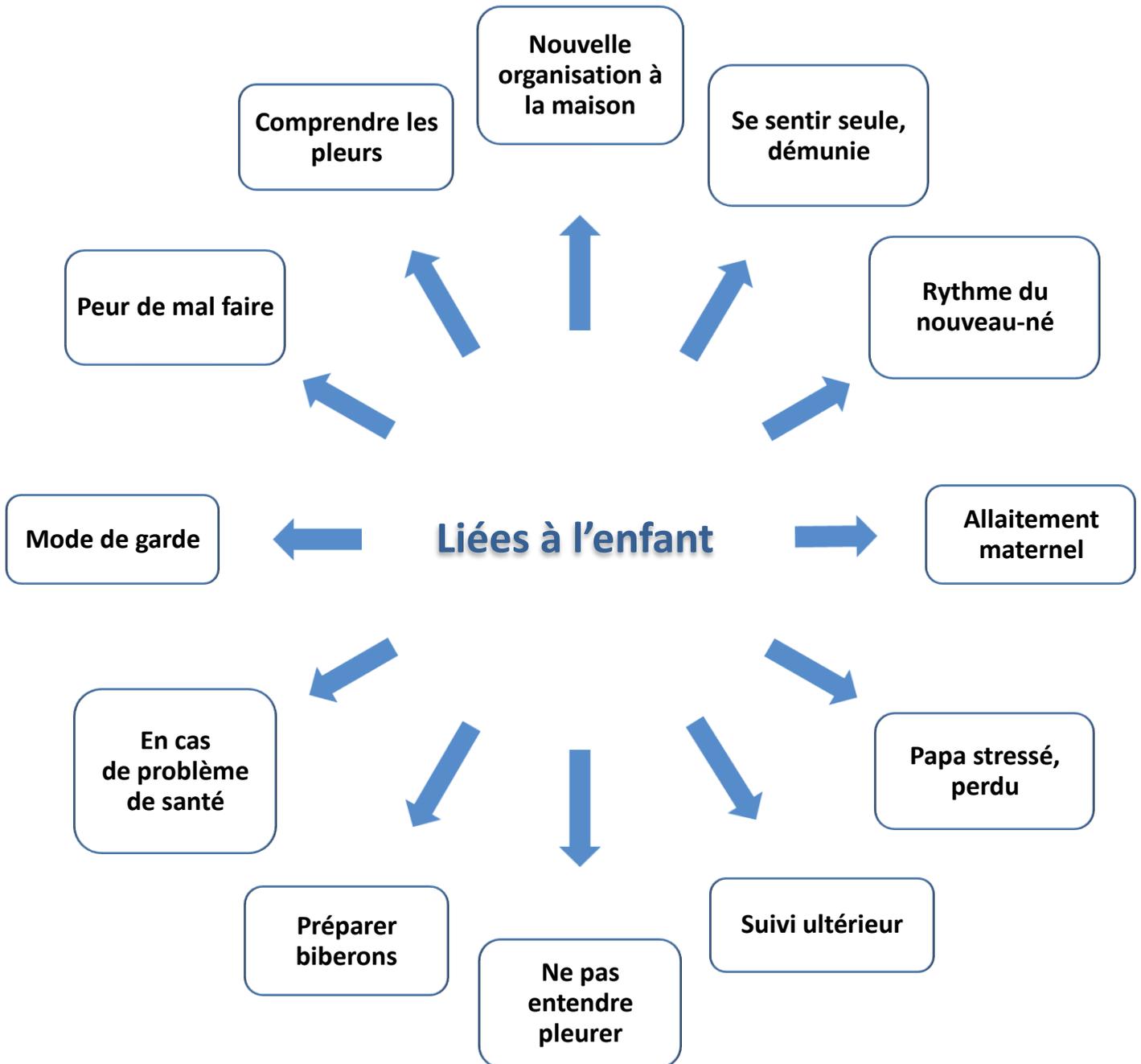
H. Cours de préparation à la naissance

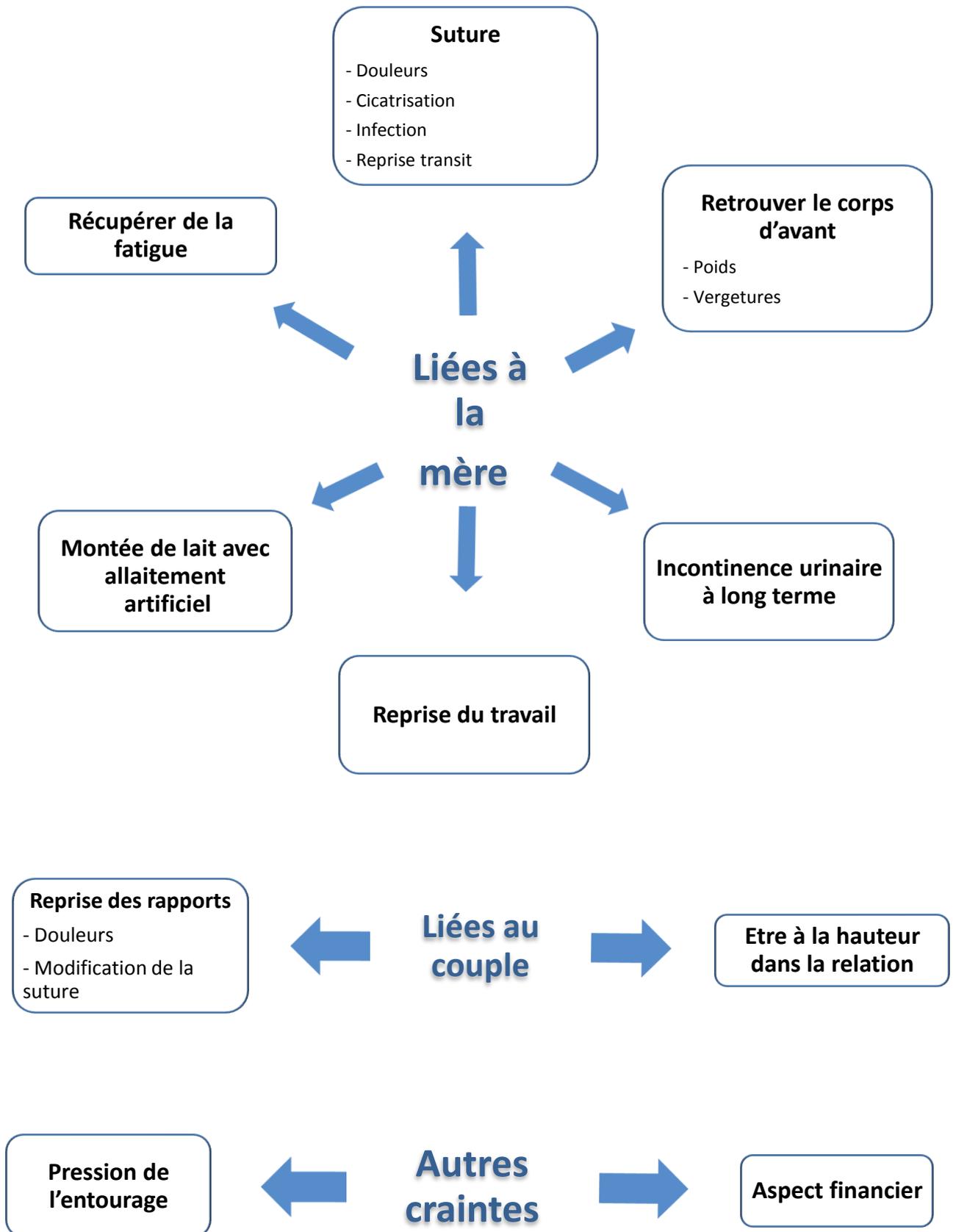
Parmi mon échantillon de patientes, 3 n'ont suivi aucune préparation à la naissance. La raison principale est qu'elles ne voyaient pas l'utilité de ces cours. Les 12 autres patientes ont suivi la totalité des cours. La préparation choisie par toutes les femmes était de type classique.

Les séances ont été délivrées dans 9 cas sur 12 par une sage-femme libérale proche de leur domicile, dans 2 autres cas elles ont été effectuées directement au domicile des patientes par une sage-femme de la PMI. Une patiente a bénéficié de la préparation à la naissance par une sage-femme hospitalière.

3. ASPECT SCHEMATIQUE DES RESULTATS

Craintes des patientes face au retour à domicile





4. CRAINTES DES PATIENTES FACE AU RETOUR A DOMICILE

4.1. Liées à l'enfant

➤ **Nouvelle organisation à domicile** (entretiens 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 15)

Entretien 1 : « *En fait, oui c'est l'inquiétude, enfin, euh... (Hésitante) d'avoir peur de ne pas gérer bien mon temps comme il faut...* »

Entretien 7 : « *Il va falloir s'habituer à vivre à 3 dans la maison donc ça c'est sur que ce sont des nouveautés, il va certainement falloir un temps d'adaptation ... C'est vrai que c'est un peu l'inconnu donc c'est forcément un peu angoissant je pense mais bon non on verra bien, je ne sais pas je pense qu'on va gérer.* »

Entretien 15 : « *Et puis à la maison il va falloir qu'on retrouve nos marques, enfin qu'on s'habitue à gérer le bébé, la maison et les petites affaires du quotidien... ça aussi ça m'angoisse un peu de devoir tout gérer...* »

➤ **Se sentir seule, démunie** (entretiens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 15)

Entretien 1 : « *C'est vrai qu'ici, il y a un souci, on appelle et quelqu'un se déplace alors que chez nous, ça sera pas pareil, on sera tout seul...* »

Entretien 4 : « *La il y a du monde, pour aider, après une fois à la maison... on est tout seul quoi....* »

Entretien 6 : « *Surtout le fait que je vais être toute seule pour l'élever la petite... J'appréhende, euh j'appréhende, euh non j'ai hâte de sortir d'ici mais c'est vrai que, euh, je vais être livrée à moi-même, donc ça me fait vraiment très peur (larmes aux yeux).* »

Entretien 15 : « *Heureusement que je sais que je ne serai pas toute seule à mon retour, ça me rassure beaucoup, je ne sais pas comment font les mamans toutes seule, je ne pourrais pas...* » ;

« *C'est surtout le fait que j'ai peur de ne pas y arriver toute seule... Car j'appelle souvent les auxiliaires pour qu'elles viennent voir si je fais les choses bien... Alors qu'en plus elles me disent que oui en plus mais bon... Ca me rassure qu'elles viennent voir.* »

➤ **Comprendre les pleurs** (entretiens 1, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 15)

Entretien 5 : *« J'ai peur de ne pas réussir à le calmer parfois quand il pleure, je me dis que parfois comment savoir pourquoi justement... si c'est pas la faim, ni la couche... Ça m'angoisse un peu c'est sur... »*

Entretien 6 : *« c'est la panique car je n'arrive pas à la calmer... »*

Entretien 10 : *« c'est difficile de savoir interpréter les pleurs de bébé, on ne se comprenait pas car je croyais toute la nuit qu'elle avait faim donc je l'ai mise au sein et ça ne la calmait pas » ; « Donc voilà, on se sent impuissant et on culpabilisait un peu de ne pas la comprendre donc c'était une nuit assez difficile pour nous. »*

➤ **Peur de mal faire** (entretiens 1, 8, 10, 11, 13, 14, 15)

Entretien 1 : *« C'est le bain que j'appréhendais beaucoup, j'avais peur, je l'ai fait pour la première fois ce matin du coup, et puis bon, j'avoue que je ne dirais pas que je suis à l'aise mais ça va un petit peu mieux, je suis encore un peu maladroite quoi... »*

Entretien 10 : *« j'ai vraiment l'impression d'être mal à l'aise et de ne pas trop savoir comment m'y prendre mais bon... »*

Entretien 13 : *« J'ai un peu peur de la manipuler aussi, enfin j'ai l'impression que je vais lui faire mal à chaque fois donc je n'ose pas, pour les soins et tout c'est un peu compliqué. »*

➤ **Rythme du nouveau-né** (entretiens 1, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14)

Entretien 6 : *« C'est ses nuits surtout là, je ne sais pas trop, mais je n'arrive pas trop encore à me caler à elle, ou elle, elle n'arrive pas trop à se caler à moi, mais c'est ça en fait qui me fait le plus peur... »*

Entretien 7 : *« la nuit ça va être certainement plus dur, se lever pour lui donner son biberon, car je serai un peu toute seule parfois mais bon ça va être une habitude à prendre. »*

Entretien 10 : *« Les nuits sont très difficiles, la première nuit s'est bien passée mais alors la nuit dernière a été terrible. »*

➤ **Liées à l'allaitement maternel** (entretiens 4, 6, 10, 12, 14, 15)

Entretien 6 : « *Le risque de crevasse tout ça... Et c'est vrai que c'est un peu une angoisse ... du coup je ne sais pas comment faire pour que je ne souffre pas moi en retour quoi. Et je ne veux pas arrêter l'allaitement non plus, après si je n'ai pas le choix bon beh voilà. »*

« *Je suis un peu stressée par sa, c'est sur, en fait c'est surtout embêtant de voir qu'on n'est pas très efficace quoi, même si on essaye de donner du meilleur qu'on peut, des fois... ça ne marche pas... d'autant plus que là c'est quelque chose qui me tient vraiment à cœur... »*

Entretien 10 : « *Si ça ne marche pas je ne peux pas la laisser comme ça, donc il faut bien prendre une décision. C'est pour elle. C'est vrai que pour elle, enfin pour moi, le mieux ça serait l'allaitement mais maintenant si ça ne marche pas je ne peux pas la laisser comme ça et je préfère passer à autre chose. »*

Entretien 15 : « *oh, beh l'allaitement principalement... Ici, je sonne et il y a quelqu'un qui vient pour m'aider ou pour vérifier que je fais les choses bien, mais à la maison, je ne sais pas trop comment je vais faire ... »*

➤ **En cas de problème de santé** (entretiens 4, 7, 8, 11)

Entretien 4 : « *C'est un peu l'angoisse si on doit l'emmener aux urgences, on va se sentir impuissant, comme il ne parle pas ... je ne sais pas si on saura repérer quand il ne va pas bien, on va paniquer comme des fous car on ne saura pas quoi faire... »*

Entretien 7 : « *Quelque chose qui m'angoisse un petit peu c'est si par exemple elle est haute en fièvre ou s'il y a quelque chose : qu'est-ce qu'on fait ? »*

Entretien 11 : « *Comme c'est mon premier bébé, par exemple s'il est malade j'avoue que je ne sais pas trop comment il faudra que je fasse... et là je vais être stressée à mort »*

« *Je ne suis pas quelqu'un d'inquiète pour moi mais pour mon bébé et sa santé, comme il ne parle pas, pour savoir ce qui ne va pas au début c'est un peu angoissant tant qu'il ne parle pas, ce n'est pas facile de décrypter... »*

➤ **Papa stressé, perdu** (entretiens 1, 2)

Entretien 1 : « *Si, en fait si, j'ai la petite crainte qu'il soit complètement perdu, complètement stressé à l'idée de le manipuler ou de la changer... »*

Entretien 2 : « *Je stresse un peu par rapport au papa, lui il est très nerveux, il a déjà son premier mais bon c'est il y a 15 ans et puis c'était un petit peu compliqué ... Mais déjà on a vu quand il a voulu l'habiller en bas, sans le vouloir, il lui tirait un petit peu trop le bras ou quoi, mais c'est qu'il veut faire bien alors bon ... C'est sa nervosité qui fait que du coup, il ne se pose pas et voilà »*

➤ **Mode de garde** (entretiens 2, 5)

Entretien 2 : « *C'est un peu stressant car ça passe en commission là bientôt pour avoir la réponse mais bon au pire des cas même si c'est pas ce que je préfère j'ai d'autres solutions avec des nounous ou au pire des amis, ou ma mère »*

Entretien 5 : « *Si le mode de garde c'est vrai que c'est quelque chose qui me stresse un peu, on a fait une demande à la crèche à côté de chez nous, ça serait le top mais bon.... C'est hyper demandé donc je ne pense pas qu'on soit accepté. »*

➤ **Suivi ultérieur** (entretiens 2, 14)

Entretien 2 : « *Je ne sais pas où je vais le faire suivre, et je sais que c'est assez compliqué ça... encore un stress en plus... Je n'ai pas pris le nom de pédiatre ou médecin, enfin je ne me suis pas posée la question encore mais il va falloir pour ne pas être prise de court. »*

Entretien 14 : « *Ca j'avoue que ça pourrait être plus expliqué, car on ne sait rien sur le suivi de notre bébé après le retour, comment ça s'organise et tout... »*

➤ **Ne pas l'entendre pleurer** (entretien 2)

Entretien 2 : « *Alors moi j'ai quelque chose qui me stresse énormément, c'est de ne pas entendre le bébé la nuit, c'est la chose principale d'ailleurs... »*

« *C'est vraiment de ne pas l'entendre la nuit, et puis qu'après du coup il y ait un souci avec quoi... »*

➤ **Préparer les biberons** (entretien 5)

Entretien 5 : « *C'est quelque chose que je trouve qu'on nous explique pas forcément super bien, on nous dit qu'il faut préparer un biberon, mais on nous dit pas combien il faut lui donner, est ce qu'il faut l'arrêter, est ce que... fin voilà ...* »

4.2. Liées à la mère

➤ **SUTURE**

a. **Douleur** (entretiens 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14)

Entretien 4 : « *Il y a quand même les points un petit peu qui m'angoissent... Car je ne sais pas combien il y en a eu, si c'est beaucoup ou pas, ou c'est ... La peur que ça fasse mal encore longtemps... Enfin oui, c'est bête car j'ai eu la douleur de l'accouchement, je pense que ça ne sera rien à côté de ça mais bon j'y pense...* »

Entretien 7 : « *J'ai eu des points et ça j'avoue que j'appréhende un peu car c'est quand même douloureux là pour m'asseoir sur le lit ou sur les toilettes, j'ai toujours peur...* »

Entretien 9 : « *ça fait mal les points* »

b. **Cicatrisation** (entretiens 1 et 14)

Entretien 1 : « *Après la cicatrisation tout ça, comment ça va se passer, est ce que ça sera comme avant ? Ca je me demande... (se ronge les ongles, anxieuse)* »

Entretien 14 : « *Mais j'ai peur oui, que ça cicatrise mal ou je ne sais pas que ça soit difforme après...* »

c. **Infection** (entretien 1)

Entretien 1 : « *J'ai un peu peur qu'il y ait une petite infection ou quelque chose comme ça, par rapport à la déchirure et à la suture...* »

d. **Reprise du transit** (entretien 7)

Entretien 7 : « *Et encore, je n'ai pas encore eu l'occasion de faire mes selles et ça j'avoue que ça me fait un peu peur, je ne sais pas, peur que ça bouge, c'est vrai que ça j'appréhende beaucoup que ça fasse mal etc...* »

➤ **TRANSFORMATIONS DU CORPS** (entretiens 1, 3, 4, 10, 13, 15)

a. Poids (entretiens 1, 3, 4, 8, 10, 15)

Entretien 1 : « *J'espère vraiment arriver à reperdre tout ce que j'ai pu prendre, au moins pour aller à la plage l'été prochain et ne pas encore ressembler à une femme enceinte... »*

Entretien 4 : « *J'espère bien les perdre, si des fois je veux un deuxième ... je ne vais pas accumuler comme ça ce n'est pas possible, je ne me supporterai plus, et puis pour mon conjoint non plus... je n'ai pas envie de ça. »*

b. Vergetures (entretien 13)

Entretien 13 : « *Ce qui me fait très peur c'est ne pas retrouver mon corps d'avant en fait. Le pire c'est ces vergetures... J'essaye d'hydrater ma peau pour qu'elles s'atténuent au maximum mais je sais que j'aurais des marques... Et c'est vraiment pas joli... »*

➤ **RECUPERER DE LA FATIGUE** (entretiens 3, 11, 12)

Entretien 3 : « *Je suis déjà fatiguée, et j'ai peur de ne pas réussir à récupérer... En plus quand je suis fatiguée, je ne supporte rien... »*

Entretien 11 : « *J'ai un peu peur de ne pas réussir à récupérer de la fatigue accumulée car pour l'instant ça va, mais c'est vrai que quand ça va me tomber dessus aie... Surtout qu'il va falloir se lever la nuit, et nous on a un sommeil de plomb. On est des gros dormeurs d'habitude donc là il va falloir que ça change et ça va sûrement être compliqué... »*

Entretien 12 : « *... de ne pas arriver à dormir assez, de, comment dire, de... (Hésitante), pas de vite m'énerver, mais euh ... de... perdre patience parce que je n'ai pas mon quota de sommeil... »*

➤ **MONTEE DE LAIT AVEC ALLAITEMENT ARTIFICIEL** (entretien 5)

Entretien 5 : « *Je n'ai pas envie d'avoir la montée de lait, avec le lait qui coule, les seins tendus, qui font mal, etc... Non comme je ne veux pas allaiter, j'avoue que je n'ai pas vraiment envie de ça... »*

➤ **REPRISE DU TRAVAIL** (entretien 8)

Entretien 8 : « *Ce qui sera difficile aussi pour moi c'est la reprise du travail car je n'aurais pas beaucoup de temps avec lui avant la reprise, je n'aurais même pas 9 semaines avec lui pour pouvoir en profiter (émue, larmes aux yeux) »*

➤ **INCONTINENCES** (entretien 14)

Entretien 14 : « *Si j'ai peur d'avoir des fuites après plus tard, j'ai une amie comme ça, elle est jeune en plus, c'est horrible... C'est quelque chose à laquelle je pense parfois, en plus c'était un beau bébé... donc ça j'avoue que j'ai très peur (voix nouée) »*

4.3. Liées au couple

➤ **REPRISE DES RAPPORTS**

a. Douleur (entretiens 2, 5, 7, 10, 13, 14)

Entretien 5 : « *c'est vrai que j'ai peur de la reprise de la sexualité, là avec les points ça ne sera pas tout de suite... J'appréhende un peu, enfin j'y ai pensé quoi. J'ai peur que ça fasse mal surtout donc bon ce n'est pas trop à l'ordre du jour... »*

Entretien 7 : « *je pense aussi que nous ne reprendrons pas les rapports tout de suite mais si je pense que ça va m'angoisser : la peur d'avoir mal surtout »*

Entretien 13 : « *Pour la reprise des rapports... du coup ça va me bloquer je pense... Je vais avoir peur que ça recraque tout, et puis je vais avoir peur de la douleur aussi... »*

b. Modifications de la suture (entretiens 7, 13)

Entretien 7 : « *Peur que ça se redéchire après ou que les tissus bougent, enfin je ne sais pas trop comment l'expliquer mais si je pense que ça va me stresser »*

Entretien 13 : « *Pour la reprise des rapports... du coup ça va me bloquer je pense... Je vais avoir peur que ça recraque tout, et puis je vais avoir peur de la douleur aussi... »*

➤ **ETRE A LA HAUTEUR DANS LA RELATION** (entretiens 2, 13)

Entretien 2 : *« j'espère que ça va aller pour la reprise, et puis j'espère aussi que ça va être comme avant, que « j'y arriverai », enfin euh... que je serai à la hauteur quoi... (Gênée) »*

Entretien 13 : *« Par rapport à mon conjoint, je vais culpabiliser, enfin je sais pas trop comment expliquer... je vais euh, m'en vouloir de ne pas être à la hauteur... peut-être par rapport à ce qu'il attend de moi ... ? Vous voyez quoi... »*

4.4. Autres craintes

➤ **Pression de l'entourage** (entretien 1)

Entretien 1 : *« C'est bête mais je stresse plutôt par rapport à la belle-maman, elle n'est pas méchante du tout hein, mais par contre, elle va me stresser c'est sur... elle est de nature très angoissée déjà, et puis avec son expérience de ci, de ça, je n'ai pas fini... ! »*

➤ **Situation financière** (entretien 3)

Entretien 3 : *« Le côté financier m'angoisse un peu... Je verrai bien le 1^{er} mois comment ça se passe, je vais serrer le budget un maximum pour voir avec quoi j'arrive à gérer et après on verra en fonction de ce mois la comment ça va se passer... »*

5. ATTENTES VIS-A VIS D'UNE SAGE-FEMME A LA MATERNITE

A cette question-là, la réponse presque unanime a été que les patientes n'avaient pas vraiment réfléchi à ce qu'elles attendaient d'une sage-femme de maternité. En effet, les attentes particulières des femmes se tournaient principalement vers les sages-femmes de la salle de naissance afin de vivre la naissance de leur enfant telle qu'elles l'avaient imaginée. Les attentes qui ont tout de même pu être recueillies sont dans la continuité de celles des sages-femmes de salle de naissance. Elles attendent de la sage-femme qu'elle soit présente, disponible, mais surtout à leur écoute durant le séjour et aidante dans les gestes et soins qu'elles ont à acquérir.

- **Ces attentes sont respectées pour la majorité des patientes interviewées**
(entretiens 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12).

Entretien 4 : *« Ici à la maternité non tout le monde est super présent et tout... non mais les auxiliaires elles disent qu'on peut les appeler si besoin, et puis les sages-femmes ici que j'ai vu dans le service, elles ont toujours pris le temps... »*

Entretien 8 : *« L'équipe est super, les sages-femmes sont très présentes et disponibles, elles ont bien communiqué avec moi, et m'ont bien conseillée »*

Entretien 10 : *« Je trouve que les sages-femmes sont très à l'écoute de nous. C'est agréable car on se sent un peu perdu pour un premier bébé. Et puis on sait que si on a besoin, on appelle et quelqu'un viendra tout de suite, c'est rassurant ça aussi. »*

- **Pour d'autres ce n'est pas le cas et le problème vient du fait qu'elles ne savent pas vraiment qui est la sage-femme dans le service** (entretiens 2, 5, 7, 13)

Entretien 2 : « *Je n'ai pas trop fait attention, c'est vrai, on voit beaucoup de monde donc j'avoue que je n'ai pas trop fait attention mais bon j'ai à peu près réussi à dissocier qui était la sage-femme, de l'auxiliaire, etc. enfin je crois...* »

Entretien 5 : « *J'essayais de regarder un peu sur les badges mais bon ça va vite, ce n'est pas facile... J'ai repéré pour celles que j'ai vu plusieurs fois..., mais après l'examen de ce matin pour moi ça devait être une sage-femme je pense... mais c'est par déduction.* »

Entretien 13 : « *Les sages-femmes on les voit pas trop en fait, enfin une fois dans la matinée pour l'examen quoi...* » ; « *Je ne sais pas en fait, je pensais peut-être qu'elles prenaient plus le temps au moins... Mais bon elles ont du monde à voir aussi... donc je comprends* ».

- Un autre point a été abordé spontanément par les patientes lors de ces entretiens. En effet, plusieurs d'entre elles disent être perdues entre des **discours discordants** au sein même d'une équipe que ce soit une équipe de sages-femmes, ou d'auxiliaires de puériculture. (entretiens 6, 12, 14)

Entretien 6 : « *Les sages-femmes n'ont pas toutes le même discours du coup on est un peu perdues là-dedans, on essaye de trier un peu le pour et le contre mais ce n'est pas facile.* »

Entretien 12 : « *Par rapport au discours des auxiliaires, elles n'ont pas toutes le même discours, que ce soit pour l'allaitement ou pour les soins du bébé et ça c'est pas facile, donc c'est vrai que nous on se dit du coup qu'on va faire ce qui nous semble le mieux mais bon pour un premier bébé c'est pas évident car on ne sait rien...* »

Entretien 14 : « *Oui parce que des fois, on a un peu tous les discours et ce n'est pas évident de trier...* »

6. CONNAISSANCE DES RELAIS EXISTANTS APRES LE RETOUR A DOMICILE

➤ **Sage-femme libérale** (entretiens 1, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15)

Ce premier relais a été largement abordé lors des entretiens, principalement par les patientes ayant au préalable suivi des cours de préparation à la naissance avec les sages-femmes libérales elles-mêmes.

Entretien 4 : *« On a une sage-femme libérale qui m'a dit que je pouvais l'appeler ou passer la voir à son cabinet si j'avais besoin, pour l'allaitement, le poids ou pour des petites questions... il ne faut pas qu'on hésite. Mais on le fera je pense car c'est une bonne alternative. »*

Entretien 8 : *« J'ai la sage-femme pour les cours de rééducation et puis je sais que je peux l'appeler si j'ai des questions ou si j'ai besoin de conseils. Car peut-être qu'entre temps, une fois que je serais à la maison, j'aurais peut-être d'autres questions qui arriveront donc savoir que la SF est disponible c'est rassurant. »*

Entretien 10 : *« J'ai été suivie par une SF libérale qui m'a dit que s'il y avait quoi que ce soit au retour à la maison, je pouvais les appeler et elles pouvaient se déplacer à domicile pour justement nous aider et répondre aux questions qui viennent au fur et à mesure. »*

➤ **Médecin généraliste** (entretiens 1, 5, 6, 7, 10, 13)

Entretien 1 : *« Je sais qu'il y a mon médecin, médecin généraliste, qui m'a suivi pendant ma grossesse, je n'ai pas eu la fin de suivi avec elle mais elle sera disponible si j'ai besoin. »*

Entretien 6 : *« J'ai mon médecin traitant, certes qui n'est pas à côté mais bon je souhaite le garder car c'est notre médecin de famille donc il connaît toutes nos histoires et puis je tiens à ce que la petite soit suivie par lui aussi. »*

Entretien 10 : *« Pour le suivi de mon enfant, je préfère prendre mon médecin généraliste qui est au courant et qui a accepté »*

➤ **Professionnels de PMI** (entretiens 2, 3, 6)

Ce thème a été abordé uniquement par les patientes ayant été contactées et/ou suivies par la PMI avant l'accouchement.

Entretien 2 : « *Et puis en plus euh, j'ai une SF là, euh de la... euh, PMI, qui est passée beh avant, elle m'a dit que euh beh voilà de toute façon dès que vous avez une question, vous appelez on repasse, y'a pas de souci.* »

Entretien 3 : « *Et puis je sais qu'il y a la PMI à Civray, la sage-femme que j'avais vu pendant la grossesse m'a dit que je pouvais sans hésiter au contraire, la rappeler pour qu'elle repasse après la naissance donc ça ça me rassure aussi beaucoup de ne pas être lâchée dans la nature.* »

Entretien 6 : « *Je sais qu'il y a un pédiatre et des puéricultrices à la PMI ... Et puis elles travaillent toutes en lien là-bas car je suis suivie aussi par une assistante sociale et si j'ai besoin, il y a même une psychologue.* »

➤ **Urgences** (entretiens 2, 7, 8)

Entretien 2 : « *En travaillant ici, je sais qu'il y a les urgences déjà, bon, pour les choses quand même assez graves ou la nuit par exemple* »

Entretien 7 : « *C'est vrai qu'après j'aurais plus tendance à aller aux urgences si vraiment c'est le week-end ou la nuit et que je suis inquiète.* »

QUATRIEME PARTIE :

Discussion

1. DISCUSSION CONCERNANT LA METHODE

1.1. Choix de la méthode qualitative

Le but d'une telle étude est avant tout de recueillir le ressenti des patientes. La méthode nous semblant la plus adaptée pour ce faire est une méthode qualitative. Elle permet d'explorer de manière plus adaptée les sentiments et opinions des populations (20).

1.2. Biais liés à la méthode qualitative

➤ **Biais de sélection de l'échantillon**

Le choix de sélectionner uniquement les primipares a été fait volontairement afin de cibler l'étude vers cette population. Le biais de sélection a toutefois pu être limité en constituant l'échantillon de manière aléatoire (premières accouchées de chaque jour correspondant aux critères d'inclusion de l'étude). Malgré cette précaution, les patientes ayant donné naissance à leur enfant par césarienne ne sont pas représentées, ce qui suppose que d'autres thèmes auraient potentiellement pu être abordés par celles-ci.

➤ **Biais interne**

L'enquêtrice s'est présentée aux patientes comme étudiante sage-femme : ceci a donc pu entraîner un biais interne. En effet, les patientes ont pu alors l'identifier à un professionnel de santé ce qui a pu induire chez certaines des réticences à se livrer et à dire ce qu'elles pensaient réellement.

Afin de minimiser au maximum ce biais, l'enquêtrice a bien précisé en début d'entretien, que celui-ci visait à recueillir anonymement des opinions et des sentiments, sans jugement et que les propos recueillis lors de ces entretiens ne seraient en aucun cas utilisés ultérieurement.

➤ **Biais externes**

Frein de l'enregistrement vocal

L'enquêtrice a préalablement recueilli le consentement écrit des patientes afin d'enregistrer l'entretien à l'aide d'un dictaphone. Cet outil est indispensable pour retranscrire les entretiens sur informatique (20). Bien que la présence du dictaphone ait été acceptée par toutes les patientes, il est possible que certaines d'entre elles se soient senties gênées par le fait d'être enregistrées.

➤ **Biais d'intervention**

- Au cours des premiers entretiens, les interventions de l'enquêtrice étaient fréquentes, à la fois par manque d'expérience de la technique de l'entretien, mais aussi pour rappeler aux patientes le thème précis de cette étude qui était leurs craintes face au retour à domicile et non en rapport avec l'accouchement. Ces interventions pouvaient entraîner des conséquences indésirables.

Ceci pouvait, tout d'abord, induire une sorte de relation « d'enseignant » (l'enquêtrice) à « enseigné » (la patiente) et donc modifier leurs réponses.

Le risque était aussi de diriger le dialogue et de l'interpréter à partir de nos propres opinions. Au fil des entretiens, les interventions de l'enquêtrice ont diminué ce qui a donc considérablement réduit ce biais.

- D'autre part, il n'était pas toujours facile pour les patientes de répondre à des questions ouvertes sur leurs ressentis. Ceci a été d'autant plus remarqué chez la population de patientes de moins de 20 ans. L'enquêtrice a donc utilisé de nombreuses techniques de relance telles que l'écho, le reflet ou l'interrogation (20)(21). Les réponses étaient parfois constituées d'onomatopées ou de signes de tête, l'enquêtrice s'efforçait alors de les faire reformuler. C'est aussi ce pourquoi il y a de nombreuses interventions au cours de certains entretiens.

1.3. Recherche de la validité de l'étude

➤ **Validité interne de l'étude**

La validité interne d'une étude qualitative consiste à rechercher si les données recueillies sont fidèles à la réalité et non dues au hasard (22). La crédibilité des résultats résulte de la subjectivité du chercheur, mais la validité interne de l'étude a pu être démontrée par la méthode de triangulation (20)(22).

La triangulation ou le codage des entretiens par une tierce personne, puis la confrontation des deux analyses a été choisie afin de développer une réflexion et de diminuer la subjectivité en discutant des divergences de codage faisant parfois apparaître de nouveaux thèmes ou sous-thèmes. De plus, la personne impliquée dans la triangulation n'appartenait pas au milieu médical, ce qui a permis d'apporter une sensibilité et une subjectivité différente à l'analyse induisant donc une diminution du biais d'interprétation.

➤ **Validité externe de l'étude**

Ce type de recherche pose le problème de la reproductibilité des résultats (20). La validité externe d'une étude qualitative consiste en la recherche d'une notion de saturation des données. Il s'agit du moment où plus aucun nouveau thème n'est abordé lors des entretiens. Les entretiens ont donc été codés au fur et à mesure. Lorsqu'aucun nouveau thème n'a été abordé durant les 3 derniers entretiens, nous avons pu considérer alors qu'un nombre suffisant de patientes avaient été interrogées et que nous étions arrivés à saturation des données. Dans notre étude, la saturation des données est apparue à hauteur de 15 entretiens, l'effectif total est donc de 15 patientes.

2. DISCUSSION CONCERNANT LES RESULTATS

2.1 Crainces des primipares face au retour à domicile

➤ **L'enfant au cœur des préoccupations**

En accord avec les recherches bibliographiques effectuées en amont de cette étude (23)(24)(25), il est retrouvé que les patientes sont principalement préoccupées par leur enfant lorsque nous leur parlons du retour à domicile.

En effet, les événements que les femmes signalent comme stressants sont, dans un premier temps, centrés sur le nouveau-né. Leurs préoccupations secondaires concernent leur couple. Elles ne relatent spontanément que très peu d'éléments les touchant personnellement.

a) Nous avons d'une part pu noter qu'une angoisse très particulière concernait l'organisation et la gestion du temps à la maison. Après cette première naissance, les femmes se sentent investies d'un nouveau rôle : celui de mère de famille. Surajouté à celui de femme « au foyer » avec les tâches qui en découlent (courses, ménage...), et celui de femme moderne qui reprend une activité professionnelle dès la fin du congé maternité, cela engendre un stress considérable pour elles. Ces tâches, dont elles sont la plupart du temps exemptées en fin de grossesse, resurgissent dans les pensées des femmes dès les premiers jours du post-partum (25). Les patientes ont peur d'être dépassées par les différents rôles qu'elles ont à assumer, tout en ne sachant pas déléguer à leur entourage, la plupart du temps présent. La femme croit devoir tout gérer seule, alors qu'elle n'a pas récupéré de l'épreuve physique qu'est l'accouchement.

Cette fatigue après la naissance, est quelque chose de récurrent dans le discours des femmes ; elles ont l'angoisse de ne pas réussir à la surmonter. Certaines craignent même d'aller jusqu'à « perdre pied avec les pleurs de l'enfant ». Même si cela peut paraître évident, une femme venant d'accoucher a d'abord besoin de repos. C'est à ce moment-là que l'aide de l'entourage, quand il est présent, est primordiale. Les discours relatent clairement que les femmes ressentent le besoin d'être soutenues, aussi bien dans l'apprentissage du « devenir mère » que dans l'exécution des tâches ménagères.

La présence de la famille et/ou des amis non loin du domicile des patientes a été très fréquemment abordée comme étant un facteur rassurant pour le retour à domicile.

A contrario, une grande détresse a pu être recueillie lors de certains entretiens. Ces jeunes mères étaient dans un contexte de solitude extrême, due à un conflit familial ou à l'éloignement géographique de l'entourage. Il est vrai qu'en trente ans, la famille a connu de profonds bouleversements. Elle se renouvelle, s'adapte aux forces auxquelles elle est aujourd'hui soumise. Dans la société actuelle, la femme est très présente sur le marché du travail ce qui ébranle le modèle traditionnel où l'homme était le seul fournisseur des revenus du foyer. En effet, la femme d'aujourd'hui travaille et a tendance même à privilégier sa carrière professionnelle avant de fonder une famille. D'où l'évolution de l'âge moyen auquel les femmes ont leur premier enfant. Cette mobilité professionnelle peut parfois être la cause d'un éloignement géographique voire même d'un déracinement des jeunes mères. Par ce phénomène, l'isolement psychosocial de celles-ci est devenu plus fréquent ces dernières années. La sage-femme de la maternité a un rôle primordial de dépistage de ces situations de grande vulnérabilité. En effet, toutes les aides possibles doivent être mises en œuvre afin que ces femmes ne se sentent pas délaissées après leur départ de la maternité. Bénéficier, par exemple, d'une aide-ménagère leur permettrait de faire l'économie du sentiment d'être débordée à la maison, pour se consacrer plus sereinement au nouveau-né.

Nous avons donc vu qu'après une première naissance, de nombreuses mères craignent de se sentir seules à leur retour à domicile. Compte tenu de la régularité du suivi de grossesse, elles ont véritablement l'impression d'être abandonnées dès lors que l'enfant est né et que les 3 jours à la maternité sont passés. Nous sommes aux antipodes de certaines sociétés traditionnelles où la mère est très entourée après une naissance, souvent même plus après qu'avant (25). Dans notre société, le séjour à la maternité est une période de cocooning intensif où les femmes ont parfois le sentiment de faire l'objet d'une attention quasi invasive, avec des professionnels très voire trop présents. En revanche, à la veille de la sortie de la maternité, elles craignent alors d'être livrées à elles-mêmes avec l'apparition de nouvelles interrogations qui resteraient en suspens. Le soutien familial a, là encore, un rôle primordial. En effet, la famille, et qui plus est la mère de la patiente, en référence à la « matrone » du Moyen-âge détient un rôle privilégié à ce moment-là.

Il a été montré qu'elle était autant voire même plus sollicitée par les nouvelles mères que les professionnels de santé dans cette période du post-partum. La matrone détient l'expérience et le savoir précieux que les jeunes mères envient dans cette période de grands bouleversements.

b) De même, nous avons pu repérer qu'une signification particulière est donnée aux événements touchant aux pleurs de bébé, sujet sensible pour plusieurs patientes. Certaines mères définissent ces pleurs comme un « déchirement » ou ceci va même jusqu'à être de la « torture de l'entendre pleurer ». Elles emploient des mots très forts pour les caractériser alors que c'est, pour un nourrisson, le seul moyen de communication avec son environnement jusqu'à l'acquisition du langage. Les mères les relient principalement à des troubles digestifs, à la faim ou bien à leurs propres capacités à prendre en charge leur enfant. D'où un fort sentiment de culpabilité souvent mal vécu de leur part. Il est fréquemment relaté que les femmes se sentent désarmées face à ces pleurs, elles craignent parfois de ne pas les entendre, ne pas les comprendre ou bien de ne pas savoir les calmer. Ces craintes persistent dans leur esprit bien qu'elles réussissent à les gérer durant le séjour. Là encore, le rôle de la sage-femme et plus globalement de l'équipe de la maternité est prépondérant dans la réassurance de ces jeunes mères. Elles ont besoin d'être confortées dans leurs compétences et d'être félicitées dans leurs gestes.

c) Un autre point particulièrement angoissant pour les femmes concernées était l'allaitement maternel. La perception des mères vis-à-vis de cet élément peut être aussi bien source d'une grande satisfaction que d'un profond désarroi en cas de difficultés. 6 femmes sur les 9 patientes allaitantes ont formulé spontanément des angoisses concernant ce mode d'alimentation et leur retour à domicile. La difficulté de mise au sein ainsi que la douleur de l'allaitement sont particulièrement importantes dans les récits. On voit qu'il y a une forte idéalisation de l'allaitement maternel avec un enjeu important allant presque jusqu'à être l'indicateur de « la bonne mère », au point parfois de se forcer et de devoir même supporter des douleurs très intenses (24). Une fois de plus, la femme se remet directement en cause dans les difficultés avec une « mauvaise qualité de tétons » (patiente 6) ou bien « un manque d'expérience désastreux » (patiente 10). Il faut savoir que l'anxiété des mères est la cause première de l'échec de l'allaitement, d'où l'enjeu de les rassurer sur leurs capacités à mettre en œuvre ce mode d'alimentation.

L'accompagnement et l'aide dans l'allaitement ne doit pas s'arrêter à la sortie de la maternité. Il est vrai que certaines mères se sentent, dès les premiers jours, à l'aise avec ce mode d'alimentation mais ce n'est pas pour autant qu'à leur retour à domicile elles ne nécessitent plus de soutien ou de conseils. D'autres femmes éprouvent plus de difficultés à sa mise en place durant le séjour. Elles ont alors besoin d'une attention particulière et personnalisée de l'équipe. Ceci nous montre l'importance d'un suivi personnalisé aussi bien à la maternité que sur le long terme. La peur de « manquer de lait » après une certaine durée d'allaitement les fait fréquemment douter, allant même parfois jusqu'à les faire arrêter, à contre cœur ce mode d'alimentation. L'existence de professionnels disponibles au retour à domicile est un facteur rassurant, et indispensable à la pérennité de l'allaitement maternel.

d) En cas de problème de santé du nouveau-né, les femmes ont là encore tendance à se mettre en cause et à développer un fort sentiment de culpabilité. Le manque de confiance en elles est prépondérant dans les discours recueillis lors des entretiens. Les femmes se sentent paniquées à l'idée que leur enfant ; « cet être totalement dépendant d'elles » ; puisse être malade. Elles craignent de ne pas savoir quoi faire, et d'être alors jugées comme de mauvaises mères. Elles ont tendance à imaginer le pire, certaines seraient même prêtes à faire des « stages de premiers secours aux nouveau-nés » tellement l'angoisse est grande.

Le sentiment d'impuissance face aux pleurs, aux coliques et à la maladie de l'enfant déstabilise les femmes. Elles n'arrivent plus à répondre ou décoder leurs besoins. Elles se voient alors envahies par le fort sentiment de culpabilité d'être une « mauvaise mère ». Sentiment qu'elles ont d'autant plus de mal à surmonter si d'autres facteurs se surajoutent (difficultés de mise au sein, fatigue, crevasses...). L'écoute des femmes, de leurs craintes et besoins, à la maternité est primordiale pour une prise en charge adaptée du post-partum à court et long terme.

➤ **Un couple mis entre parenthèse**

Nous avons pu remarquer que les nouvelles mères, durant le séjour à la maternité, mettent leur couple entre parenthèse pour se centrer sur leur enfant. Bien qu'elles aient spontanément peu d'inquiétudes vis-à-vis de leur couple, la reprise de la sexualité reste une source d'angoisse prépondérante chez la femme. Etant à J2 du post-partum, elles avouent ne pas y avoir vraiment pensé, même si la peur de la douleur au moment des rapports a été évoquée à plusieurs reprises lors des entretiens. Celle-ci reste à corrélérer avec la présence de lésions périnéales puisque la cause principale de douleurs dans le post-partum est due aux lésions périnéales de l'accouchement (26). Qui plus est, les femmes restent plutôt sereines quant au devenir de leur vie de couple. Elles sont conscientes, pour la plupart, de la nécessité de conserver des moments à deux bien qu'elles avouent avec émotion, la difficulté qu'elles auront à laisser pour la première fois leur enfant à garder. La communication et l'échange des besoins et attentes de chacun des deux partenaires semblent être perçu comme étant la clef pour reprendre une vie sereine, non plus à deux mais à trois.

2.2 Attentes vis-à-vis d'une sage-femme à la maternité

a) La première chose que nous pouvons noter est que les femmes sont centrées sur le vécu de leur accouchement. En effet, il a fallu, à plusieurs reprises, resituer le contexte de l'étude afin de ne pas dévier sur leurs attentes vis-à-vis du personnel de salle de naissance. Les femmes attendent beaucoup du moment de la naissance de leur enfant, elles ont idéalisé ce moment à tel point que celui-ci reste encore prépondérant dans le discours des femmes à la maternité.

b) Dans un second temps, nous pouvons affirmer que les femmes sont globalement satisfaites de leur séjour à la maternité. Les professionnels qui les accompagnent dans leur nouveau rôle de mère (aussi bien sages-femmes qu'auxiliaires de puériculture) répondent à leurs demandes et besoins. En revanche, l'organisation du service fait des suites de couches une expérience souvent éloignée de ce qu'elles avaient imaginé. Elles déplorent principalement la difficulté qu'elles ont à se reposer, due majoritairement au bruit ainsi

qu'aux nombreux passages des membres de l'équipe dans les chambres. Elles notent aussi qu'elles n'arrivent pas à discerner les nombreux visages qu'elles voient durant une journée et qu'il est donc difficile d'établir une relation de confiance avec les professionnels. Qui plus est, les conseils prodigués (essentiellement concernant l'allaitement) sont contradictoires et donnent parfois lieu à des informations en décalage avec leurs intuitions. La mère n'a donc guère la possibilité de soumettre ses propres idées, ce qui la place d'autant plus en position d'ignorant face au professionnel. Voilà de quoi déstabiliser cette mère en devenir.

c) Suite aux nombreuses remarques qui ont pu être faites dans la partie précédente, nous pouvons assurer que les femmes sont en constante remise en question dans ces premiers jours du post-partum. Elles sont donc en quête d'un soutien de la part de la sage-femme de la maternité et plus généralement de l'équipe soignante. En effet, cette première expérience les place dans une position de fragilité qui les rend plus vulnérables aux complications psychiques du post-partum. Les femmes recherchent des conseils et des compétences médicales de la part de la sage-femme, mais elles recherchent avant tout une relation personnalisée et humaine avec elle. D'après la thèse sur la confiance des primipares de la grossesse au post-partum (27), la sage-femme semble être le professionnel privilégié qui permet de rassembler les qualités humaines avec le savoir médical et qui accorde davantage de temps, de disponibilité et d'écoute aux femmes. Elle représente la figure maternelle dans notre société où la transmission du savoir mère-fille est peu présente voire absente. La priorité consiste donc à proposer une aide ajustée aux besoins. Les mères ont besoin d'être épaulées sur des questions précises et différentes selon le vécu antérieur de chacune d'elles. Elles sont demandeuses de conseils avisés, aussi bien sur l'allaitement, les pleurs du bébé que pour elles-mêmes, suite à une épisiotomie par exemple.

De nombreuses mères ont abordé leur envie de rentrer chez elles rapidement, en sachant que les relais avec la sage-femme libérale ou le médecin traitant étaient déjà mis en place. Mais toutes nuançaient leur discours, en précisant bien qu'elles étaient conscientes des choses qu'elles avaient à acquérir durant le séjour. L'accompagnement fourni par l'équipe semble satisfaire les femmes qui se sentent réellement épaulées durant cette grande période de transition.

2.3 Connaissance du réseau périnatal de Vienne

Le premier constat qui peut être fait concernant les acteurs du réseau périnatal est que les femmes placent les sages-femmes libérales comme interlocutrices privilégiées du suivi post-natal. Cette affirmation doit être nuancée puisqu'elle est d'autant plus vraie lorsque les femmes ont suivi des cours de préparation à la naissance pendant la grossesse. En effet, les sages-femmes libérales exposent aux femmes la possibilité de leur visite à domicile après la naissance, si elles en ressentent le besoin. Il est vrai que les femmes, à la veille de leur sortie de la maternité, envisagent fréquemment la visite de la sage-femme dans les jours suivant leur retour à domicile. Elles évoquent ceci comme quelque chose de rassurant, leur permettant d'aborder d'éventuelles questions pouvant apparaître une fois rentrées. Lorsque les femmes n'ont pas fait de cours de préparation à la naissance, le médecin généraliste est fréquemment sollicité pour le suivi post-natal de la mère et de l'enfant. Ce relais est très souvent organisé par les femmes avant même la naissance pour une question à la fois de proximité de son cabinet mais aussi d'organisation personnelle. En effet, il s'avère être difficile de trouver aussi bien un gynécologue de ville qu'un pédiatre pour le suivi ultérieur respectivement de la mère et de l'enfant.

Le deuxième constat que nous pouvons faire concernant la connaissance des acteurs du réseau périnatal est que la majorité des femmes interviewées ne connaissaient pas les services de la PMI. Seules celles ayant été sollicitées ou suivies par l'un des acteurs de ce service durant la grossesse connaissaient ses différentes missions. Il est important de noter que ce service est pourtant gratuit et accessible à tous. Au vu de l'état de stress et d'angoisse dans lequel se trouvent les mères à la veille du retour à domicile, il pourrait être judicieux de leur exposer cet outil de manière plus systématique. La difficulté de mise en place de cette information à la maternité vient certainement du fait que notre système est très cloisonné. Les professionnels hospitaliers connaissent-ils suffisamment ce dispositif? Se sentent-ils suffisamment à l'aise avec cet outil pour le conseiller aux femmes? Ces questions doivent se poser afin d'améliorer la mise en place de liens entre les professionnels de la maternité et ceux concernés par le suivi post-natal à domicile.

3. PROPOSITIONS POUR AJUSTER LA PRISE EN CHARGE A LA MATERNITE PAR RAPPORT AU RESEAU PERINATAL EXISTANT

Suite aux constats faits précédemment, quelques propositions peuvent être suggérées afin d'optimiser la prise en charge des sorties de la maternité du couple mère-enfant.

L'évaluation du plan périnatalité 2005-2007 (28) a souligné l'importance de renforcer l'accompagnement post-natal.

➤ Dépliants

Les mères sont rassurées par des réponses bien définies à leurs questions. Elles ont besoin de repères, et de notions clefs dans cette période de grande incertitude. De nombreux supports papiers ont été créés par le conseil général, la PMI, la HAS et sont renouvelés régulièrement au gré des nouvelles recommandations. Ils abordent de nombreux thèmes tels que l'allaitement maternel, artificiel, les conseils de couchage de l'enfant, la vaccination entre autre. De même, de nombreuses informations sont fournies dans le carnet de suivi maternité délivré aux femmes pendant la grossesse ou bien dans le carnet de santé de l'enfant délivré lui à la sortie de la maternité.

Il pourrait être discuté de fournir aux femmes un dépliant ou bien une fiche « mémo » avec le nom et les coordonnées des principaux acteurs du suivi post-natal, que ce soit concernant le versant maternel ou pédiatrique. Les mères se sentent perdues, et ne savent pas à qui s'adresser en cas d'urgence. Ceci pourrait être une alternative à leur angoisse. L'existence d'associations ou d'ateliers (aide à l'allaitement, massages du nouveau-né par exemple) pourrait également être promue sur ce support papier.

Mais est-ce la meilleure façon de communiquer avec ces femmes, elles qui sont en quête d'une relation plus personnalisée et humaine avec les professionnels de la maternité ? Nous pouvons aussi nous demander si ce flot de documents remis avant le départ est réellement lu ? Et cela ne soulève-t-il pas d'autres questions une fois rentrées à domicile ?

➤ **Suivi soutenu et prolongé**

Les interventions intensives proposées en période postnatale se sont révélées plus efficaces que celles faites durant la grossesse. Elles ont une action non seulement sur la prévention de la DPN mais aussi sur les interactions parents-enfants. L'efficacité, à court et long terme, du soutien postnatal prolongé à domicile a été démontrée. Les femmes ayant bénéficié du suivi par une sage-femme sont en meilleure santé et présentent moins de symptômes dépressifs que les autres. Elles sont davantage satisfaites du suivi et ont moins recours au système de soins (28).

➤ **Séances de préparation à la parentalité**

Depuis 2008, deux séances de « préparation à la parentalité » réalisées dans le post-partum ont été mises en place (2). Elles sont dans la continuité des séances de préparation à la naissance réalisées pendant la grossesse. Il s'agit de séances individuelles, réalisées au cabinet ou à domicile par une sage-femme libérale entre le 8^e jour suivant l'accouchement et la consultation post-natale. Toutes les femmes en faisant la demande sont susceptibles d'y participer. Ces séances comportent des actions de prévention et de suivi éducatif en fonction des besoins de chacune. Elles sont actuellement prises en charge intégralement au titre de l'Assurance Maternité.

De même, afin de renforcer le besoin d'accompagnement des mères, la HAS propose un « entretien postnatal précoce » (réalisé préférentiellement entre J8 et J15 suivant l'accouchement). Celui-ci 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 (2).

Ces séances ne sont pas pratiquées sur Poitiers et ses alentours. Peut-être serait-ce une piste pour compléter les informations reçues à la maternité et répondre le cas échéant aux questions apparaissant par la suite à domicile. Ces séances pourraient aussi permettre le meilleur dépistage des DPN.

➤ **Coordonnées de la PMI par secteurs à disposition**

Il existe déjà, dans le carnet de santé de l'enfant, la carte de la PMI par secteur ainsi que les coordonnées des personnes à joindre en fonction de son lieu de domicile. Cette plaquette écrite est-elle suffisante ? Au vu des craintes évoquées par les primipares face au retour à domicile, l'information orale par les sages-femmes de la maternité concernant l'existence de la PMI ne devrait-elle pas être fournie plus systématiquement aux jeunes mères ? En effet, celle-ci appuierait l'information écrite et permettrait un soutien supplémentaire pour les femmes.

➤ **Association d'usagers**

Elles peuvent également apporter un soutien important aux parents : écoute, forums en ligne, réunions de groupe, rassemblements autour d'ateliers etc. Ceci pourrait pallier entre autre à l'isolement psychosocial dont certaines femmes sont victimes.

➤ **Mise en place du PRADO**

Le PRADO, mis en place depuis 2010, est maintenant étendu à toutes les régions de France. Les conditions d'admission des femmes à ce programme semblent s'élargir au fil du temps. Il s'organise en 2 visites. En fonction de l'évaluation clinique de la mère et de son nouveau-né, la sage-femme met fin à la prise en charge ou la poursuit si les signes pathologiques rentrent dans son champ de compétences. Dans le cas contraire, elle réoriente vers un praticien de ville ou une ré-hospitalisation. Ce dispositif comporte toutefois des limites, principalement dues à la répartition démographique des sages-femmes libérales. Il ne doit pas substituer aux organisations préexistantes comme la PMI, les réseaux ville-hôpital et le suivi post-natal libéral. Nous n'avons pas encore assez de recul concernant la mise en place de ce programme bien qu'il semble que les mères soient très satisfaites de cette expérience.

4. OUVERTURES SUITE A L'ETUDE

Ce type d'étude ; qualitative, est très intéressant pour obtenir tout le panel de réponses possibles à une question posée. En revanche, si nous souhaitons évaluer les différentes craintes face au retour à domicile en recherchant la proportion de celles-ci dans la population, il faudrait réaliser une étude quantitative en s'appuyant sur nos résultats, avec alors un effectif de patientes plus important.

Notre étude ne s'intéresse qu'à la population de primipares mais ne serait-il pas intéressant d'y inclure les multipares ? Ces femmes font certainement face à d'autres difficultés dans le post-partum qu'il serait aussi intéressant d'étudier.

De même, malgré la sélection aléatoire de nos patientes, aucune n'a donné naissance à son enfant par césarienne. Afin de compléter nos résultats, les patientes césarisées pourraient être incluses dans une étude future.

Une autre piste d'ouverture pourrait concerner le PRADO. En effet, ce programme semble avoir été bien accepté aussi bien par les professionnels que par les patientes. Mais ne serait-il pas intéressant d'évaluer la satisfaction des usagères ayant bénéficié de ce programme à distance de la naissance ?

Conclusion

Notre étude avait pour but de recenser les craintes des primipares face au retour à domicile, leurs attentes vis-à-vis de la sage-femme et leurs besoins durant le séjour à la maternité.

Ce séjour constitue une étape charnière dans la vie d'une jeune mère. A une époque où la transmission transgénérationnelle des savoirs n'est plus forcément la règle, les femmes attendent parfois beaucoup de cette hospitalisation. En quelques jours à la maternité, les femmes doivent faire connaissance avec leur enfant, apprendre les premiers soins qu'elles devront prodiguer et acquérir une autonomie suffisante pour un retour à domicile dans les meilleures conditions. Les femmes sont, après quelques jours, fréquemment impatientes mais surtout très anxieuses à l'idée de rentrer à domicile. Elles se mettent, elles et leur couple entre parenthèse puisque leurs inquiétudes sont centrées sur ce petit être mystérieux et si « fragile ». Après le suivi régulier de la grossesse, et le cocooning de la maternité, elles ont peur d'être seules et de se sentir démunies une fois rentrées. Les femmes d'aujourd'hui manquent de confiance en elles, elles ont peur de mal faire, peur d'être jugées comme des « mauvaises mères ». Elles se remettent en question et se rabaisent à chaque difficulté. Il est primordial de les rassurer sur leurs compétences et leurs facultés à s'occuper de leur enfant. Cette réassurance fait partie intégrante du rôle de la sage-femme aussi bien durant le séjour à la maternité que sur le long terme. La sage-femme reste l'interlocutrice privilégiée dans la période du post-partum. Elle réunit à la fois les connaissances médicales et l'attitude d'écoute et d'empathie que les femmes recherchent. Elle a la capacité de créer une relation humaine et personnalisée avec la femme.

La politique actuelle en matière d'économie de la santé étant à la réduction des durées de séjours en maternité, proposer un suivi plus systématique du couple mère-enfant à domicile semble nécessaire. Dans cette période délicate qu'est le post-partum, les femmes ont besoin d'être soutenues, et ce, pas uniquement les trois ou quatre jours qui suivent l'accouchement. Des relais se développent afin de les accompagner au mieux dans leurs premiers pas à domicile. Le réseau de sages-femmes libérales, les services de la PMI, par exemple sont accessibles aux femmes qui en ressentent le besoin une fois rentrées.

De même, des associations d'usagers ont été créés et permettent aux femmes de partager et d'échanger autour de certains thèmes (comme l'allaitement, les massages aux nouveau-nés...). De la même manière, et même s'il semble encore imparfait, le programme d'accompagnement au retour à domicile (PRADO) paraît être une bonne piste pour systématiser la visite d'une sage-femme libérale au domicile des patientes. Elle permettrait d'échelonner la distribution des informations tout en privilégiant un interlocuteur unique et compétent dans le suivi post-natal. Ainsi, il serait beaucoup plus aisé de valoriser les compétences de chaque femme à être mère et de la soutenir dans sa parentalité.

Bibliographie

1. CAVILLON M. La profession de sage-femme : constats démographique et projections d'effectifs. DREES. mars 2012;(791).
2. HAS - Argumentaire scientifique - Sortie de maternité après accouchement [Internet]. [cité 28 oct 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/argumentaire_scientifique_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
3. LANSAC J, MAGNIN G. Le Post-partum. Obstétrique pour le praticien. 3ème édition. Paris: Masson; 2008. p. 413-421.
4. BLONDEL B, KERMARREC M. Enquête Nationale Périnatale 2010 - Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 [Internet]. Unité de Recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants; 2011 mai [cité 16 mars 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
5. Consultation des tableaux statistiques - Evolution âge des primipares [Internet]. Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie. [cité 28 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.audipog.net/tablostat.php>
6. DAVIE E. Un premier enfant à 28 ans [Internet]. Institut National de la Statistique et des études économiques. [cité 28 janv 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1419
7. BLONDEL B, SUPERNANT K, DU MAZAUBRUN C, BREART G. Enquête Nationale Périnatale 2003 - Situation en 2003 et évolution depuis 1998 [Internet]. INSERM; 2005 févr [cité 28 janv 2015]. Disponible sur: http://lara.inist.fr/bitstream/handle/2332/1299/Inserm_enquete.pdf%3Fsequence=1
8. DUPONT C, RUDIGOZ R-C, CORTET M, TOUZET S, COLIN C, RABILLOUD M, et al. Incidence, étiologies et facteurs de risque de l'hémorragie du post-partum : étude en population dans 106 maternités françaises. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Masson. mars 2014;244-253.

9. BARBIER A, POUJADE O, FAY R, THIEBAUGEORGES O, LEVARDON M, DEVAL B. La primiparité est-elle le seul facteur de risque des lésions du sphincter anal en cours d'accouchement? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. févr 2007;101-106.
10. Allaitement maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant [Internet]. [cité 28 janv 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf
11. DANION-GRILLIAT A, SIBERTIN-BLANC D, MORO M-R, ZIMMERMANN M-A. Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum [Internet]. [cité 28 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.maman-blues.fr/images/documents/mediatheque-documentation/LES-TROUBLES-PSYCHIQUES-DE-LA-GROSSESSE-1.pdf>
12. La morbidité hospitalière : définitions et méthodes [Internet]. DREES - Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2009 août [cité 28 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-morbidite-hospitaliere-definitions-et-methodes,3368.html>
13. VAUTRIN E, FONTAINE A, LANBA P, GUERIN V, ENGELMANN P. Durée du séjour en maternité après un accouchement normal : des points de vue divergents. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Masson. Paris; 2000;94-101.
14. Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE [Internet]. [cité 29 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2013.pdf>
15. Consultation tableaux statistiques - Evolution durée séjour 1996-2010 et durée séjour 2010 [Internet]. Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie. [cité 29 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.audipog.net/tablostat.php>
16. UMA R, KOTAGAL, HARRY D, ATHERTON, RAFIAT ESHETT, SCHOETTKER, et al. Safety of early discharge for medicaid newborns. *Journal of the American Medical Association*. sept 1999;1150-1156.

17. PRADO maternité : la CPAM vous accompagne après votre accouchement. [Internet]. L'Assurance Maladie. [cité 5 janv 2015]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-pau/en-ce-moment/prado-maternite-accompagnement-post-accouchement_pau.php
18. DESCAMPS P. Brève du Collège : le PRADO [Internet]. 2013 [cité 5 janv 2015]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/breves29.pdf
19. COLLET M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. DREES [Internet]. sept 2008 [cité 6 janv 2015];(660). Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/080929_drees_enq_satisfaction_mater.pdf
20. ALAMI S, DESJEUX D, GARABUAU-MOUSSAOUI I. Les méthodes qualitatives. Puf. Paris; 2013. 124 p.
21. BLANCHET A, GOTMAN A. L'enquête et ses méthodes - L'entretien. Armand Colin. Paris; 2013. 128 p.
22. ANDREANI J-C, CONCHON F. Les méthodes d'évaluation de la validité des enquêtes qualitatives en marketing [Internet]. [cité 27 mars 2015]. Disponible sur: http://www.escp-eap.net/conferences/marketing/pdf_2003/fr/andreani_conchon.pdf
23. RAZUREL C, BENCHOUK M, BONNET J, EL ALAMA S, JARABO G, PIERRET B. Comment les mères primipares font-elles face aux événements de la naissance dans le post-partum ? Une démarche qualitative. La Revue Sage-femme. nov 2010;9(5):240-249.
24. EMMANUEL E, CREEDY D, FRASER J. What mothers want: A postnatal survey. Australian College of midwives incorporated. déc 2001;14(4):16-20.
25. ONG SF, CHAN W-CS, SHOREY S, CHONG YS, KLAININ-YOBAS P, HE H-G. Postnatal experiences and support needs of first-time mothers in Singapore : A descriptive qualitative study. Midwifery [Internet]. 2013 [cité 15 avr 2014]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613813002854>
26. MORIN C, LEYMARIE M. La douleur périnéale en post-partum : revue de littérature. La Revue Sage-Femme. déc 2013;(12).

27. LETHU ABTEY C. La confiance chez les femmes primipares de la grossesse au post-partum [Thèse d'exercice en Médecine Générale]. [Université de Nantes]; 2008.

28. Plan « Périnatalité » 2005 - 2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité » [Internet]. DREES - Ministère des Affaires sociales et de la Santé; [cité 4 avr 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf

Annexes

Annexe I

Trame d'entretien

➤ LES CRAINTES

1. pour votre bébé :

Avez-vous peur de ne pas réussir à trouver vos marques chez vous ?

Avez-vous peur de ne pas être à la hauteur = de ne pas être « une bonne mère » ?

➤ *Compétence de mère*

Peur de ne pas savoir comment « tout gérer » à la maison ?

➤ *Organisation logistique*

Avez-vous peur de ne pas l'entendre pleurer ?

Avez-vous peur de ne pas vous comprendre ?

Avez-vous peur de ne pas réussir à calmer ses pleurs ?

➤ *Pleurs*

Avez-vous peur de la suite de l'allaitement maternel/artificiel ?

De ne pas savoir combien il prend au sein ? S'il mange assez ?

Peur qu'il ne prenne pas de poids ?

➤ *Allaitement*

Avez-vous peur de ne pas savoir comment vous y prendre avec lui ?

Avez-vous peur de ne pas savoir comment lui faire prendre un bain à votre bébé ?

➤ *Peur des soins/ de le manipuler*

Stressée par la reprise du travail, le mode de garde ?

Peur de la future séparation ?

2. pour vous :

Avez-vous peur de vous **sentir délaissée**, par le fait que votre entourage se tourne davantage vers votre enfant ?

Est-ce que vous savez ce qu'est le **baby blues** ? Est-ce que cela vous stresse ?

Y-a-t-il des choses concernant les complications médicales possibles liées à l'accouchement qui vous stresse ?

- ne pas **retrouver votre corps** d'avant grossesse (ventre, seins) ?
- **points de suture** lâchent ?
- Douleurs ?
- Saignements ?

3. pour votre couple :

Avez-vous peur de ne plus avoir de **temps à deux** pour votre couple ?

Avez-vous peur de ne pas réussir à reprendre une **sexualité** avec votre conjoint / peur d'avoir mal ?

Avez-vous peur que votre conjoint ne vous **désire** plus ?

➤ LES ATTENTES

Comment imaginiez-vous la relation entre vous et les sages-femmes de la maternité ?

Et par rapport à ceci, qu'en pensez-vous ?

➤ RESEAU PERINATAL

Avez-vous eu des informations pour savoir vers qui vous tourner si besoin à votre retour à domicile ?

Quels relais peuvent vous accompagner après la sortie de la maternité (visites à domicile...) ?

Par qui avez-vous eu ces informations ?

Annexe II

INFORMATION AU PATIENT

N° DU PATIENT :

Je me présente : je suis Clémence THOUBEY, étudiante en 2^e année de master à l'Ecole de Sages-femmes de POITIERS.

Je réalise une enquête concernant les craintes des patientes face au retour à domicile après l'accouchement, en vue de l'obtention de mon Diplôme d'Etat. Je vous invite donc à participer à celle-ci afin d'améliorer nos pratiques dans le secteur de la maternité.

Je vous propose de nous rencontrer lors d'un entretien durant lequel vous pourrez exprimer librement vos craintes vis-à-vis du retour à domicile, qu'elles concernent votre enfant, votre conjoint, votre couple ou vous-même...

Face à ces craintes, vous pourrez me dire ce que vous attendez de la sage-femme à la maternité.

Pour recueillir les informations nécessaires à mon étude, notre discussion, d'une demi-heure environ, se déroulera dans votre chambre, en présence de votre enfant.

Avec votre accord, celle-ci sera enregistrée à l'aide d'un dictaphone, dans le but de retranscrire vos propos le plus justement possible et dans l'anonymat le plus complet. Vous ne serez pas recontactée ultérieurement.

Si vous acceptez de participer à cette étude, je vous remercie de bien vouloir remplir le formulaire de consentement ci-joint.

Je vous remercie, également, d'avoir pris le temps de lire cette information.

Bien cordialement,

Clémence THOUBEY

Pour tout autre renseignement concernant l'étude, n'hésitez pas à me contacter, soit par téléphone au 06.14.24.23.67, soit par mail : clemence.thoubey@laposte.net.

Annexe III

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

N° DU PATIENT :

- Je confirme avoir lu le formulaire ci-joint et avoir reçu des explications suffisantes concernant l'étude en elle-même et ses modalités de réalisation.
- Je confirme avoir reçu un exemplaire signé du formulaire de consentement.
- Par la signature de ce formulaire, je donne mon accord pour participer à l'étude.

Nom du patient :

Date :

Signature :

Nom de la personne obtenant le consentement :

Signature :

ANNEXE IV

CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

Patiente	âge	G	P	Contexte familial	Profession	Précarité	PNP	Nombre	Par qui?	Accouchement	Déchirure	type?	Allaitement
1	26	1	1	en couple	Vendeuse	0	Non			AVB	Oui	Simple	AM
2	37	1	1	en couple	ASH	0	oui	8	SF hosp	AVB	oui	superficielle	AM
3	19	1	1	seule	ASH	1	Non			Extrac instrum	oui	superficielle	AA
4	29	1	1	en couple	enseignante	0	oui	8	SF lib	AVB	oui	simple	AM
5	30	1	1	en couple	chargée clientèle	0	Oui	8	SF lib	Extrac instrum	Oui	simple	AA
6	26	2	1	seule	Agent entretien	0	Oui	8	SF PMI	AVB	oui	simple	AM
7	28	1	1	en couple	Secrétaire	0	oui	8	Sf Lib	AVB	Oui	PC type 3a	AA
8	34	2	1	en couple	Commerciale	0	oui	8	SF lib	Extrac instrum	Oui	simple	AA
9	19	1	1	seule	étudiante	1	oui	8	SF PMI	AVB	Oui	simple	AA
10	32	2	1	en couple	Responsable	0	Oui	8	SF lib	AVB	Non		AM
11	33	1	1	en couple	éducateur sport	0	oui	8	SF lib	AVB	Oui	superficielle	AM
12	27	3	1	en couple	AS	0	oui	8	SF Lib	AVB	oui	superficielle	AM
13	22	1	1	en couple	Vendeuse	0	oui	8	SF Lib	Extrac instrum	oui	superficielle	AA
14	37	6	1	en couple	sans	0	non			Extrac instrum	oui	PCNC	AM
15	24	1	1	en couple	AS	0	oui	8	SF Lib	AVB	Non		AM

Summary

Introduction: To give birth for the first time is quite a difficult experience. And the period of time spent in hospital after delivery seems to have decreased these last years. That is why we were interested in how mothers are prepared to go home from hospital with their child.

Methods: To answer this question, we led a qualitative study. The patients were interviewed two days after delivery according to a wide range of large questions about their fears concerning the discharge from hospital, and about their expectations of the postnatal ward's midwife as well.

Results: First-time mothers are extremely worried about going back home with their child. Positioning as novices, they are invaded by a strong feeling not to be a "good enough mother" which makes them more vulnerable to post-partum's complications. They expect advice and support from the midwife but especially a personalized and human relationship.

Conclusion: There is a problem of lack of knowledge from perinatal network surrounding because women are afraid to feel alone and helpless when they will be back home. They have difficulties to be confident in their skills as new mothers. The supporting role of the midwife is essential at this step of discharge from postnatal ward. Moreover, today, it seems to be essential to organize postnatal visits at home by professionals as midwives.

Keywords: first-time mother; fears; discharge from maternity; expectations; perinatal network

Résumé

Introduction : La naissance d'un premier enfant n'est pas simple pour les jeunes mères. Or la durée de séjour à l'hôpital après un accouchement tend à diminuer ces dernières années. Nous nous sommes donc intéressés à la préparation des primipares face au retour à domicile.

Matériel & Méthode : Pour répondre à cette problématique, une étude qualitative a été menée. Les patientes incluses ont été interrogées, à J2 du post-partum, selon une trame de questions ouvertes sur leurs craintes concernant le retour à domicile, ainsi que sur leurs attentes vis-à-vis d'une sage-femme de la maternité.

Résultats : Les primipares sont extrêmement angoissées par le retour à domicile avec leur enfant. Se positionnant comme novices, elles sont envahies dès les premiers jours par la peur de mal faire, d'être jugée comme des « mauvaises mères ». Un fort sentiment de culpabilité les habite. Elles attendent de la sage-femme des conseils, du soutien, mais aussi et surtout une relation personnalisée et humaine.

Discussion : L'enfant est au cœur des préoccupations de cette période du post-partum. Elles se mettent elle et leur couple entre parenthèse afin de répondre au mieux aux besoins de leur enfant. Une remise en question globale se fait d'où la grande vulnérabilité des femmes dans cette étape de leur vie. Au vu de ces constats, un soutien approprié et prolongé dans le post-partum semble s'imposer.

Conclusion : La problématique de la connaissance du réseau périnatal se pose puisque les femmes craignent de se sentir seules et démunies une fois rentrées. Les mères ont du mal à avoir confiance en leurs compétences et sont, pour la plupart, en quête d'un soutien physique et moral, aussi bien de la part de leur entourage que des professionnels de la maternité. Le rôle d'aide et de soutien de la sage-femme est indispensable dans cette étape charnière qu'est la sortie de la maternité. De plus, la mise en place de relais à domicile semble aujourd'hui indispensable à l'accompagnement des femmes dans la parentalité. Le PRADO ne serait-il pas alors une bonne alternative ?

Mots clefs : primipare ; craintes ; retour à domicile ; réseau périnatal ; attentes