



HAL
open science

Les séances postnatales : un soutien à la parentalité ?

Marine Ottaviani

► **To cite this version:**

Marine Ottaviani. Les séances postnatales : un soutien à la parentalité?. Médecine humaine et pathologie. 2011. hal-01882135

HAL Id: hal-01882135

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01882135>

Submitted on 26 Sep 2018

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

Université Henri Poincaré Nancy 1

Ecole de sages-femmes de Metz

***LES SEANCES POSTNATALES :
un soutien à la parentalité ?***



Mémoire présenté et soutenu par Marine OTTAVIANI

Née le 16 mai 1987

Promotion 2007-2011

« Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur »

REMERCIEMENTS

Je tiens particulièrement à remercier Mme HALBUTIER (sage-femme libérale et directrice de ce mémoire), et Mme VELLA (psychologue) pour l'aide et le soutien qu'elles m'ont apporté, ainsi que tous les professionnels ayant permis l'élaboration de ce travail.

Je remercie également mes proches qui ont toujours été présents et, qui m'ont entouré et soutenu depuis le début de ma formation.

SOMMAIRE

Introduction.....	4
<u>PARTIE 1 : Les concepts.....</u>	5
1. LA PARENTALITE : émergence d'un concept.....	6
1.1. La définition et l'historique.....	6
1.2. Le processus de parentification : une approche psycho-sociale de la parentalité...7	7
1.3. Du désir d'enfant à l'enfant réel : un parcours psychique.....	8
1.3.1. La naissance du désir d'enfant.....	8
1.3.2. De l'enfant imaginaire à l'enfant réel.....	10
1.4. La période du post-partum : une mère à toute épreuve.....	13
1.4.1. La Maternité et la maternalité.....	13
1.4.2. L'après naissance, une période de transition.....	15
1.4.3. Quand « le baby blues » s'en mêle.....	15
1.4.4. Le retour à la maison, une nouvelle vie qui commence.....	16
2. La préparation à la naissance et à la parentalité : un moyen d'accompagnement à la parentalité.....	18
2.1. L'historique : un véritable concept.....	18
2.2. Le cadre législatif	19
2.2.1. En France.....	19
2.2.2. Au niveau international.....	19
2.3. Le cadre réglementaire.....	20
2.3.1. Les objectifs.....	20
2.3.2. La sage-femme : professionnelle au cœur de cette PNP.....	21
2.3.3. Le contenu des séances.....	22
2.4. L'accompagnement après la naissance.....	25
2.4.1. L'intérêt des groupes de parole	25
2.4.2. Les séances à la maternité.....	26
2.4.3. Les séances après le retour à domicile.....	27
<u>PARTIE 2 : L'étude.....</u>	29
1. La présentation de l'étude.....	30
1.1. La problématique, les hypothèses et les objectifs.....	30
1.1.1. La problématique.....	30

1.1.2. Les objectifs.....	30
1.1.3. Les hypothèses.....	31
1.2. Les modalités et les outils de l'étude.....	31
1.2.1. Le terrain et la durée de l'étude.....	31
1.2.2. Les outils.....	31
1.2.3. La population concernée.....	33
1.2.4. Les biais.....	33
2. Présentation des résultats.....	34
2.1. Caractéristiques de la population étudiée.....	34
2.2. La grossesse.....	35
2.3. L'accouchement et le séjour à la maternité.....	37
2.4. Le retour à domicile.....	39
<u>PARTIE 3 : L'analyse des résultats et les propositions pour améliorer le soutien à la parentalité en postnatal.....</u>	<u>51</u>
1. L'accompagnement à la parentalité pendant la grossesse et en maternité.....	52
1.1. La question de la période postnatale en PNP prénatale.....	52
1.2. La PNP en maternité.....	54
2. La PNP après le retour à domicile : une réponse adaptée aux besoins des couples....	58
2.1. Les difficultés éprouvées.....	58
2.2. Les besoins en postnatal.....	60
2.3. L'amélioration de la PNP en postnatal.....	62
Conclusion.....	68
Bibliographie.....	69
Annexes.....	72

Introduction

La mise en place des fonctions parentales est faite de nombreux bouleversements physiques et psychiques. Aujourd'hui, le terme de parentalité est volontiers utilisé pour qualifier ces phénomènes pouvant être difficiles à appréhender pour les couples.

La période du postpartum représente une période fragile dans l'accès à la parentalité. Le couple est remanié et un nouvel équilibre familial se met progressivement en place. Le père et la mère sont confrontés à leur nouvelle identité. En plus des chamboulements psychiques que celle-ci entraîne, ils peuvent éprouver des difficultés face aux besoins de leur enfant, ils le découvrent et apprennent à le connaître. La relation parents-enfant peut en être fragilisée.

En France, la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) a pour principal objectif de soutenir cette fonction parentale. Par ses compétences, la sage-femme représente un professionnel clef de cette PNP. Depuis le plan de périnatalité de 2005-2007 et les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2005, cette forme d'accompagnement des couples se veut plus globale. Il peut, ainsi, débuter précocement pendant la grossesse et se poursuivre après la naissance de l'enfant.

Quels sont les besoins des couples en postnatal et qu'en est-il de l'accompagnement pendant cette période ?

Dans un premier temps, ce travail se propose d'apporter quelques éclairages sur les mécanismes mis en jeu dans l'accès à la parentalité et, de faire le point sur la PNP dont les couples peuvent bénéficier en France et, plus particulièrement après la naissance.

En second lieu, nous présenterons les résultats de l'enquête réalisée à partir de questionnaire auprès de femmes ayant accouché à Metz, afin d'appréhender leurs difficultés et leurs besoins en postnatal.

Dans un troisième temps, tout en analysant ces résultats, nous émettrons des propositions pour améliorer l'accompagnement des parents en postnatal.

PARTIE 1

Les concepts

2. LA PARENTALITE : émergence d'un concept

2.4. La définition et l'histoire [19]

Selon la définition encyclopédique, le concept de parentalité est un néologisme, c'est-à-dire un nouveau mot, créé à la fin du XX^{ème} siècle afin de définir le fait et la fonction d'être parent dans ses aspects juridiques, politiques, socio-économiques, culturels, psychologiques et institutionnels.

Ainsi, ce mot possède de nombreuses approches et se rencontre dans plusieurs disciplines.

- **En Droit**

La parentalité ne possède pas de définition juridique, les termes d'autorité parentale et de parenté sont plus volontiers utilisés. Mais, les situations de coparentalité ou de monoparentalité se doivent d'être régulées par le Droit, car elles existent.

- **En sociologie**

Cette notion est largement utilisée dans ce domaine. En 1995, le dictionnaire critique d'action sociale est le premier ouvrage à proposer une définition : « *la parentalité désigne d'une façon très large la fonction d'être parent, en y incluant à la fois des responsabilités juridiques telles que la loi les définit, des responsabilités morales telles que la socio-culture les impose et des responsabilités éducatives* ».

- **En psychologie**

La parentalité possède également une approche psychologique et ce terme est utilisé en psychanalyse.

Dans ce domaine, le regard des professionnels s'est d'abord porté vers le versant maternel de la parentalité.

En 1961, P.C. Racamier, psychanalyste français, l'emploie dans un article traitant de la psychose du postpartum et crée le terme maternalité, définissant la manière dont on devient mère du point de vue psychique.

De plus, en 1969, D. Winnicott, pédiatre, psychiatre et psychanalyste britannique, crée le concept de préoccupation maternelle primaire, définissant l'état particulier de la mère centrée sur elle-même et sur son enfant, d'une extrême sensibilité à l'égard de tout ce qui concerne son nourrisson.

Le versant masculin de la parentalité a été ensuite exploré notamment par J. Lacan, psychiatre et psychanalyste français. Il introduit, ainsi, un important courant de la littérature psychanalytique centré autour de la fonction paternelle.

La parentalité se définit donc comme l'ensemble des processus psychiques par lesquels un individu devient parent : c'est le processus de parentification.

Il est appréhendé au travers de deux approches :

- une approche psychologique et sociale où l'on s'intéresse au fonctionnement mental individuel, lui-même régi par l'organisation sociale à laquelle l'individu appartient
- une approche plus biologique avec l'intervention de phénomènes de nature psycho-neuro-endocrinologique et neurophysiologique.

2.5. Le processus de parentification : une approche psycho-sociale de la parentalité [38]

Une personne qui devient parent accède à la parentalité et se retrouve confrontée à sa relation avec ses propres parents. Cette notion fait appel au concept de la compulsion de répétition élaboré par S. Freud, neurologue autrichien et fondateur de la psychanalyse, décrivant la répétition affectant le sujet d'un traumatisme.

Ainsi, des phénomènes vécus et des émotions ressenties par la femme dans sa relation à sa propre mère peuvent se rééditer dans la relation au bébé.

De plus, selon H. Deutsch, psychanalyste américaine, pendant la grossesse, la mère investit l'enfant à la fois comme une partie de son « Moi » et comme un objet extérieur « *envers lequel elle répète toutes ses relations objectales positives et négatives envers sa mère* » [17]

M. Klein, psychanalyste britannique, tient également ce discours : « *Nous savons que la relation de la mère à l'enfant se fonde sur ses premières relations objectales. Selon le sexe de l'enfant, elle répètera plus ou moins ses rapports affectifs de la première enfance avec son père, ses oncles et frères ou avec sa mère, ses tantes et sœurs* ». [26]

Ce phénomène qualifié de répétition transgénérationnelle rattache toujours l'individu qui devient parent à ses propres parents (au sens large).

Mais, cette répétition n'est pas immuable, elle n'est pas définitive, elle est influencée par :

- la réalité du père, ce père qui possède lui-même ses propres scénarios fantasmatiques et sa propre histoire familiale.

Aussi, l'enfant devient, en plus d'être le « produit » de deux patrimoines génétiques, le lieu de projection de désirs différents.

- la réalité propre de l'enfant : son sexe, son état de santé, sa ressemblance physique à un ou à plusieurs membres de la famille, ses comportements.

Cette réalité propre de l'enfant influence profondément les fantasmes que la mère et le père entretiennent à son égard. [26]

Bien avant que l'enfant naisse, au sens propre du verbe, il naît dans l'esprit de ses parents. Ceux-ci en éprouvent le désir individuel dès l'enfance. Puis, par la mise en couple, cet enfant imaginaire devient un projet dans un plan de vie conjugale. La grossesse concrétise alors ce désir partagé. L'enfant grandit dans leur esprit en même temps qu'il se développe dans le ventre de sa mère en devenir.

Ainsi, un enfant n'est pas seulement le résultat de la rencontre de deux gamètes, mais il est également le fruit de deux désirs issus de deux psychismes différents. Il est le produit d'un long parcours psychique parental fait de projections fantasmatiques, de représentations imaginaires avant d'exister en tant qu'individu à part entière.

2.6. Du désir d'enfant à l'enfant réel : un parcours psychique

Désirer un enfant est donc un processus à la fois conscient et inconscient. De ce désir naît un enfant qui est à la fois imaginaire et réel. Il existe donc bien un enfant dans le corps, mais aussi un enfant dans la tête.

2.6.1. La naissance du désir d'enfant [32]

Ce processus de désir d'enfant est complexe. Pour la femme, comme pour l'homme, il est issu de la petite enfance et il remonte au complexe d'Œdipe. Puis, il est remanié tout au long de leur vie.

- **Le désir maternel**

Au moment de la phase œdipienne, la petite fille découvre la différence des sexes et des générations. Elle vit la castration, c'est-à-dire le constat du manque de pénis. À défaut de pénis, elle va avoir envie d'un enfant de son père. L'interdit de l'inceste va lui permettre de différer cette envie par le désir d'enfant d'un autre homme.

Au moment de l'adolescence ce désir est remanié et subit « une remise en chantier ».

Enfin, le désir d'enfant est réactualisé quand la femme est en couple puis la grossesse représente une phase de réalisation de ce désir et un engagement dans le processus de parentalité.

- **Le désir paternel**

Au moment de la phase œdipienne, le garçon rentre en rivalité avec son père car il s'interpose entre sa mère et lui. Mais, il l'admire en même temps et veut lui ressembler car il plaît à la mère. Son envie est alors de donner un enfant à sa mère.

Grâce à l'interdit de l'inceste le petit garçon va différer son désir sur une autre femme.

Puis, tout comme la femme, la grossesse représente la phase de réalisation du désir d'enfant, du désir d'être père.

- **La dette de vie [10]**

La dette de vie est une autre notion importante qui participe à la compréhension de la construction du désir d'enfant.

Elle a été développée par M. Bydlowski, psychiatre et psychanalyste française. C'est la dette de l'existence due à ses parents, qui eux-mêmes la doivent aux leurs. Cette dette se règle en donnant la vie à un enfant.

Avec son premier enfant, la femme règle sa dette à l'égard de sa propre mère. Elle s'inscrit alors dans une lignée de femmes où l'enfant prend sa place et où elle endosse la place de sa propre mère. Elle prend alors conscience de sa propre mort.

De même, avec son premier enfant, l'homme transmet son patronyme. Il règle ainsi sa dette de vie envers ses ascendants et ce qui le lie à eux.

1.3.2. De l'enfant imaginaire à l'enfant réel

L'enfant désiré par ses parents est présent dans leur esprit tout au long de la grossesse et bien avant. Il préexiste également dans l'imaginaire familial (parents, grands-parents...), la plupart du temps comme enfant idéalisé qui viendra conforter, prolonger, voire réparer le narcissisme parental.

S. Lebovici, pédopsychiatre et psychanalyste français, développe cette notion dans les années 1980. Il se base sur le fait qu'il existe différents enfants dans le psychisme des parents et, plus particulièrement, dans le psychisme maternel.

Ainsi, il parle de l'enfant fantasmatique qui est celui du désir inconscient, des conflits infantiles.

Il distingue ce dernier de l'enfant imaginaire qui est, quant à lui, issu du désir de grossesse et supposé tout réparer.

Cet enfant imaginaire naît donc du désir d'enfant et il est différent de l'enfant réel. [28]

Comme le dit M. Bydlowski, il est « *non représentable jusqu'au jour de la naissance* ». [11]

Pendant la grossesse, l'enfant dans le ventre maternel est une expérience sensorielle, vécue surtout par la mère. Pour qu'il soit réel dans l'esprit des parents, ils ont besoin d'une inscription visible, palpable, pour le rattacher à l'existence. Cette inscription peut se faire notamment lors des échographies.

L'enfant imaginaire est en réalité un ensemble d'imaginaires d'enfants. En effet, il représente l'ensemble des différentes figures du désir d'enfant, ces figures se forment par l'attente de cet enfant, par les remémorations de la propre histoire des parents.

Les futurs parents rêvent d'un enfant, ils projettent sur lui leurs désirs. Cet imaginaire est en constante évolution, il « *apparaît comme un flux de représentations différentes et contrastées, qui ne se signalent que par leur mouvement, leur succession et non par leur présence* ». [8]

L'échographie représente le parfait exemple du renouvellement de ces imaginaires d'enfants. Cet examen produit des changements dans l'esprit des parents. Dès la première échographie, le fœtus est visible, la mère peut alors passer du sentiment d'être enceinte, au sentiment de porter un enfant vivant. Le père est, quant à lui, confronté à une « réalité virtuelle » symbolisant un contact sensoriel qui peut aider aux premiers liens d'attachement.

Au fur à mesure des différentes échographies, les parents prennent conscience du déroulement chronologique de la grossesse.

De plus, la connaissance du sexe chamboule l'imaginaire, dans un sens comme dans l'autre. L'échographie agit donc sur cet imaginaire, elle l'alimente par des images plus ou moins concrètes pour les parents et accélère la confrontation à l'enfant réel. [8]

L'enfant désiré est inscrit dans ce qui est appelé "le Symbolique"; c'est-à-dire qu'il va occuper une place socialement définie (fils ou fille de..., dans une culture et un groupe social particulier, dans la succession des générations). Cette inscription symbolique se fait par la nomination. Dans nos sociétés, le Nom de Famille représente cette inscription. Le prénom, quant à lui, fait partie du symbolique et de l'imaginaire puisqu'il est culturellement obligatoire et individuellement choisi (pour des raisons partiellement inconscientes). C'est ce que M. Bydlowski qualifie de « transmission intergénérationnelle ». [12]

La naissance réalise le passage de l'enfant fantasmé à l'enfant « réel ». L'accouchement, à l'origine de la naissance, symbolise la fin de la grossesse et donc la fin d'une attente. Il peut parfois être vécu comme un rite initiatique par la femme.

Pour la mère, c'est une étape autant psychique qu'un événement réel et corporel. Elle la renvoie aux notions de vie et de mort, mais aussi à la notion de perte : elle perd l'enfant qu'elle a porté neuf mois, elle perd l'enfant idéal. Mais elle perd également l'état de grossesse pouvant être vécu dans la plénitude.

Le père est lui aussi confronté à la réalité de la naissance et de l'enfant, et à cette même perte de l'enfant idéal.

L'accouchement incarne donc, la véritable rencontre physique des parents avec leur enfant :

- par la confrontation à une image réelle (confirmation ou découverte de son sexe, observation de son apparence physique et recherche d'une ressemblance familiale)
- par la perception sensorielle (le toucher, le sentir, l'entendre)

Cet enfant réel représente également une « *nouvelle pousse dont le désir d'enfant a été la souche* ». [12]

Mais, le désir peut incarner la représentation de quelque chose qui manque car « *désirer c'est se représenter l'objet manquant* », en ce sens l'objet réel, c'est-à-dire l'enfant réel, est toujours décevant. Les parents ont pu rêver leur enfant de toutes les manières possibles, « *son propre enfant ressemble toujours à un autre* ». [11]

L'expression « deuil de l'enfant imaginaire » est alors utilisée. Cette notion de deuil est décrite au sens psychologique et psychiatrique du terme, c'est-à-dire comme « *la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction venue à sa place, comme un idéal, la liberté, etc [...]* ». [20] Ainsi, les parents doivent renoncer à l'enfant idéalisé et fantasmé pendant toute la gestation, à cet enfant supposé réparer toutes les blessures, combler tous les manques et leur assurer l'immortalité. [28]

Ce deuil peut alors sembler impossible à réaliser s'il existe un écart important entre le bébé imaginaire et le bébé de la réalité, comme dans le cas de handicap par exemple. [15]

Pour accéder progressivement à l'autonomie psychique, l'enfant réel ne devra être: ni totalement submergé par "l'enfant imaginaire" parental, ni en complet décalage.

Ce concept de deuil de l'enfant imaginaire peut être nuancé.

Ainsi, la déception des parents face à la réalité de l'enfant qui vient de naître permet de créer un espace laissant une place que pourra occuper cet enfant.

En même temps que ce travail de deuil, le père et la mère commencent un travail d' « adoption » et d'adaptation aux besoins concrets de cet enfant réel. La manière d'être de ce dernier, ses aptitudes, son sexe, ses caractéristiques physiques représentent alors une ouverture dans l'imaginaire des parents. Ils peuvent mettre en place d'autres projections dans cet enfant.

Un travail autour de l'échographie et de l'attente de l'enfant évoque également cette notion de continuité de l'imaginaire : « *La naissance n'interrompt pas l'élaboration imaginaire des parents, signe de leur attente, elle les relance au contraire dans une confrontation dynamique permanente entre ce que l'enfant fait découvrir de son originalité et leurs projets, véritables repères pour lui.* » [8]

La vie fantasmatique existant autour de l'enfant réel influence donc la relation parents-enfant en organisant leurs interactions précoces, mais inversement, ces interactions réaménagent cette vie fantasmatique.

2.7. La période du post-partum : une mère à toute épreuve

2.4.1. La Maternité et la maternalité

- **Un processus complexe**

Etymologiquement, le mot maternité est dérivé du latin *maternus* : maternel, qui vient de *mater* : la mère.

D'après la définition encyclopédique, ce mot qualifie « l'état, la qualité d'être mère ».

De plus, J.-M. Delassus, psychanalyste français et président de la Société française de Maternologie, verbalise ce processus vers la maternalité comme le résultat d'un « chemin personnel » qui naît dans l'enfance. Il introduit ainsi toute la question de l'histoire personnelle de la mère en devenir.

« *Etre mère est un secret d'enfance* » [16]

La maternité constitue, donc, un réel parcours psychique pour la femme, qui évolue tout au long de son enfance, au fur et à mesure de la grossesse et qui prend forme à la naissance de l'enfant. Aussi, C. Racamier définit la maternalité comme « l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez les femmes à l'occasion de la maternité ». C'est une véritable « crise d'identité » pendant laquelle la femme doit passer du statut d'enfant de sa mère à celui de la mère de son enfant. L'identification à la mère est donc au centre de ce processus. [4]

Ainsi, ce qu'une femme met au monde dans son esprit, ce n'est pas un nouvel individu, mais une nouvelle identité : le sentiment d'être mère.

- **De la grossesse à la venue au monde de l'enfant : la naissance d'une mère**

La grossesse représente une période clef pour la mise en place de la maternalité. Tout semble se dérouler comme si cette gestation permettait à la femme de faire naître en elle ce sentiment de devenir mère pour se « préparer » physiquement et psychiquement à être la mère de son enfant.

Ainsi, Monique Bydlowski évoque la grossesse comme un moment de « **transparence psychique** » qui faciliterait l'accès pour la femme à son inconscient. Cet état commence dès les

premières semaines de la grossesse et se caractérise donc par une grande perméabilité aux interventions inconscientes, comme une « levée des refoulements ».

Cette période est propice à l'émergence de souvenirs refoulés de l'enfance. [9]

De plus, Donald Winnicott, observe un mouvement psychique spécifique de la femme qu'il nomme la « **préoccupation maternelle primaire** ». Ce mouvement, dont la mère se remet progressivement quelques semaines après la naissance de l'enfant, se développe graduellement tout au long de la grossesse.

C'est une période caractérisée par un état de sensibilité exacerbée aux besoins de l'enfant, un mode de fonctionnement psychique permettant à la mère un repli narcissique nécessaire pour accueillir le bébé. Aussi, la maman peut se consacrer psychiquement entièrement à son nouveau-né.

Il parle de « **mère suffisamment bonne** » et de « *mère ordinaire normalement dévouée* ». Cette mère s'occupe de son bébé et s'identifie à lui, elle connaît ses besoins et sait comment les satisfaire.

Ainsi, la préoccupation maternelle primaire dicte à la jeune mère son comportement face à l'enfant, un comportement empathique. Elle est prévisible : elle lui donne avec régularité ce qu'il lui faut au moment où il en a besoin. Par la constance des soins qu'elle lui apporte, elle contribue à construire chez son enfant un sentiment de sécurité interne, un sentiment de continuité d'existence. [44]

La mère occupe donc une place toute particulière pendant les premiers mois de vie du nouveau-né. Mais, le père et l'entourage sont également essentiels. Ceux-ci confèrent à l'enfant une place pour exister, ils permettent d'accompagner et de sécuriser la mère.

Aussi, l'œuvre de Winnicott est centrée sur la nécessité, pour le développement du bébé, d'un environnement « *suffisamment bon* ».

« *Durant la période postnatale, l'unité ce n'est pas seulement le bébé mais « l'ensemble individu-environnement » qui est important. Il faut que la relation avec le père du bébé et aussi avec sa famille et les cercles étendus qui constituent la société, donne à la mère le sentiment de sécurité et le sentiment d'être aimée.* » [30]

Mais, cette mère et cet environnement « *suffisamment bons* » peuvent parfois avoir du mal à se mettre en place tout de suite après la naissance de l'enfant du fait de la période toute particulière des premiers jours du post-partum.

2.4.2.L'après naissance, une période de transition

Pour la mère, la naissance de l'enfant symbolise une séparation marquée dans le corps mais, dont la prise de conscience peut prendre du temps. Mais, elle représente aussi la rencontre avec l'enfant.

De plus, le corps de la femme a changé et il ne sera jamais plus identique à celui d'avant la grossesse.

Ainsi, cette période du post-partum représente une période de transition et de changements pour la mère, tant sur le plan psychologique que sur le plan physique. [43]

La femme se trouve alors confrontée à devoir élaborer des deuils successifs :

- le deuil de son corps de jeune fille, et par là, elle peut avoir la sensation de se voir retirer une partie de son potentiel de séduction
- le deuil du ventre plein
- le deuil du couple d'avant la grossesse

Devenir mère n'est donc jamais sans difficulté, le post-partum est caractérisé par un profond réaménagement psychique, mais également un chamboulement de tout l'équilibre du couple, de la famille qui existait auparavant.

2.4.3.Quand « le baby blues » s'en mêle

Face à tous ces chamboulements, la jeune mère peut manifester des troubles émotionnels transitoires fréquents et bénins appelés le « baby blues », ou encore le « blues du troisième jour ». Le plus souvent, il ne dure que deux à quatre jours et il n'est pas considéré comme pathologique. La femme pleure sans savoir pourquoi, elle peut avoir des difficultés à dormir et se sentir par moment comme déprimée.

Le terme de « post-partum blues » est aussi employé. Il représente une période de « *disponibilité émotionnelle* » : « *C'est un moment où la femme, la famille en constitution sont en demande de sens, ouvertes aux suggestions* ».

Ce baby blues est donc un moment de labilité émotionnelle, de labilité de l'humeur. [23]

Cet état est déclenché par la rencontre avec l'enfant. Il peut trouver des explications physiologiques et psychologiques.

- Ainsi, la chute hormonale après la délivrance peut, en partie, être à l'origine de ce phénomène.

En effet, les œstrogènes, souvent appelées hormones de l'amour, ont un taux à peine dosable dans le sang maternel au deuxième et troisième jour des suites de couches. Cette diminution brutale se retrouve aussi lors de l'ablation chirurgicale des deux ovaires chez la femme de 20 à 40 ans et tous les troubles physiques que cette ablation peut entraîner (en plus de son impact psychologique) sont désormais bien connus.

De ce fait, il est possible que cette chute brutale puisse créer une ambiance particulière dans le post-partum. [42]

- En outre, en plus d'un bouleversement hormonal, la naissance d'un enfant représente une dépense énergétique considérable se manifestant par une grande fatigue tant physique qu'émotionnelle. La nuit suivant l'accouchement la mère se sent souvent épuisée sans pouvoir dormir alors que l'enfant ne pleure pas et dort paisiblement. Elle ne peut donc pas se reposer de l'accouchement. Les visites de l'entourage occupent également une place importante en maternité et, même si elles peuvent constituer un moment de bien être pour la femme, elles contribuent à accentuer cet épuisement.

La maman peut avoir la sensation que l'enfant qui vient de naître occupe toute la place. Il est continuellement présent dans son esprit, mais aussi dans le discours des proches, cette naissance représente une fête à célébrer. Ils veulent porter l'enfant, lui parler, le cajoler et ils lui offrent des cadeaux.

Un soutien contenant familial et/ou social s'avère nécessaire. La jeune mère a besoin d'être rassurée sur son état et ses angoisses, il est nécessaire qu'elle soit écoutée et accompagnée. La sage-femme représente un professionnel clef de cet accompagnement. [35]

2.4.4. Le retour à la maison, une nouvelle vie qui commence

Après un court séjour, la mère quitte la maternité, lieu protégé, pour rentrer chez elle. Ce retour est souvent synonyme pour le couple de joie et d'évènement heureux.

C'est également une période de désorganisation et de confusion. La mère peut avoir le sentiment de débordement, surtout pour les tâches matérielles.

Des nouvelles questions se posent. Ils s'étaient fixé des règles et finalement ils ont du mal à les respecter (le lieu de couchage de l'enfant, la réponse à ses pleurs,...)

Il peut alors exister une symbiose mère-enfant, la femme prend conscience qu'elle sait décrypter les besoins de son bébé et pense être la seule à pouvoir combler ses besoins. Le père

peut, alors, avoir du mal à trouver sa place dans cette relation fusionnelle, nécessitant une réorganisation du couple. Ce père possède un rôle important, car il permet à la mère de se laisser aller à la fusion avec son bébé en l'autorisant à se dépendre de cette fusion.

Progressivement, il se constitue une relation mère-père-enfant se manifestant par les interactions parents-bébé. L'enfant représente, tout comme ses parents, un acteur principal dans le processus d'établissement des liens.

J. Bowlby, psychiatre et psychanalyste anglais, nomme ce phénomène « *processus d'attachement* » et il le définit ainsi : « *le comportement d'attachement comprend n'importe quel type de comportement dont le résultat est qu'une personne obtient ou conserve une proximité à un autre individu donné pour lequel existe une préférence* ». [7]

Ainsi, l'enfant guide ses parents dans leur processus de parentification par sa manière de réagir à leurs soins, de se comporter en leur présence.

L'enfant construit donc ses parents.

J. Bowlby décrit également le comportement parental comme en partie programmé. Les schémas comportementaux parentaux ne sont pas manifestés dans tout leur détail dès le début mais progressivement au fil des interactions avec l'enfant. Ces schémas se mettent en place dès l'enfance, ils sont influencés par la manière dont ses propres parents se sont occupés de lui. [38] « *Cette importance du bébé en tant que partenaire dans l'interaction ne tient pas seulement à sa simple présence comme « objet » réel et externe, mais aussi au fait que chaque nourrisson contribue à l'organisation de l'interaction en fonction de traits qui lui sont caractéristiques* » [38]

La période du post-partum représente donc bien une étape importante dans l'établissement du lien parents-enfant qui permet le développement psychique de l'enfant. C'est aussi une période faite de nombreux bouleversements fragilisant la relation mère-père-bébé.

Aussi, un accompagnement de cette nouvelle famille peut sembler utile pendant cette phase de leur vie.

Quelles sont alors les possibilités d'accompagnement et de soutien à la parentalité durant le post-partum ?

3. La préparation à la naissance et à la parentalité : un moyen d'accompagnement à la parentalité.

2.1. L'historique : un véritable concept [18]

Historiquement, en France, cette préparation était nommée : « **préparation à l'accouchement** ».

En effet, dans les années 1950, la généralisation de l'accouchement à l'hôpital conduit la femme à se retrouver seule pour vivre la douleur du travail. Auparavant, elle était davantage entourée et soutenue par les femmes de son entourage. Accompagner les femmes à l'accouchement par de la préparation en groupe devient une volonté de la part des professionnels de la naissance.

Ainsi, le Docteur Lamaze met en place à partir de 1951, en France, à la maternité Les Bluets de Paris, la méthode de l'Accouchement Sans Douleur (ASD). Elle consiste principalement à maîtriser et gérer les douleurs du travail et de l'accouchement en donnant des informations anatomiques, neurologiques et physiologiques aux femmes. Elle est dispensée sous forme de cours théoriques et pratiques par un médecin ou un kinésithérapeute. Les sages-femmes ne sont pas présentes.

Progressivement, la notion de « **préparation à la naissance** » a plus volontiers été utilisée. L'enfant n'est plus considéré comme un objet, mais comme un être humain avec des besoins affectifs en plus de ses besoins primaires. L'accouchement est alors perçu comme la venue au monde d'un être devenu désormais précieux.

Avec l'arrivée de la péridurale dans les années 1970 et le développement du concept de parentalité à la fin du XXème siècle, les attentes des femmes et/ou des couples ont changé. La famille est vue comme une base structurante pour un enfant. Plus qu'une préparation à donner naissance, un accompagnement au devenir parent s'est alors révélé nécessaire. Actuellement en France le terme de « **Préparation à la Naissance et à la Parentalité** » (PNP) est employé.

L'organisation et le contenu de cette PNP ont donc fortement évolué et demeurent encore aujourd'hui influencés par le contexte social de la naissance. Ils sont réglementés et répondent à des objectifs bien définis.

4.2. Le cadre législatif

4.2.1. En France

Depuis les années 1980, plusieurs textes législatifs français mentionnent et encouragent cette préparation.

Ainsi, la circulaire N°127 du 5 mai 1988 nous dit que « *la préparation à la naissance est favorisée car c'est un moyen de prévention du risque et notamment de la prématurité. Elle favorise l'installation d'une relation harmonieuse parents-enfants.* » [14]

De plus, cette année-là, l'accent est mis sur le respect de la dimension psychologique de la naissance et sur l'encouragement à la participation du père aux « cours » de préparation à la naissance. Le concept de parentalité est donc déjà présent.

Dix ans plus tard, des décrets dits de « périnatalité » paraissent. Ils définissent l'organisation de la préparation à la naissance dans les établissements de santé autorisés à pratiquer l'obstétrique. Ces décrets font suite à l'enquête de périnatalité de 1998 révélant un nombre plus important de femmes participant aux séances dans la maternité où elles accouchent, que de femmes suivant des séances auprès des sages-femmes libérales.

Le plan périnatalité 2005-2007 prône l'humanité, la proximité, la sécurité et la qualité des soins autour de la naissance. Il illustre les ambitions de la politique périnatale désirant une prise en charge de la femme enceinte à la fois humaniste et efficace, centrée sur la dimension psychoaffective. [31]

Par la circulaire du 4 juillet 2005 (circulaire DHOS/DGS relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité) il met en place « l'entretien individuel du 4^{ème} mois » pour permettre une prévention précoce autour de la grossesse et de la naissance.

4.2.2. Au niveau international [24]

La PNP n'est pas abordée en tant que telle dans les textes internationaux mais des recommandations à son sujet peuvent être trouvées dans des documents portant plus largement sur les soins anténataux et sur les soins à domicile.

Ces textes traduisent bien l'évolution de cette préparation. Elle constitue un véritable accompagnement dans lequel les professionnels permettent aux femmes et/ou aux couples d'accéder à la fonction parentale en les aidant à avoir confiance en eux.

Le processus de parentalité commence pendant la grossesse, se concrétise à la naissance de l'enfant et évolue continuellement en postnatal. Les objectifs des recommandations internationales illustrent bien la nécessité d'un suivi et d'un soutien des futurs parents continuant après l'arrivée de l'enfant.

Ainsi, l'Agence de santé publique du Canada a publié en 2000 un texte concernant cette PNP : « *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale* » qui fixe certains objectifs : notamment celui d'améliorer l'estime de soi, de préparer la femme et sa famille à la naissance, de permettre un ajustement postnatal en douceur. [1]

Cette préparation est donc devenue un véritable concept d'accompagnement à la parentalité. Le terme d'éducation peut être employé mais sans réduire cette dernière à la transmission passive d'informations. C'est un processus actif de renforcement de l'estime de soi et du sens critique, qui n'existe pas sans la participation des femmes et/ou des couples. La PNP permet aussi un renforcement de la capacité de prise de décision et d'action pour permettre l'accueil de l'enfant et la transmission de la fonction parentale dans les meilleures conditions

4.3. Le cadre réglementaire

4.3.1. Les objectifs

Le principal but de la PNP est celui du **soutien à la parentalité**.

Soutenir c'est bien « *se prêter assistance* » au sens d'aider quelque chose à tenir (soutenir la fonction parentale). [27]

Ce soutien permet de répondre aux attentes des parents, en tenant compte de leur singularité et de l'hétérogénéité des situations vécues par ces derniers. Il vise à amener les parents à affiner leurs habiletés éducatives et à comprendre les besoins de leur enfant. Soutenir, en les encourageant à développer des comportements positifs, permet d'améliorer les interactions entre parents et enfant et d'inscrire ces parents dans un processus actif de créativité. Soutenir en leur donnant ou redonnant confiance en leur capacité à s'occuper au mieux de leur nouveau-né peut les aider à rompre le cercle vicieux de la dévalorisation. [40]

De plus, cette PNP constitue un véritablement **accompagnement des fonctions parentales**.

Accompagner c'est bien « *aller en compagnie de* » au sens d'aller de pair, d'être joint avec quelqu'un. [27]

La notion d'accompagnement renvoie à quatre idées : [29]

- une idée de secondarité : « celui qui accompagne est second », ainsi il aide quelqu'un, il s'y adjoint et assiste en collaborant
- un effet d'ensemble, une « unicité »
- une idée de cheminer, c'est-à-dire au sens de progression, de « faire route ensemble »
- une notion de transition car l'accompagnement est temporaire, occasionnel. Il est lié à une circonstance, un évènement à un moment donné

4.3.2. La sage-femme : professionnelle au cœur de cette PNP

« En France, ce sont principalement les sages-femmes qui assurent les séances de PNP »
[24]

Par ses compétences, la sage-femme représente un acteur clé dans la préparation à la naissance et à la parentalité. En effet, son champ d'action se situe de la grossesse à la période du post-partum. Elle a des devoirs envers les patientes et les nouveau-nés. [34]

En plus d'avoir l'obligation d'acquiescer des savoir-faire techniques et une maîtrise des gestes professionnels, elle doit aussi être capable d'informer, d'écouter et posséder des aptitudes à la communication basés sur des savoirs, nécessitant des aptitudes en pédagogie. Elle a également un rôle de prévention.

Ainsi, la sage-femme est avant tout une « accompagnante » de la naissance et du devenir parent, en plus d'être une professionnelle médicale avec des compétences techniques. [33]

La sage-femme qui anime des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, qu'elles soient individuelles ou en groupe, se voit donc confiée une autre mission d'« accompagnante », non plus à la naissance mais à la parentalité. Par différents moyens, elle entre en contact avec la mère ou le couple et tisse avec elle/eux des liens transitoires afin de soutenir au mieux ce phénomène si complexe du devenir parent.

Aussi, par ses rôles d'information, de surveillance, de prévention, de soutien pendant toute la grossesse, et bien après, elle constitue un professionnel clé de la PNP.

4.3.3. Le contenu des séances [25]

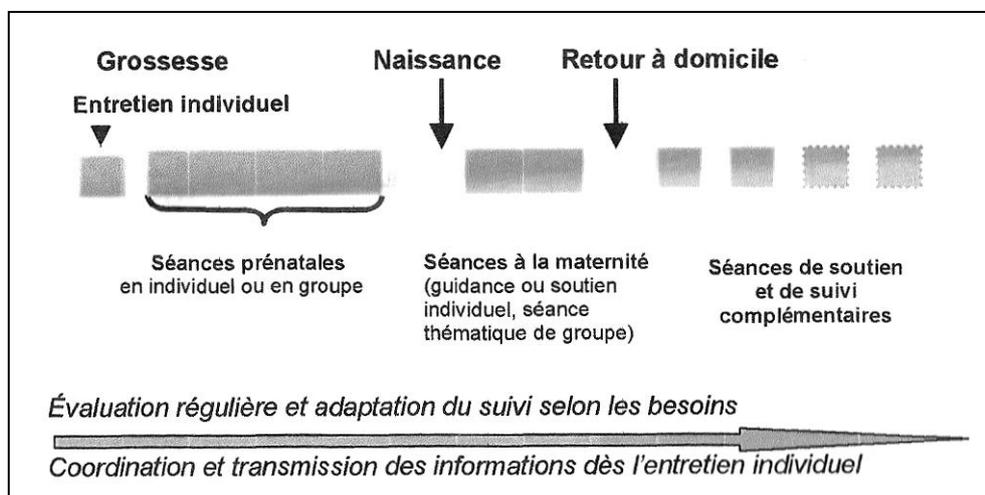
Suite au plan périnatalité 2005-2007 et à la demande de la Direction générale de la santé et des associations de sages-femmes, la préparation à la naissance et la parentalité (PNP) a été redéfinie par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2005 sous forme de recommandations professionnelles. Ces recommandations ont pour but de répondre à la politique périnatale et de favoriser le développement de la PNP tout au long de la grossesse et en postnatal.

Cette PNP s'adresse aux femmes enceintes ou aux couples et il est important qu'elle réponde à leurs attentes. Aussi, les conditions d'accueil et d'accessibilité et le choix des techniques éducatives et des dispositifs d'accompagnement s'adaptent nécessairement à eux.

Les professionnels pouvant animer des séances, qu'elles soient individuelles ou en groupe, sont tous ceux « impliqués en périnatalité et susceptibles d'intervenir de manière coordonnée autour des femmes et de leur famille de la période anténatale à la période postnatale ». « Ces professionnels peuvent exercer en établissement de santé, en PMI, en secteur libéral, être regroupés ou non en réseau de santé »

La PNP est planifiée durant toute la période périnatale comme suit le schéma édité par l'HAS :

Figure 1 : Planification de la PNP



- **En prénatal**

La préparation à la naissance et à la parentalité comporte huit séances prénatales prises en charge par la sécurité sociale dans le cadre de l'assurance maternité. L'entretien du premier

trimestre qui est individuel ou en couple en fait partie. Les autres séances peuvent être effectuées en groupe (six personnes maximum) ou en individuel. Elles durent minimum quarante-cinq minutes et doivent être ouvertes aux futurs pères.

- Concernant les groupes : *« la taille du groupe doit favoriser la participation active des participants »*.

- Concernant la planification, *« les séances prénatales doivent être planifiées par le professionnel qui les assure avec chaque femme afin qu'elle puisse bénéficier de l'ensemble des séances avant la naissance »*. Le plus souvent cette planification se fait lors de l'entretien du premier trimestre.

L'entretien prénatal précoce (EPP), appelé encore entretien précoce individuel ou en couple, permet de présenter et de mettre en place la PNP. Il doit être proposé systématiquement par *« le professionnel qui confirme la grossesse »*. C'est la femme qui choisit le professionnel et le moment (avant la fin du premier trimestre de grossesse) pour réaliser cet entretien.

Cette première séance sous forme d'entretien a été mise en place dans un but de prévention et pour une prise en charge adaptée à chaque grossesse en favorisant une coordination d'action des professionnels en périnatalité. Elle permet ainsi d'adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés.

Les autres séances ont une fonction de *« soutien à la parentalité »*, en permettant aux femmes et/ou aux couples le développement de leurs compétences.

Pour cela, leur contenu et les techniques utilisées permettent de s'adapter aux stades de la grossesse. De plus, il est nécessaire qu'une évaluation individuelle accompagne chaque séance afin qu'elle soit également adaptée aux participants. [annexe I]

Ainsi, par différentes techniques éducatives [annexe II], le professionnel permettra à la femme ou au couple une compréhension et une utilisation des informations délivrées, un apprentissage des techniques de travail corporel, et un développement des compétences parentales et des ressources personnelles.

Du fait du caractère actif de la PNP le terme de séances est plus volontiers employé que celui de *« cours »*. Professionnels et participants, ou encore participants et participants, échangent et apportent expériences et connaissances par leur participation.

- **En postnatal**

Dans la planification de la PNP, les recommandations de 2005 préconisent la pratique de **séances à la maternité** sous forme de « guidance ou soutien individuel » ou de « séance thématique de groupe ».

Ce soutien se fait par *« l'accompagnement de la création du lien parents-enfant, et plus généralement de la construction des liens familiaux ; en favorisant le transfert des pratiques parentales du contexte d'apprentissage des séances prénatales à celui de l'arrivée de l'enfant et du retour à domicile ; et en renforçant la confiance des parents dans leur capacité à s'occuper de leur enfant »*.

Il est précisé que dans le cadre d'une sortie précoce, ces séances peuvent être réalisées au domicile de la femme. En effet, *« dans une maternité donnée, une sortie précoce est, en général, considérée comme précoce si elle survient plus tôt que ce qui est habituel pour le service »*. La femme sort donc avant J2 inclus dans le cadre d'un accouchement par voie basse, et avant J4 inclus dans le cadre d'une césarienne (J0 étant le jour de l'accouchement). Cette sortie peut se faire si le couple mère-enfant est à bas risque médical, social et psychologique. Elle est donc soumise à des conditions bien précises et le suivi à domicile en découlant est lui-même bien défini. [2] [annexe III]

De plus, il est recommandé de pratiquer une évaluation individuelle une fois la sortie de la maternité envisagée, « identifiant les besoins de séances complémentaires au domicile ».

Ainsi, **des séances postnatales après la sortie de la maternité** peuvent être mises en place, elles sont appelées aussi « séances de soutien et de suivi complémentaires ».

Elles sont pratiquées : - en cas de sortie précoce,

- en cas de besoins particuliers décelés pendant la grossesse ou reconnus après la naissance.

- en réponse à des demandes des parents.

Au départ, il existait six séances agréées par la Commission de la Naissance. En juin 2003, le professeur Mattei, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées de 2002 à 2004, ramène ce nombre à quatre. [21]

En avril 2008, la modification de la Nomenclature Générale des actes professionnels (NGAP) réduit encore le nombre de séances de suivi postnatales à deux. Ces dernières sont individuelles et sont pratiquées au domicile de la patiente ou au cabinet de la sage-femme libérale. Elles sont

prises en charge à partir du huitième jour suivant l'accouchement jusqu'à la consultation postnatale (ayant lieu entre la sixième et la huitième semaine suivant l'accouchement). [37]

Ces modifications font suite à la Convention parue en décembre 2007 concernant la revalorisation des actes effectués par les sages-femmes, et à l'Arrêté du 10 décembre 2007 portant sur l'approbation de la nouvelle organisation des rapports entre les sages-femmes et la caisse d'assurance maladie.

Ainsi, la préparation à la naissance et à la parentalité est actuellement pratiquée dans un but essentiel de soutien au devenir parent, elle se veut personnalisée à chaque femme ou à chaque couple, mais également à chaque nouveau-né. Elle s'opère pour permettre aux couples de se préparer à leur nouvelle fonction de parents, d'avoir confiance en leur capacité à prendre soin de leur enfant, que ce soit pendant la grossesse et après la naissance.

Elle permet, par cela, de prévenir des situations qui seraient à risque pour la mère comme pour l'enfant et de prendre en charge ce couple mère-enfant de manière optimale en périnatalité.

4.4. L'accompagnement après la naissance

4.4.1. L'intérêt des groupes de parole

« Les groupes de parole sont généralement souhaités par des personnes [...] qui veulent réfléchir sur des problématiques et des difficultés similaires qu'elles rencontrent » [14]

Aussi, cette forme de séance de PNP semble convenir tout particulièrement à la période du post-partum. Cette période représente une phase sensible et délicate dans la mise en place du lien parent-enfant et dans l'organisation de la famille. Les groupes de parole permettent donc aux parents d'échanger librement sur les thèmes qui les occupent et les préoccupent. Ils peuvent partager leurs expériences.

« Le groupe de parole est un média par excellence à faire émerger et se distancer les résonnances des problématiques individuelles avec les problématiques collectives » [14]

Ainsi, ces groupes donnent la possibilité aux parents de confronter leur vécu et leurs expériences communes ou individuelles. Ils peuvent ainsi aborder les difficultés rencontrées avec plus de recul.

Cette forme de PNP en postnatal répond bien aux objectifs de la Haute Autorité de Santé car elle constitue un réel soutien et accompagnement à la parentalité. En verbalisant leurs

difficultés et en prenant conscience qu'elles sont partagées par d'autres parents, les couples peuvent plus facilement les accepter. Ils les dépassent et cela évite qu'elles se fixent durablement et qu'elles interfèrent dans le développement de l'enfant.

De plus, les conseils et « astuces » dispensés par les parents ayant déjà surmonté les difficultés évoquées lors de la séance, ou donnés par le ou les professionnels animant cette séance, peuvent aider et faciliter le quotidien de certains « jeunes parents ».

4.4.2. Les séances à la maternité

Des « *séances thématiques de groupe* » [25] peuvent être mises en place en service de suites de couches mais elles n'ont pas lieu dans tous les établissements. Ceci s'explique souvent par une charge de travail trop conséquente des professionnels des services. De plus, ces séances collectives ne peuvent être réalisées par les sages-femmes libérales, car elles ne rentrent pas dans la cotation de leurs actes. En effet, seules deux séances individuelles peuvent être cotées. [annexe IV]

Sur la ville de Metz, des séances appelées « séances d'éducation sanitaires » ont eu lieu de 1982 à 1995. Il n'existe aucun document écrit les citant, leur connaissance s'est faite grâce aux témoignages des professionnels les ayant animées.

Ces séances rassemblaient des femmes séjournant dans le service de suites de couches et permettaient de leur délivrer des informations concernant leur enfant et de répondre à leurs questions. Cette organisation avait pris forme grâce à la collaboration de l'école de puéricultrices de Metz, à l'école de sages-femmes du CHR Metz-Thionville et au service concerné.

Elles avaient lieu deux fois par semaine, pendant une heure, et les mamans avaient la possibilité de faire garder leur nouveau-né par les professionnels de la pouponnière du service.

L'objectif de départ consistait en la délivrance d'informations sur l'alimentation de l'enfant et cela permettait de répondre par la suite aux questions des mamans sur ce sujet. Puis, les thèmes évoqués se sont diversifiés et les professionnels ont laissé une plus grande place aux paroles des femmes.

« *L'intérêt était principalement le partage d'expérience de femmes à femmes par le témoignage des mères ayant déjà plusieurs enfants et par l'aiguillage du ou des professionnels animant la séance.* » [22]

Actuellement, il n'y a plus aucune séance de ce type réalisée sur la ville de Metz.

A Paris, à la maternité Les Bluets, Hôpital Pierre Rouquès, une séance postnatale en groupe est réalisée une fois par semaine, pendant deux heures. Elle est destinée aux femmes séjournant dans cette maternité et elle est animée par les sages-femmes du service de suites de couches. Elle permet la délivrance collective des informations concernant la sortie des mamans (la consultation postnatale, la reprise de la contraception, la rééducation périnéale, ...) afin que ces informations ne soient pas répétées plusieurs fois avec le risque d'en oublier. Elle permet également d'« *échanger et d'appréhender les difficultés* » de la naissance et du séjour et « *d'anticiper les questionnements* » qui pourraient survenir après le retour à domicile. [5] [6]

4.4.3. Les séances après le retour à domicile

Le suivi en postnatal pose problème depuis quelques années. Ainsi, lors des manifestations du printemps 2001, les associations de sages-femmes revendiquaient déjà ce suivi, notamment concernant les sorties précoces. [21]

Depuis les recommandations de 2004 concernant les modalités de ces sorties précoces, le suivi du point de vue médical s'est amélioré et il est bien défini. Mais, qu'en est-il de la préparation à la naissance et à la parentalité, en terme de séances postnatales, indépendantes des consultations médicales ?

L'argumentaire de la Haute Autorité de Santé de novembre 2005 sur la préparation à la naissance et à la parentalité a consacré tout un chapitre quant à l'efficacité de cette dernière. Il en ressort que « *les séances collectives et individuelles anté **et postnatales** [...] ont probablement un intérêt sur les interactions mère-enfant [...]* », mais que « *les parents qui ont suivi les séances de PNP éprouvent des difficultés à assimiler l'information concernant la période du postpartum* ». Ce texte évoque aussi le fait que « *la littérature et les recommandations internationales soulignent l'intérêt d'une forme de soutien après la naissance* ».

De plus, « *l'Organisation mondiale de la santé (OMS) préconise de proposer une ou plusieurs séances dans la première année de vie de l'enfant dans la continuité des séances de PNP [...] mais les modalités concrètes de ce soutien ne sont pas décrites* ». [24]

A Nantes, en 2010, une étude a été réalisée par Laura Devin, une étudiante sage-femme afin de savoir si les objectifs définis par la HAS convenaient aux femmes ayant participé à des séances de PNP. Concernant les séances postnatales, il en ressort que « *les objectifs de préparation à la*

naissance paraissent atteints auprès des femmes, mais que les objectifs de préparation à la parentalité restent occultés ». [18]

Par conséquent, la PNP après la sortie de la maternité se révèle restreinte. En effet, le nombre de séances postnatales a considérablement diminué pour n'être plus que de deux actuellement. De plus, ces séances sont individuelles et elles ne sont que peu pratiquées par les sages-femmes libérales et presque pas pratiquées par les sages-femmes hospitalières, la raison principale étant l'aspect financier. Elles se limitent généralement à la notion de facteurs de risque et/ou à la demande des parents.

Ces deux séances individuelles sont peu exploitées à en croire le manque de bibliographie à leur sujet. De plus, elles sont peu connues des patientes et ne sont même pas mentionnées précisément dans le carnet de maternité, édité par le Ministère de la Santé et des Solidarités et envoyé, depuis décembre 2008, à toutes les femmes enceintes après leur déclaration de grossesse. [annexes V et VI]

Cependant, la loi de financement de la sécurité sociale de 2008 offre la possibilité de procéder à des « expérimentations » de nouveaux modes de rémunérations pouvant se substituer au paiement à l'acte des professionnels de santé libéraux. Ces « expérimentations » sont prévues sur une période de 5 ans (jusqu'en 2012), « *elles concernent toutes les structures pluri-professionnelles ambulatoires (maisons, centres, pôles et réseaux de santé) [...]. Elles sont pilotées par les Agences Régionales de Santé (ARS) au niveau régional.* »

Si des professionnels de santé de telles structures souhaitent mener des « *actions locales ciblées de prévention, de promotion de la santé ou d'éducation à la santé en population générale et spécifique* », elles peuvent présenter un dossier de leur projet à l'ARS. Celle-ci validera le projet et pourra accorder des forfaits locaux de financement. [3] [annexe VII]

Ainsi, l'accompagnement des parents, après la naissance de leur enfant, par des séances de PNP semble s'avérer nécessaire.

Qu'en est-il des besoins et des attentes des couples ?

PARTIE 2

L'étude

3. La présentation de l'étude

3.1. La problématique, les hypothèses et les objectifs

1.1.4. La problématique

La parentalité se concrétise à la naissance de l'enfant, mais les processus d'accès au devenir parent sont mis en jeu bien avant : ils sont introduits dans l'enfance par le désir d'enfant. La parentalité commence réellement à prendre forme lors de la grossesse et continue à s'affiner bien après.

La période du post-partum représente un tournant décisif : à la fois pour la mère et le père qui se trouvent confrontés à leur nouvelle identité, mais aussi pour l'enfant car il achève sa naissance et acquiert progressivement les éléments structuraux qui feront sa vie. Le couple est nécessairement remanié, voire mis en danger.

Le retour à domicile symbolise souvent ce tournant. Après un séjour en maternité entourés par les professionnels, les parents se retrouvent alors seuls face à leur enfant et à ses besoins. Ils passent d'une vie de couple à une vie de famille. Ce nouvel équilibre peut engendrer des bouleversements fragilisant la relation mère-père-bébé.

Ainsi, l'après naissance semble être une période fragile sur laquelle repose la construction de liens.

Qu'en est-il des séances postnatales comme réponse aux objectifs de la PNP et aux besoins des couples ?

1.1.5. Les objectifs

- Evaluer les difficultés rencontrées par les parents pendant les premiers mois de la vie de leur enfant pour appréhender leurs besoins après la sortie de maternité
- Mettre en évidence la pertinence des séances postnatales sous forme de groupes de parole, en tant que continuité aux séances prénatales, pour préparer et accompagner la naissance et surtout la parentalité

1.1.3. Les hypothèses

- Les parents se posent beaucoup de questions sur les besoins et les attentes de leur enfant en postnatal.
- Les couples ont besoin d'être rassurés dans leurs capacités à être des « bons » parents pour leur enfant, tant dans les soins qu'au niveau relationnel.
- Après leur séjour en maternité, les mères ne se sentent pas assez préparées au retour à domicile.
- En postnatal, les couples n'ont pas retenu la totalité du contenu des informations délivrées en prénatal et concernant la période du post-partum.
- Les femmes envisagent les séances postnatales comme une continuité de la PNP.
- Les femmes attendent d'échanger sur leur vécu de la naissance (le travail, l'accouchement, la découverte de leur enfant...) et sur les difficultés rencontrées, qui sont souvent communes à tous les parents.

3.2. Les modalités et les outils de l'étude

3.2.1. Le terrain et la durée de l'étude

La période de l'étude s'est étendue du 17 octobre 2010 au 4 janvier 2011 inclus. Elle a eu lieu à Metz sur le site de l'Hôpital Maternité de Metz et à la Clinique Claude Bernard.

1.2.2. Les outils

L'étude a été réalisée en deux temps grâce à deux outils.

- **Le formulaire** [annexe VIII]

Dans un premier temps, **un formulaire** a été distribué en service de suites de couches aux femmes ayant accouché à Metz. Elles le complétaient et le donnaient aux professionnels du secteur de suites de couches.

Ce formulaire permettait d'obtenir les coordonnées des femmes et de connaître leur accord ou désaccord pour participer à l'étude.

La distribution s'est étendue sur 6 semaines, du 17 octobre 2010 au 28 novembre 2010 inclus.

Sur 200 formulaires donnés aux deux maternités, 103 formulaires ont été complétés et récupérés pendant la période de distribution. Cinq femmes ont refusé de participer à l'étude.

- **Le questionnaire** [annexe IX]

Suite aux renseignements fournis par le formulaire, **un questionnaire** a été envoyé aux femmes ayant donné leur accord pour participer à l'étude avec une enveloppe affranchie pour le retour.

Ce questionnaire anonyme comportait des questions fermées et des questions ouvertes classées en 5 rubriques : renseignements généraux, la grossesse, l'accouchement, le séjour à la maternité, le retour à domicile.

Il a été étayé suite à la réalisation d'une séance postnatale expérimentale qui a eu lieu le 11 octobre 2011 à Verdun. Cette séance a pu se faire grâce au concours d'une sage-femme libérale et de 6 couples s'étant déjà réunis en prénatal.

Le questionnaire a été testé auprès de 6 femmes, 6 semaines après leur accouchement.

Les envois se sont déroulés sur 5 semaines, du 15 novembre 2010 au 19 décembre 2010 inclus.

La dernière date limite de renvoi était le 4 janvier 2011.

Quatre-vingt-seize questionnaires ont été envoyés par courrier postal, 2 envois ont été faits par e-mail aux femmes n'ayant donné que leur adresse e-mail.

Chaque questionnaire était reçu par les femmes environ 1 mois après la date de leur accouchement. Ce délai a été choisi car il représente une période importante dans l'établissement des premiers liens mère-enfant.

Les femmes avaient un délai de 15 jours pour y répondre et pour le renvoyer.

Sur 98 questionnaires envoyés : - 68 ont été retournés par envoi postal

- 1 par e-mail

- 29 n'ont pas été retournés

Tableau 1 : Délai entre la date de l'accouchement et la date à laquelle le questionnaire a été rempli.

Délais	Nombre de femmes
< 1mois	8
1 mois	8
1 mois et demi	46
> 1 mois et demi	7
TOTAL	69

L'analyse des questionnaires a été réalisée grâce au logiciel Le Sphinx Plus².

1.2.3. La population concernée

L'étude s'adressait aux femmes ayant accouché à Metz. Pour bénéficier d'une évaluation des besoins en postnatal d'un échantillon de la population générale aucun critère d'exclusion n'a été choisi.

Sur 200 formulaires distribués aux maternités, 69 questionnaires ont pu être exploités.

1.2.4. Les biais

Aux questions sur le vécu et le ressenti :

- Question 17 : Comment avez-vous vécu votre séjour ?
- Question 22 : Les premiers jours à domicile comment vous sentiez-vous ?
- Question 26 : A ce jour comment vous sentez-vous ?

Les exemples de qualificatifs à employer (stressant, reposant, sereine, tendue, fatiguée) semblent avoir influencé les réponses des femmes.

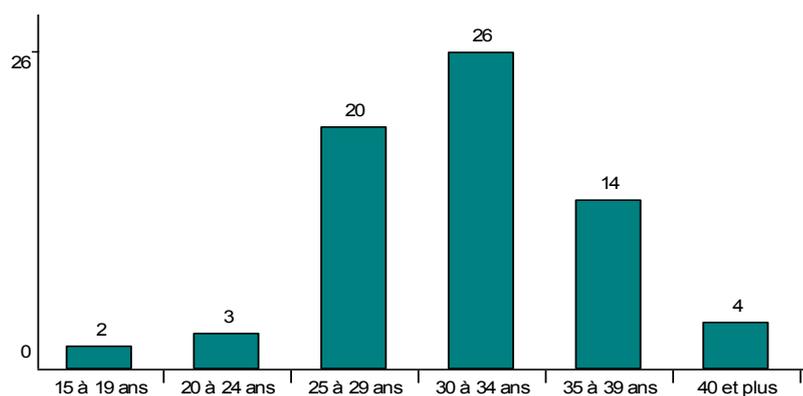
4. Présentation des résultats

Le n représente le nombre de femmes qui ont répondu à chaque question

2.2. Caractéristiques de la population étudiée

- **Age des patientes (n=69)**

Figure 2 : Tranches d'âge



- **Situation professionnelle (n=68)**

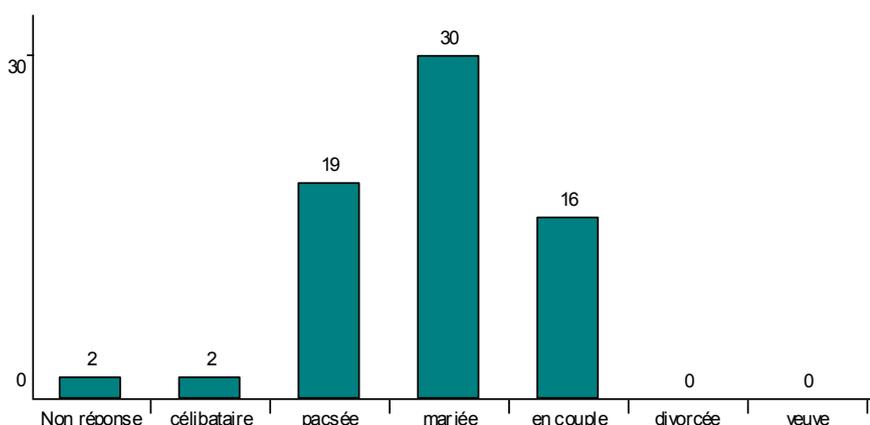
Cinquante-neuf femmes ont une profession, 9 femmes n'en n'ont pas et une femme n'a pas répondu à la question.

Tableau 2 : Les catégories professionnelles

Catégories professionnelles	Nombre de femmes
Employées	24
Professions intermédiaires	23
Cadres et professions intellectuelles	11
Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	1
Ouvriers	1
TOTAL	59

- **Situation familiale (n=69)**

Figure 3 : Situation familiale



- **Nombre d'enfant au foyer, y compris le nouveau-né (n=69)**

Tableau 3 : Nombre d'enfant au foyer

Nombre d'enfants	Nombre cité
1	37
2	23
3 ou plus	9
TOTAL	69

2.2. La grossesse

- **Concernant la PNP (n=68)**

Il y a une non réponse à la question.

Dix femmes n'y ont pas participé : 5 d'entre elles sont des primipares et 5 sont des multipares.

Cinquante-huit femmes y ont participé, 32 d'entre elles étaient des primipares et 26 étaient des multipares.

Sur les 58 femmes, 55 d'entre elles estiment que les séances prénatales avaient répondu à leurs attentes.

Les 3 femmes n'étant pas satisfaites de ces séances les qualifiaient de « *trop théoriques* », « *trop basiques* » et disaient qu'elles ne répondaient pas aux « *questions particulières* ».

Les modalités des séances

Il y a une non réponse pour le type de professionnel effectuant la PNP.
(tableau 7)

Tableau 4 : Nombre de séance

Nombre de séances	Participant
1 à 3	14
4 à 7	34
8 ou plus	10
TOTAL	58

Tableau 5 : Durée des séances

Durée	Participant
1 heure	32
2 heures	25
Plus de 2 heures	1
TOTAL	58

Tableau 6 : Type de séances

Type de séances	Participant
En groupe	44
En individuel	7
En groupe et en individuel	7
TOTAL	58

Tableau 7 : Type de professionnel

Type de professionnel	Participant
Sage-femme libérale	36
Sage-femme hospitalière	11
Total	57

La présence du père (n=58)

Vingt-deux père étaient présents et 36 n'étaient pas présents. (n=58)

Les raisons de cette absence étaient : « travaille » (29), « a déjà assisté pour le premier enfant » (2), « manque d'intérêt » (1), « par choix » (1) et « séances en piscine » (1).

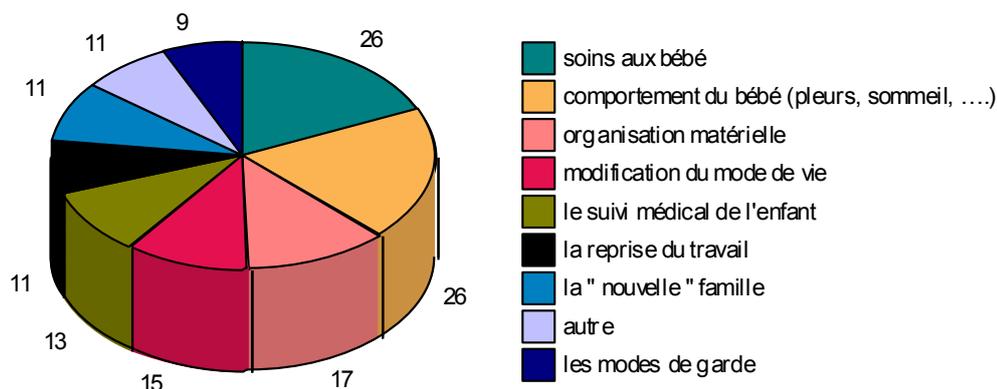
Une femme n'a pas donné la raison de cette absence.

Le retour à domicile a-t-il été abordé par la sage-femme ? (n=58)

Le retour à domicile a été abordé lors des séances prénatales pour 40 femmes.

Les thèmes abordés étaient : (n=40)

Figure 4 : Thèmes abordés concernant le retour à domicile



- A la section « autre » les femmes avaient répondu : « *allaitement* » (9), « *baby-blues* » (1) et « *contraception* » (1).

- **Concernant leur vision de la période postnatale (n=69)**

Quarante-quatre (sur 69) disaient se poser des questions sur la période postnatale.

Quarante femmes (sur 69) appréhendaient d'éprouver des difficultés durant cette période.

2.5.L'accouchement et le séjour à la maternité

- **Le mode d'accouchement (n=69)**

Il y a eu 56 accouchements par voie basse dont 14 avec une aide instrumentale (6 ventouses et 8 forceps).

Il y a eu 13 césariennes dont 7 effectuées en urgence.

Remarque_ : le motif des césariennes n'a pas été exploité, ne révélant pas une grande importance au moment de l'analyse.

- **Le séjour en maternité**

Le vécu du séjour en maternité (n=64)

Un qualificatif positif avait été utilisé par 17 femmes.

Plusieurs qualificatifs positifs avaient été utilisés par 6 femmes.

- reposant (12)
- rassurant (3)
- agréable (1)
- bien (4) et très bien (1)
- sereinement (5)
- apaisant (1)
- instructif (1)
- profitable à la relation mère-enfant (1)

Un qualificatif négatif avait été utilisé par 21 femmes

Plusieurs qualificatifs négatifs avaient été utilisés par 10 femmes.

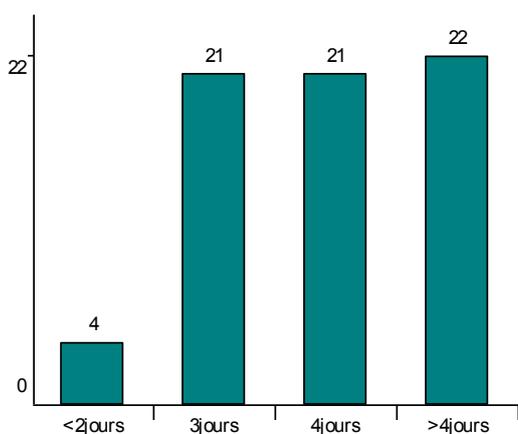
- fatigant (19)
- stressant (18)
- long (5)
- angoissant (1)
- éprouvant (1)

Dix femmes avaient employé des qualificatifs positifs et négatifs.

Remarque : Vingt-sept femmes ont employé plusieurs qualificatifs alors qu'un seul était demandé. Trois femmes évoquaient le problème des conseils dispensés en maternité : différents selon les professionnels.

La durée du séjour en maternité (n=68)

Figure 5 : Durée de séjour à la maternité



Le nouveau-né (n=69)

Sur les 69 naissances de l'enquête, 5 enfants n'étaient pas restés près de leur mère en service de maternité. Les raisons évoquées de leur hospitalisation en néonatalogie étaient : naissance prématurée (2), photothérapie (1), fièvre (1) et inhalation de liquide méconial avec difficultés respiratoires (1).

Quarante-sept enfants ont été nourris au sein.

4.4. Le retour à domicile

- **Les modalités après le retour à la maison**

L'alimentation de l'enfant (n=69)

Sur 47 femmes allaitant leur enfant à la maternité :

- 33 donnaient encore le sein à leur bébé le jour où elles ont complété le questionnaire
- 14 femmes avaient arrêté l'allaitement maternel au jour du questionnaire

Les raisons de cet arrêt sont variées : (n=33)

Tableau 8 : Les motifs évoqués de l'arrêt de l'allaitement

Motifs de l'arrêt	Nombre
Sentiment de lactation insuffisante	7
Tétées trop fréquentes	3 dont 1 en association avec une lactation insuffisante
Difficultés de succion	2 en association avec une lactation insuffisante
Douleurs et crevasses	4 dont 1 en association avec une lactation insuffisante
Choix personnel	2
Traitement médical incompatible	1

- Dans l'arrêt de l'allaitement par choix personnel, une femme évoquait son « envie de moins de contraintes et de désagréments physiques ».

- Les femmes citant « *lait peu riche* », « *pas assez de lait* », « *pas de montée de lait* », « *production de lait que de 6 jours* » sont classées dans la section « sentiment de lactation insuffisante ». Quatre femmes mettaient en corrélation ce problème avec la manière de téter de leur enfant.

Une femme a écrit « *pas assez de lait car pas assez d'aide à la maternité* ».

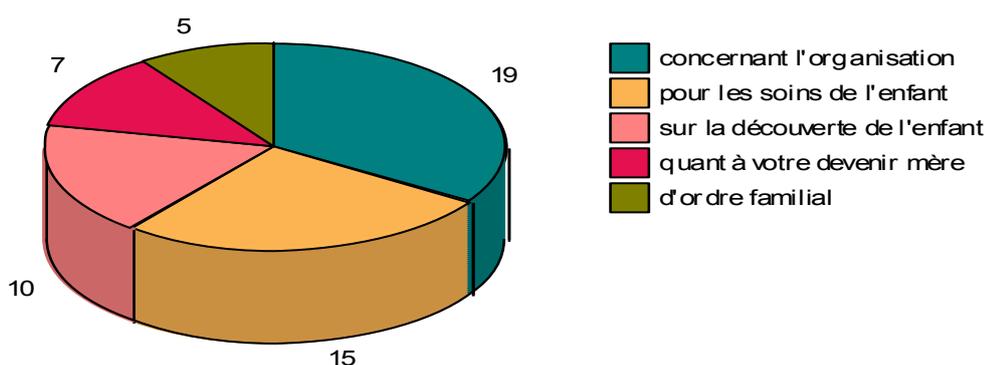
- **Le vécu et le ressenti à la maison**

Le vécu par rapport à l'enfant (n=69)

Des questions quant aux besoins de leur enfant s'étaient posées pour 54 femmes, et 15 femmes ne s'étaient pas posé de questions à ce sujet.

Des difficultés après la sortie de maternité avaient été éprouvées pour 37 femmes.

Figure 7 : Difficultés éprouvées en postnatale



- Cinq femmes avaient ajouté une case « *allaitement* » à cette question.

Les appréhensions pendant la grossesse corrélées avec les difficultés en postnatal

Tableau 9 : Difficultés appréhendées pendant la grossesse et vécues en postnatal

Appréhension pendant la grossesse	Difficultés à la maison		Total
	Oui	Non	
Oui	27	11	38
Non	9	20	29
Non réponse	1	1	2
Total	37	32	69

Le vécu par rapport à elle-même (n=69)

Trente-quatre femmes avaient perdu confiance en elle en tant que maman.

- **Les premiers jours à domicile comment vous sentiez-vous ? (n=68)**

Un qualificatif positif avait été utilisé par 24 femmes.

Des qualificatifs positifs avaient été utilisés par 5 femmes.

- sereine (31) - heureuse (7) - contente (3) - reposée (2)
- détendue (1) - calme (1) - rassurée (1) - soulagée (1)

Un qualificatif négatif avait été employé par 21 femmes.

Plusieurs qualificatifs négatifs avaient été employés par 11 femmes.

- fatiguée (18) - tendue (17) - stressée (6) - angoissée (2)
- inquiète (2) - perdue (2) - frustrée (1) - nerveuse (1)
- épuisée (1)

Huit femmes avaient utilisé des qualificatifs positifs et négatifs.

- **A ce jour comment vous sentez-vous ?**

Un qualificatif positif avait été utilisé par 24 femmes.

Plusieurs qualificatifs positifs avaient été employés par 8 femmes.

- sereine (31) - heureuse (8) - confiante (4) - détendue (4)
- organisée (4) - contente (3) - reposée (2) - comblée (2)
- posée (1) - épanouie (1) - bien (1) - plus sûre de soi (1)

Dix femmes avaient utilisé un qualificatif négatif et 1 femme en avait employé plusieurs.

- fatiguée (28) - inquiète (1) - épuisée (1) - perdue (1)
- moins sereine (1)

Des qualificatifs positifs et négatifs avaient été utilisés par 26 femmes.

Remarque : Vingt-quatre femmes ont employé plusieurs qualificatifs à la première question et 36 femmes à la deuxième question, alors qu'un seul était demandé.

Tableau 10 : Qualificatifs utilisés pour définir le vécu des suites de couches

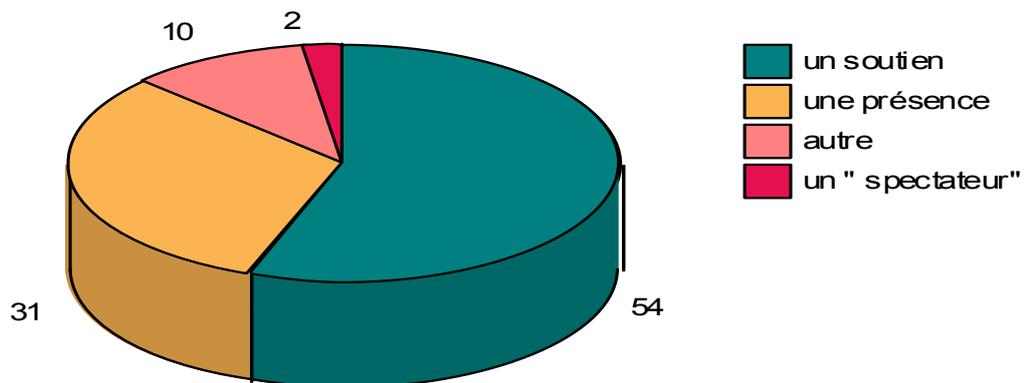
		Qualificatifs : ressenti des 1ers jours du retour à domicile		
		Positifs	Négatifs	Positifs et négatifs
Qualificatifs : ressenti au jour du questionnaire	Nombre	29	31	8
	Positifs	16	16	1
	Négatifs	3	7	1
	Positifs et négatifs	9	8	6

- L'entourage

Concernant le papa (n=69)

Le papa était présent pour 67 femmes.

Figure 8 : Présence du père



- Plusieurs réponses étaient possibles à cette question.

- Dans la section « autre », 9 femmes sur 10 avaient marqué que le papa constituait une aide pour « *les tâches quotidiennes* », « *les soins au bébé* » et la prise en charge des autres enfants. Une femme avait marqué « *conseil* » à côté de la case « autre ».

Concernant les proches (n=69)

Habitez-vous loin de vos proches ?

Vingt-huit femmes estimaient habiter loin de leurs proches et, pour 10 d'entre elles, cet éloignement représentait une difficulté.

Il y avait 2 non réponses sur 28 réponses attendues à la question « Si oui, est-ce une difficulté ? ».

Remarque : le nombre de kilomètres séparant les femmes de leur entourage n'a pas été exploité. Ce critère s'est révélé peu intéressant au cours de l'analyse.

Pouvez-vous compter sur le soutien de vos proches ? (n=69)

Soixante-deux femmes pouvaient compter sur le soutien de leurs proches et 23 d'entre elles étaient éloignées de ces derniers.

Tableau 11 : Eloignement et soutien des proches

Soutien \ Eloignement	Oui	Non	Total
Oui	23	39	62
Non	5	2	7
Total	28	41	69

Comment vous sentez-vous par rapport à vos proches ?

Tableau 12 : Ressenti par rapport aux proches et éloignement

Ressenti \ Eloignement	Oui	Non	Total
Non réponse	0	1	1
Soutenue	20	28	48
Entourée	20	35	55
Jugée	0	3	3
Oppressée	0	1	1
Seule	3	0	0

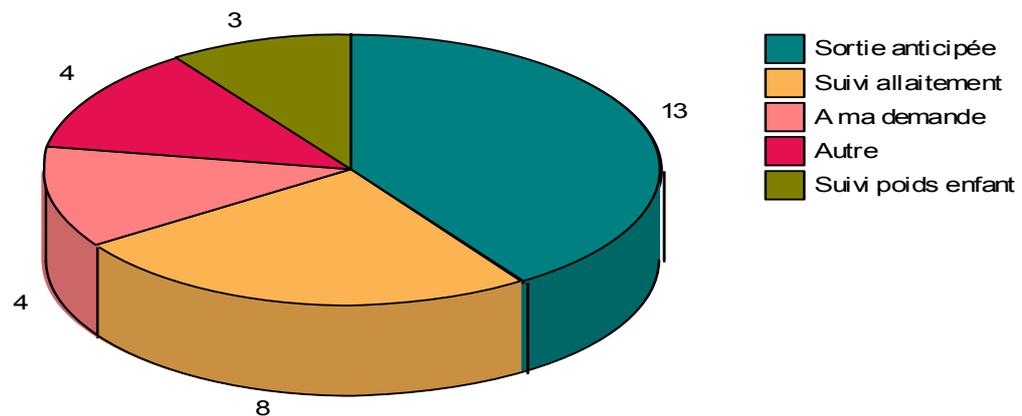
- **Les besoins à la maison**

La visite d'une sage-libérale (n=69)

Trente-trois femmes avaient reçu la visite à domicile d'une sage-femme libérale.

Les raisons évoquées de cette ou ces visite(s) étaient :

Figure 6 : Motifs de visite d'une sage-femme libérale (n=32)

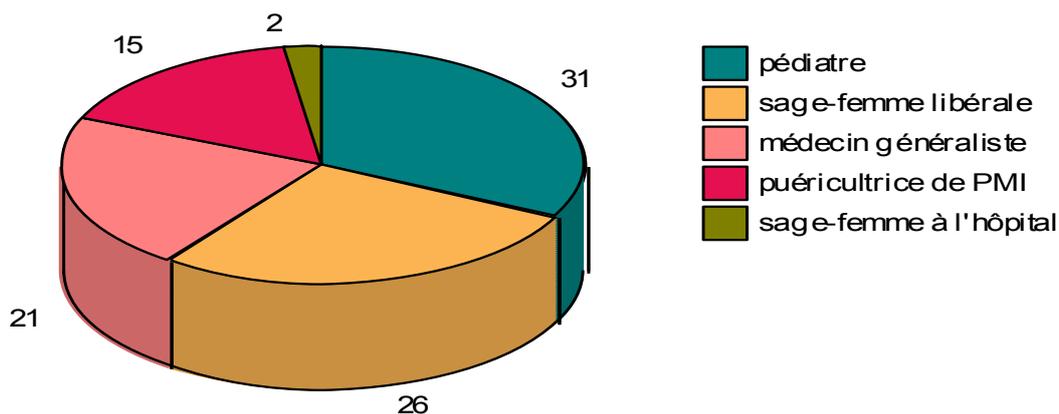


- Une femme n'avait pas donné le motif de cette visite.
- La section « sortie anticipée » regroupait 4 femmes étant sortie à J2 et 7 femmes étant sortie à J3, toutes ayant eu un accouchement par voie basse. Cette section comprend aussi 2 femmes ayant eu une césarienne et étant sortie à J4.
- Dans la section *à la demande*, les motifs cités étaient : « crainte d'une lymphangite », « nombreuses questions » (2) et « me rassurer en vérifiant que tout se passe bien ».
- Dans la section *autre* les motifs cités étaient : « soins au bébé et surveillance cicatrice épisiotomie », « surveillance cicatrice césarienne » (2), et « surveillance bébé car ictère ».

La prise de contact avec les professionnels (n=69)

Cinquante-et-une femmes avaient contacté un professionnel après leur sortie de la maternité et dix-huit femmes n'en avaient pas contacté.

Figure 9 : Type de professionnel(s) rencontré(s) (n=51)



- Sur les 26 femmes ayant elles-mêmes contacté une sage-femme libérale, 20 d'entre elles avaient reçu cette professionnelle en visite à domicile.

Tableau 13 : Type et nombre de contacts d'un ou plusieurs professionnels

Type de contacts \ Nombre de contacts	En consultation	Par téléphone	En consultation et par téléphone	Total
Non réponse	1	1	0	2
1fois	12	4	0	16
2fois	8	2	6	16
3fois	3	2	6	11
4fois	2	1	3	5
5fois	0	0	1	1
Total	26	10	15	51

Sur les 18 femmes n'ayant pas pris contact avec un professionnel après leur sortie de la maternité, 13 n'auraient pas souhaité en contacter un, 4 auraient souhaité prendre contact avec un professionnel. Il y a une non réponse à cette question.

- **Les séances après l'accouchement, sur le modèle des séances à la préparation à la naissance et à la parentalité.** (n=68)

Il y avait une non réponse à cette question.

Cinquante-sept femmes (sur 68) pensaient que des séances de ce type, remboursées à cent pour cent par la sécurité sociale, seraient utiles après l'accouchement :

- 33 femmes étaient des primipares dont 4 n'ayant pas participé à des séances prénatales
- 24 femmes étaient des multipares, dont 2 n'ayant pas participé à des séances prénatales

Le nombre et le moment des séances postnatales (n=57)

Tableau 14 : Nombre de séances postnatales

Nombre de séances	1	2	3	> 3
Nombre de femmes	3	17	26	11

- **Parmi les femmes désirant une séance postnatale :**

Une femme l'estimait utile à 10-15 jours de la sortie de maternité.

Une femme l'estimait utile à 1 mois de la sortie.

Une femme l'estimait utile soit la veille ou le jour de la sortie, soit à 10-15 jours, soit à 1 mois de la sortie de maternité.

- **Parmi les femmes désirant 2 séances postnatales :**

Trois femmes estimaient qu'une des séances était utile la veille ou à la sortie de la maternité.

Neuf femmes estimaient qu'un des séances était utile à 10-15 jours de la sortie.

Une femme estimait qu'une des séances était utile à 1 mois de la sortie.

Deux femmes estimaient que ces séances étaient utiles la veille ou à la sortie de maternité et à 10-15 jours de cette sortie.

Deux femmes estimaient que ces séances étaient utiles la veille ou à la sortie de maternité et à 1 mois de cette sortie.

- **Parmi les femmes désirant 3 séances postnatales :**

Deux femmes estimaient utile qu'une de ces séances se déroule la veille ou à la sortie de la maternité.

Quinze femmes estimaient utile qu'un de ces séances se déroule à 10-15 jours de la sortie.

Six femmes estimaient utile qu'une de ces séances se déroule à 1 mois de la sortie.

Deux femmes estimaient utile que deux de ces séances se déroulent à 10-15 jours et à 2 mois de la sortie.

Une femme estimait utile que ces séances se déroulent la veille ou à la sortie de la maternité, à 10-15 jours de cette sortie et à 1 mois.

- **Parmi les femmes désirant un nombre de séances supérieur à 3 :**

Cinq femmes en désiraient au moins une la veille ou le jour de la sortie de maternité.

Trois femmes en désiraient au moins une à 10-15 jours de la sortie.

Une femme désirait au moins une séance à 2 mois de la sortie.

Une femme en désirait au moins deux à 10-15 jours et à 1 mois de la sortie.

Une femme en désirait au moins trois la veille ou le jour de la sortie, à 10-15 jours et à 1 mois de cette sortie.

Tableau 15 : Moment des séances postnatales

Moment de la séance par rapport à la sortie de maternité	La veille ou à la sortie	A 10-15 jours	A 1 mois	A 2 mois
Nombre de femmes	17	36	16	3

La case autre n'avait jamais été cochée.

Les modalités des séances postnatales (n=57)

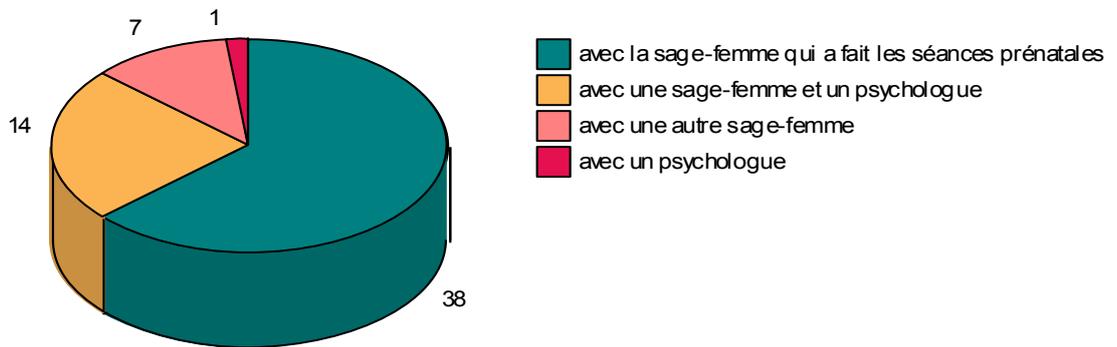
Tableau 16 : Modalités des séances postnatales

	En groupe		En individuel	En groupe et en individuel		Peu importe
	Avec le même groupe	Peu importe		Avec le même groupe	Peu importe	
Nombre de femmes	5	15	17	3	8	9
Sous-total	20		17	11		9
total	57					

Remarque : la rubrique « avec le même groupe » suppose le même groupe que pendant les séances prénatales.

Le type de professionnel réalisant les séances postnatales (n=57)

Figure 10 : Type de professionnel réalisant les séances postnatales



- Sur les 38 femmes désirant participer à des séances postnatales « avec la sage-femme qui a fait les séances prénatales », 2 avaient aussi coché la case « avec une autre sage-femme » et une femme avait aussi coché « avec un psychologue ».

La participation financière des femmes aux séances postnatales (n=57)

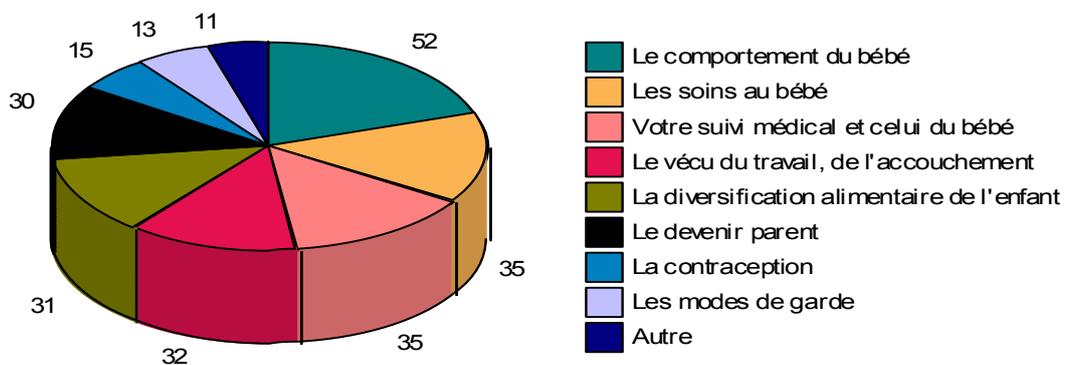
Trente-huit femmes (sur 57) auraient pu participer financièrement aux séances postnatales, si la sécurité sociale ne les prenait pas en charge.

Tableau 17 : Valeur en euros de la participation financière des femmes aux postnatales

Participation financière en euros	6	10	15	20	25	28	30	40	50
Nombre de femmes	1	9	8	10	1	1	4	1	3

Les thèmes à aborder lors des séances postnatales (n=56)

Figure 11 : Thèmes à aborder en séances postnatales



Il y avait une non réponse à cette question (sur les 57 femmes désirant des séances postnatales).

- Dans la section « autre », 6 femmes avaient proposé le thème de l'allaitement : « *allaitement et difficultés éventuellement rencontrées* » (1), « *allaitement et sevrage* » (1), « *allaitement et reprise du travail* » (1) et « *allaitement* » (3).

Les autres thèmes proposés étaient : « *relaxation* », « *tous les sujets possibles* », « *après l'accouchement pour la maman (physiquement)* ».

Une femme ayant coché la case « autre » n'avait pas proposé de thème à aborder.

- **Les propositions des femmes pour améliorer l'accompagnement en postnatal**

Trente-quatre femmes n'ont pas répondu à cette question, 26 d'entre elles pensaient que des séances postnatales en groupe de paroles remboursées par la sécurité sociale seraient utiles.

Il y avait 35 femmes ayant émis des propositions concernant l'accompagnement en postnatal : 20 d'entre elles étaient des primipares et 15 étaient des multipares.

Concernant la préparation à la naissance et à la parentalité

Une femme proposait une séance sur la préparation au retour à la maison « *de manière moins théorique, sous formes d'ateliers pour les soins au bébé* ».

Des séances postnatales en groupes étaient proposées par 4 femmes :

- pour « *parler avec d'autres mamans qui ont les mêmes difficultés* »
- car « *les solutions des autres peuvent nous aider* »
- « *en cas d'accouchement difficile* »

Concernant le séjour à la maternité

Une femme évoquait la possibilité pour le papa de pouvoir dormir à la maternité.

Une femme disait « *une meilleure prise en charge des mères allaitant* ».

Trois femmes parlaient de la préparation de la sortie de maternité :

- « *un entretien le jour de la sortie* »
- « *une meilleure préparation le jour de la sortie* » concernant les soins du bébé et par la délivrance d' « un numéro de téléphone utile si des questions nous venaient après »
- « *une sortie plus accompagnée* »

Il y avait 6 femmes désirant plus d'informations et d'explications sur le sevrage et les laits artificiels, sur les « *maux courants du bébé* », et sur les « *modifications physiques* » de la maman.

Concernant la prise en charge par les professionnels après la sortie de la maternité

La nécessité d'**un suivi** est évoqué par 5 femmes : « *suivi psychologique* », « *suivi régulier et daté pendant les 6 premiers mois de l'enfant* », « *accompagnement à l'allaitement et conseils à la maman sur la prise en charge de son corps* », « *suivi systématique surtout en cas d'allaitement* », et « *un suivi par une sage-femme ou un gynécologue plus tôt que la consultation à 6 semaines* ».

La possibilité **de rencontrer un professionnel de santé** a été proposée par 9 femmes :

- 3 femmes proposaient une rencontre sur le lieu de travail du professionnel : « *rendez-vous avec une sage-femme ou une puéricultrice* », « *une rencontre avec un médecin avant le premier mois de l'enfant* », « *une visite obligatoire chez un professionnel de santé la semaine suivant la sortie de maternité pour faire le point sur l'organisation et la gestion postnatale* ».
- 5 femmes proposaient au moins une visite à domicile systématique d'une sage-femme ou d'une puéricultrice. Le moment de cette ou ces visite(s) varie(nt) : « *une fois par mois* », « *une fois par semaine pendant deux mois* », « *une fois dans les 10 jours suivant la sortie* ».

Sur ces 5 femmes, 2 avaient reçu la visite d'une sage-femme libérale à domicile.

Autres types de propositions

Une « *aide à domicile* » a été proposée par 2 femmes pour « *les tâches du quotidien* » ou pour « *des gardes ponctuelles de deux heures* ».

Une femme proposait un rallongement du congé paternité.

Une femme proposait la mise en place d'un standard téléphonique.

PARTIE 3

**L'analyse des résultats et les propositions pour améliorer le soutien
à la parentalité en postnatal**

3. L'accompagnement à la parentalité pendant la grossesse et en maternité

3.1. La question de la période postnatale en PNP prénatale

Plus de 3/4 des femmes interrogées avait participé à des séances prénatales et plus de la moitié était des primipares.

Les 2/3 avaient abordé le thème du retour à domicile lors des séances prénatales. Elles avaient principalement reçu des informations sur les soins et le comportement du bébé :

- plus de la moitié d'entre elles disait avoir éprouvé des difficultés à la maison surtout pour les soins du bébé et concernant l'organisation
- plus des 3/4 se posaient des questions sur les besoins de leur enfant.

De plus, sur les 10 femmes n'ayant pas participé à de la PNP (dont 5 primipares), 2 femmes seulement ont éprouvé des difficultés en postnatal : une primipare et une deuxième pare.

L'hypothèse : en postnatal, les couples n'ont pas retenu la totalité du contenu des informations délivrées en prénatal et concernant la période du post-partum peut donc être affirmée. En effet, même quand la femme ou le couple a pu aborder ce thème en prénatal et que des informations relatives au nouveau-né ont pu être reçues avant la naissance, des difficultés peuvent survenir et des questions peuvent se poser.

Selon l'HAS : « *les parents qui ont suivi les séances de PNP éprouvent des difficultés à assimiler l'information concernant la période du postpartum* » [24]

Et, selon une étude réalisée en 2010 à Nantes par une étudiante sage-femme : « *les objectifs de préparation à la naissance paraissent atteints auprès des femmes, mais les objectifs de préparation à la parentalité restent occultés* ». [18]

Ainsi, la nécessité d'un rappel de ces informations pour réactualiser les connaissances des parents peut donc s'avérer utile pendant et après le séjour à la maternité. Ceci peut se faire de manière individuelle, mais aussi en groupe.

L'étude indique que moins des 2/3 des femmes disaient appréhender de rencontrer des difficultés après la naissance et moins d'un tiers d'entre elles n'en n'ont finalement pas éprouvé.

Pendant leur grossesse, les femmes envisagent, la venue de l'enfant avec des questionnements importants, voire des craintes. D'ailleurs, certaines l'expriment lors des séances de PNP.

Plus du tiers des femmes interrogées n'envisageait pas de rencontrer des difficultés en postnatal pendant leur grossesse :

- neuf d'entre elles, soit environ 1/3 en ont finalement éprouvé à leur retour à la maison
- sept d'entre elles, soit environ 1/4 reconnaissent avoir eu plus de difficultés que ce qu'elles s'étaient imaginé pendant la grossesse.

La période du post-partum est réellement une période de transition et de réaménagements dans la vie de la femme devenue mère mais également dans la vie de couple. Le nouveau-né occupe désormais une place centrale et savoir interpréter ses pleurs et connaître ses besoins ou attentes peut s'avérer plus difficile que ce que s'étaient imaginé pendant la grossesse les jeunes parents. L'enfant « réel » est alors bien différent de l'enfant « imaginaire ». Ainsi, il est difficile pour les futures mères de se projeter.

D'ailleurs, l'étude montre que, même si pendant leur grossesse les femmes se sentent sereines par rapport à l'après naissance, ce n'est pas significatif de difficultés rencontrées concernant l'organisation et les soins de leur enfant.

Aussi, après la naissance, les parents sont confrontés à la réalité, pouvant être différente de ce qu'ils s'étaient imaginé. Un soutien à la parentalité pendant cette période peut être nécessaire même si aucun facteur de risque n'était présent en prénatal.

Les « séances de soutien et de suivi complémentaires » après la sortie de maternité, recommandées par l'HAS en 2005, peuvent donc constituer une forme de soutien. En effet, elles sont conseillées en cas de sortie précoce, ou si des besoins particuliers ont été décelés pendant la grossesse ou après la naissance, mais également sur demande des parents. Mais, il convient de noter que les parents peuvent être en demande sans connaître l'existence de ces séances, la délivrance d'informations à leur sujet s'avère donc primordiale.

Propositions

Le fait d'évoquer, pendant la période prénatale, l'existence de ces séances rassurerait peut-être les femmes. De plus, ne serait-il pas essentiel de préciser aux futures mères qu'elles peuvent faire appel à une sage-femme pendant la période postnatale ?

Or, les deux séances postnatales individuelles de la PNP ne sont pas précisément mentionnées dans le carnet de maternité et sont peu connues des professionnels de santé. Depuis les recommandations de l'HAS de 2005, la PNP en France débute généralement par une première séance appelée entretien prénatal précoce (EPP), ou en couple.

Pourquoi ne pas présenter ces séances lors de l'EPP comme faisant partie intégrante de la PNP ? Lors de la dernière ou de l'avant dernière séance prénatale, l'existence de ces séances pourrait être rappelée et pourquoi ne pas déjà en planifier une ? (au risque de modifier le rendez-vous en fonction de la date de l'accouchement)

En postnatal, d'autres acteurs peuvent aussi accompagner la mère. En effet, elle a besoin d'un soutien familial contenant, principalement de la part du père. En l'accompagnant dans sa nouvelle identité de mère, il la sécurise et lui permet de reprendre confiance en ses capacités à s'occuper de son enfant. Il possède également un rôle indispensable de « séparateur » dans la relation mère-bébé car, en la laissant aller à la fusion avec son enfant, il lui permet de s'en défaire.

Les 2/3 des pères n'étaient pas présents aux séances prénatales surtout du fait de leur travail. **Ce chiffre évoque le fait que les séances se déroulant souvent en journée alors que les futurs pères sont généralement plus disponibles en soirée. Mais, pendant la grossesse, les pères se sentent-ils concernés par les informations dispensées en prénatale ?**

Proposition

Pourquoi ne pas planifier l'EPP afin que le futur père puisse lui aussi y participer, et proposer systématiquement sa réalisation en couple ? Cet entretien ne serait-il pas l'occasion de lui présenter les séances prénatales suivantes ? Se sentirait-il davantage impliqué ?

1.2. La PNP en maternité

- **Le vécu du séjour à la maternité**

Un tiers des femmes ayant répondu à la question concernant leur vécu du séjour à la maternité employait un ou plusieurs qualificatifs positifs, les 2/3 d'entre elles étaient restées hospitalisées 4 jours ou plus.

La moitié des femmes avait vécu leur hospitalisation de manière exclusivement négative et un peu moins des 2/3 avaient séjourné à la maternité 4 jours ou plus.

Dans cette étude, la durée du séjour en maternité n'influence pas le vécu des femmes.

Les chiffres révèlent aussi que les femmes ayant accouché par césarienne avaient mieux vécu leur séjour que les femmes ayant accouché par voie basse. En effet, parmi les 13 femmes ayant eu une césarienne (dont 5 césariennes en urgence), 2 seulement employaient des qualificatifs exclusivement négatifs contrairement à la moitié des femmes ayant accouché normalement

Le vécu négatif du séjour n'est donc pas forcément influencé par la survenue d'une césarienne, même en urgence.

Parmi les femmes dont l'enfant était présent pendant toute la durée de leur séjour en maternité :

- moins de la moitié a mal vécu ce séjour
- moins de 1/4 a vécu ce séjour de manière à la fois positive et négative
- 1/3 l'a bien vécu

Parmi les 5 femmes dont l'enfant était absent pendant une partie ou pendant la durée du séjour :

- 2 ont mal vécu leur séjour
- 3 ont mal vécu leur début de séjour puis de manière plus positive par la suite

L'hospitalisation de l'enfant contribue à rendre le vécu du séjour de la mère à la maternité plus négatif, mais n'engendre pas plus de difficultés au retour à la maison.

En effet, pratiquement aucune des mamans ayant été séparées de leur enfant à la maternité n'a éprouvé de difficultés en postnatal.

- **Le vécu à la sortie de la maternité**

Les premiers jours à la maison :

- plus du tiers des femmes utilisait un ou plusieurs termes positifs pour qualifier leur ressenti, et 1/4 d'entre elles employait plusieurs qualificatifs positifs
- moins de la moitié des femmes utilisait un ou plusieurs qualificatifs négatifs pour exprimer leur vécu, et les 2/3 d'entre elles employaient plusieurs qualificatifs négatifs.

A leur retour à la maison les femmes ne se sentent donc pas forcément sereines.

Les femmes utilisant un ou plusieurs termes négatifs pour qualifier leur vécu des premiers jours après le retour à la maison, la moitié employait des qualificatifs exclusivement positifs au jour du questionnaire et 1/4 environ utilisaient des termes positifs mais se disaient fatiguées au jour du questionnaire, et 1/4 environ n'utilisaient que des qualificatifs négatifs.

De plus, 1/3 des femmes ayant vécu les premiers jours de leur retour à la maison de façon négative employait encore un ou plusieurs termes négatif(s) pour qualifier leur ressenti au jour du questionnaire.

L'hypothèse : après leur séjour en maternité, les mères ne se sentent pas assez préparées au retour à domicile se vérifie, en partie, par ces données.

Parmi les 2/3 des femmes hospitalisées pendant 4 jours ou plus :

- 3/4 ont éprouvé des difficultés en postnatal
- 1/2 a utilisé des termes négatifs pour qualifier leur vécu les premiers jours à la maison

Parmi les 1/3 des femmes ayant été hospitalisées 3 jours et moins :

- la moitié a éprouvé des difficultés en postnatal
- 1/3 a utilisé des termes négatifs pour qualifier leur vécu des premiers jours à la maison

Ceci permet de mettre en évidence que les femmes ayant été hospitalisées moins de 3 jours vivent plus sereinement le retour à domicile que les femmes ayant séjourné en maternité 4 jours et plus. **Ainsi, le fait que le séjour à la maternité soit plus long ne permet pas forcément de mieux préparer les femmes au retour à la maison.**

Mais, les 2/3 des femmes ayant été hospitalisées plus longtemps étaient des primipares alors que la moitié des femmes ayant séjourné moins de 3 jours étaient des multipares. La parité peut donc intervenir sur le vécu du séjour et sur le retour à la maison.

Ces données complètent ainsi les affirmations précédentes et affirment l'hypothèse : après leur séjour en maternité, les mères ne se sentent pas assez préparées au retour à domicile.

Les premiers mois de l'enfant constitue réellement une période d'adaptation des couples à leur nouvelle vie de parents. Au fur et à mesure, ils apprennent à connaître leur bébé et ils se sentent plus en confiance. Mais, après la naissance de son enfant, la mère traverse une véritable crise d'identité. Elle peut être confrontée au baby-blues : période de labilité émotionnelle pouvant être la source d'angoisses. Elle est aussi dans un état psychique particulier car elle est tournée essentiellement vers son nourrisson et, elle est attentive à ses besoins.

Faire émerger cet état chez la maman, en lui rappelant qu'elle connaît les attentes de son bébé et sait comment les satisfaire, peut lui permettre de reprendre confiance en elle.

Le séjour en maternité constitue une période propice à un accompagnement à la parentalité. Les professionnels et, notamment la sage-femme, ont un rôle fondamental de soutien des parents dans la découverte de leur enfant.

La veille ou le jour de la sortie, la femme a généralement un entretien avec une sage-femme au cours duquel elle aborde de nombreux thèmes, la concernant principalement. C'est au moment de la visite de sortie du pédiatre que les informations au sujet de l'enfant sont le plus souvent délivrées. Mais, malgré ces deux entretiens et, malgré les informations délivrées individuellement

et tout au long du séjour en maternité, les femmes ne se sentent pas toujours assez préparées au retour à la maison.

En France, les recommandations de 2005 de la Haute Autorité de Santé préconisent la pratique de « *séances thématiques de groupe* » à la maternité. Elles permettent « *le transfert des pratiques parentales du contexte d'apprentissage des séances prénatales à celui de l'arrivée de l'enfant et du retour à domicile* ».

Or, sur la ville de Metz aucune séance de ce type n'est réalisée.

Propositions

Ainsi, une séance en groupe, rassemblant les mères séjournant à la maternité, pourrait être organisée sur le modèle des séances d'éducation sanitaire, pratiquées il y a quelques années à la maternité Bon Secours de Metz.

Ne serait-il pas envisageable de planifier ce type de séances au 2^{ème} jour des suites de couches ? De nombreux professionnels sont susceptibles de participer à ces séances. L'animation par des étudiants sages-femmes et des étudiants puéricultrices ne serait-elle pas possible ? En effet, celle-ci entrerait dans les objectifs du programme des études tant d'un point de vue de l'application des connaissances que d'un point de vue du développement des aptitudes à animer un groupe. Du fait de leurs connaissances sur la mère et l'enfant, l'association de ces deux professionnels ne pourrait-elle pas s'avérer bénéfique ?

Par ses compétences, la sage-femme représente une « accompagnante » de la naissance et du devenir parent. Et, la PNP a, avant tout, un objectif de soutien et d'accompagnement à la parentalité. Pourquoi ne pas faire intervenir les sages-femmes réalisant les séances prénatales au sein de l'établissement ? Ou encore, une convention avec des sages-femmes libérales ne peut-elle pas être signée pour qu'elles puissent animer cette séance à la maternité ?

Les thèmes généralement évoqués lors de la visite de sortie de la sage-femme (la contraception, le suivi médical,...) pourraient être abordés. Cette séance compléterait aussi l'examen de sortie du pédiatre, par la délivrance d'explications précieuses concernant l'enfant. De plus, les femmes pourraient échanger sur le vécu de l'accouchement, sur leurs appréhensions et sur leurs difficultés. Les mères ayant déjà eu des enfants apporteraient leur expérience. Cette séance serait aussi l'occasion de donner des renseignements utiles sur les possibilités d'accompagnement offertes aux femmes après leur sortie et, dans les mois qui suivent leur accouchement.

Les pères pourraient également participer à ces séances car ne sont-ils pas tout aussi concernés par le remaniement que représente une naissance sur l'équilibre du couple ?

Plus de 2/3 des femmes éprouvant des difficultés en postnatal avait perdu confiance en elles en tant que maman et, 1/3 des femmes n'en n'ayant pas éprouvé ont également perdu confiance en elles en tant que mère. **Le fait d'avoir des difficultés et de perdre confiance en soi peuvent être deux phénomènes liés l'un à l'autre.**

Cette étude montre également que la moitié des femmes interrogées ont perdu confiance en elle en tant que maman après leur retour de la maternité.

Aussi, l'hypothèse que les couples ont besoin d'être rassurés dans leurs capacités à être des « bons » parents pour leur enfant, tant dans les soins qu'au niveau relationnel, se vérifie en partie par ces données, mais ceci se doit d'être complété par d'autres données.

Proposition

Accompagner la parentalité c'est donc donner ou redonner confiance.

La séance postnatale en groupe à la maternité serait donc l'occasion d'une première prise de contact des femmes entre elles et avec le professionnel animant cette séance

2. La PNP après le retour à domicile : une réponse adaptée aux besoins des couples

2.1. Les difficultés éprouvées

Plus de la moitié des femmes interrogées (39/69) ont éprouvé des difficultés en postnatal, la grande majorité de ces difficultés concernait l'organisation et les soins au bébé, et environ ¼ était liée à la découverte du bébé.

De plus, plus de 3/4 des femmes disait se poser des questions sur les besoins de leur enfant.

Par conséquent, l'hypothèse : « les parents se posent beaucoup de questions sur les besoins et les attentes de leur enfant au retour à domicile » est vérifiée par l'étude.

- **L'influence de l'allaitement maternel**

L'allaitement maternel de l'enfant a constitué une difficulté pour certaines femmes et un peu moins d'1/3 avaient arrêté d'allaiter leur bébé depuis leur sortie de la maternité.

Parmi ces femmes, 2/3 disaient avoir perdu confiance en elle en tant que mère, alors que la moitié des femmes continuant à allaiter leur enfant exprimaient leur manque de confiance en elle. Et, parmi les femmes ayant éprouvé des difficultés en postnatal, 2/3 d'entre elles alimentaient leur enfant au sein. Et 2/3 des femmes n'ayant pas rencontré de difficultés donnaient aussi le sein à leur enfant.

Ainsi, le fait d'allaiter son enfant n'engendre pas forcément plus de difficultés en postnatal mais peut accentuer le manque de confiance en elle des mères.

Renforcer l'accompagnement des couples en postnatal ne permettrait-il pas la continuité de l'allaitement maternel ?

- **L'influence de la parité**

Environ 1/3 des femmes ayant éprouvé des difficultés en postnatal était des multipares. Et, parmi les femmes n'ayant pas éprouvé de difficulté, moins de la moitié était des multipares.

En postnatal, les femmes ayant déjà eu des enfants et donc ayant déjà une expérience de cette période délicate, peuvent néanmoins éprouver des difficultés face à leur nouveau-né.

- **L'influence de l'entourage**

Sur les 37 femmes disant avoir eu des difficultés en postnatal, 36 estimaient que le papa était présent et la majorité (30) sous forme de soutien. Et, parmi les femmes ayant perdu confiance en elle en tant que mère, environ 2/3 étaient soutenues par leur conjoint.

Aussi, même si la mère se sent soutenue par le père, elle peut quand même éprouver des difficultés et perdre confiance en elle.

Plus du tiers des femmes ayant eu de difficultés se considéraient éloignées de leurs proches et parmi les femmes n'en n'ayant pas éprouvé plus du tiers se considéraient également éloignées. Aussi, les femmes se sentant loin de leur entourage peuvent ne pas éprouver de difficultés en postnatal.

De plus, parmi les 28 femmes éloignées de leurs proches 23 se sentaient quand même soutenues par ces derniers. Et plus de 3/4 des femmes ayant eu de difficultés se sentaient soutenues et/ou entourées par leurs proches.

La présence des proches et notamment de la famille, que ce soit la présence physique et/ou morale, n'influence pas forcément la non survenue de difficultés en postnatal.

Par conséquent, l'étude montre que des difficultés après la sortie de la maternité peuvent survenir même dans un environnement favorable, où le père et les proches soutiennent la femme devenue mère.

2.2. Les besoins en postnatal

- **L'influence des visites à domicile d'une sage-femme libérale**

La moitié des femmes ont reçu la visite à domicile d'une sage-femme libérale, les motifs de cette visite sont variés, mais le principal reste la sortie anticipée de la maternité, encore appelée sortie précoce. D'autre part, toutes les femmes ayant bénéficié d'une sortie précoce, c'est-à-dire d'une sortie avant J2 inclus pour un accouchement normal et avant J4 inclus pour une césarienne (J0 étant le jour de l'accouchement), ont reçu la visite d'une sage-femme libérale.

Le suivi des femmes par une sage-femme, principalement du point de vue médical, s'est amélioré. En effet, la surveillance du couple mère-enfant après une sortie précoce est effectuée par la visite à domicile d'une sage-femme libérale.

Ensuite, parmi les femmes ayant eu la visite d'une sage-femme :

- 2/3 a éprouvé des difficultés en postnatal
- la moitié avouait avoir perdu confiance en elle en tant que mère
- plus des 2/3 s'étaient posé des questions quant aux besoins de leur enfant

De plus, parmi les femmes n'ayant pas reçu la visite à domicile d'une sage-femme :

- un peu moins des 2/3 ont éprouvé des difficultés en postnatal
- la moitié avouait avoir perdu confiance en elles en tant que mères
- plus des 2/3 s'étaient posées des questions quant aux besoins de leur enfant

Ainsi, les femmes ayant reçu la visite à domicile d'une sage-femme libérale peuvent néanmoins éprouver des difficultés en postnatal et se sentir démunies face aux besoins de leur enfant.

Sur les femmes ayant bénéficié d'une ou de plusieurs visites à domicile d'une sage-femme libérale, 3/4 a contacté d'autres professionnels de santé.

Et parmi les femmes n'ayant pas reçu la visite à domicile d'une sage-femme, 2/3 ont contacté des professionnels de santé après leur retour à la maison.

Les femmes peuvent donc éprouver le besoin de contacter des professionnels de santé malgré la ou les visites à domicile d'une sage-femme.

La majorité (27/33) des femmes ayant reçu la visite à domicile d'une sage-femme pensaient que des séances, sur le modèle des séances prénatales de PNP, remboursées par la sécurité sociale seraient utiles en postnatal. La même proportion (28/36) des femmes n'ayant pas eu cette visite pensaient la même chose concernant les séances postnatales.

La majorité des femmes qui ont reçu la visite à domicile d'une sage-femme trouve utile l'existence de séances sur le modèle des séances prénatales de la PNP.

Malgré un suivi à domicile, individuel, par une sage-femme libérale, bien mené, les femmes éprouvent le besoin d'un accompagnement supplémentaire pour les aider à surmonter leurs difficultés. Les visites à domicile étant comprises dans le forfait « suites de couches » applicable jusqu'à J7 (J1 étant le jour de l'accouchement), les sages-femmes libérales réalisent souvent leur suivi dans les jours qui suivent la sortie de maternité. De plus, les séances postnatales individuelles sont peu évoquées lors de ce suivi car elles sont peu pratiquées. Une séance prénatale individuelle est pratiquement cotée le double d'une séance postnatale individuelle.

Les séances de soutien et de suivi complémentaires préconisées dans la planification de la PNP de l'HAS ne sont donc pas souvent pratiquées en termes de séances de PNP.

Pourquoi ne pas mettre en place des séances postnatales individuelles ou en groupe sur le modèle des séances prénatales et, étant cotées de la même manière ?

- **La prise de contact avec les professionnels de santé**

Sur la totalité des femmes interrogées, 3/4 a contacté un ou plusieurs professionnels de santé après leur retour à la maison dont 1/5^{ème} répondait avoir contacté une fois en consultation un ou plusieurs professionnels.

Concernant le type de professionnel contacté :

- 1/3 des femmes ont contacté un seul type de professionnel
- un peu moins de la moitié des femmes ont contacté deux types de professionnels

- moins de 1/4 en a contacté 3 ou 4 type différents.

Et, moins de 2/3 des femmes a contacté entre autre un pédiatre, dont 1/3 de façon exclusive. La moitié a contacté entre autre une sage-femme libérale et, plus de 1/3 a contacté entre autre un médecin généraliste.

De plus, 2/3 des femmes ont fait appel plusieurs fois à des professionnels de santé.

Cette étude montre donc qu'il existe bien un besoin des parents de faire appel à un ou plusieurs professionnels de santé pendant la période postnatale. Ceci, même en tenant compte qu'un contact avec un pédiatre ou un médecin généraliste s'avère indispensable pour que la consultation du premier mois de l'enfant soit effectuée.

De plus, sur le quart n'ayant pas contacté de professionnels après leur retour à domicile, 2/5^{ème} aurait eu besoin d'en contacter.

2.3.L'amélioration de la PNP en postnatal

- **Les séances postnatales sur le modèle des séances prénatales de la PNP**

Plus de 3/4 (57/69) des femmes interrogées pensaient utile que des séances postnatales soient mises en place sur le modèle des séances prénatales de la PNP et, qu'elles soient remboursées à 100 % par la sécurité sociale.

Parmi ces femmes :

- 1/3 estimait que cette ou ces séances serai(en)t utile(s) en groupe et un peu moins d'un tiers l'estimait utile en individuel

Des séances postnatales en groupe répondraient donc aux besoins des parents.

Et, toujours parmi les femmes voyant un intérêt aux séances postnatales :

- 2/3 désiraient que la sage-femme ayant organisé les séances prénatales anime également les séances postnatales
- 1/4 désiraient que les ou la séance(s) soi(en)t animée(s) par une sage-femme et un psychologue.

De par sa profession et ses compétences, la sage-femme a un rôle d'information, d'écoute et de prévention. Elle possède également des aptitudes à la communication qu'elle met en pratique dans l'exercice de sa profession.

La sage-femme a donc un rôle à jouer dans l'animation de telles séances.

Et, certains parents verraient avec intérêt qu'elle soit accompagnée d'un autre professionnel tel qu'un psychologue.

L'étude montre que parmi ces femmes demandeuses de séances postnatales un peu plus de 1/4 désirerait 2 séances, un peu moins de la moitié voudrait 3 séances, environ 1/5^{ème} en voudrait plus que 3.

Des séances de ce type pourraient être proposées au moins au nombre de 2, voire au nombre de 3 pour satisfaire les besoins des parents en postnatal

Les résultats de cette étude indiquent que parmi les femmes estimant utile l'existence de séances postnatales :

- 2/3 en désireraient une à 10-15 jours de la sortie de maternité
- un peu plus du quart en désirerait une la veille ou le jour de la sortie
- et un peu du quart en désirerait une à 1 mois de la sortie.

Ainsi, au moins une séance prénatale pourrait être proposée à 10-15 jours de la sortie de maternité.

En effet, celle-ci ne constituerait-elle pas un relais du suivi à domicile effectué par une sage-femme libérale ? Ne permettrait-elle pas de compléter également la séance dispensée à la maternité afin de rassurer les femmes et de conforter leur confiance en elles ?

Les thèmes à évoquer lors de ces séances sont variés. La majorité des femmes voudraient parler du comportement du bébé. Ce qui démontre une fois de plus que les parents se posent de nombreuses questions sur leur nouveau-né.

Les 3/4 des femmes souhaitant l'existence de séances postnatales verraient un intérêt d'échanger sur les soins du bébé, sur leur suivi médical et celui de leur enfant. Et 1/4 aimeraient aborder la contraception et l'allaitement. Ces informations sont généralement dispensées en maternité. Aussi, aborder à nouveau ces sujets, après le retour à domicile, peut s'avérer utile pour répondre aux besoins des femmes.

De plus, 3/4 souhaiterait échanger sur leur vécu du travail et de l'accouchement et des questions se posent sur le devenir parent et sur la diversification alimentaire de l'enfant.

Ces données permettent d'affirmer l'hypothèse : les femmes attendent d'échanger sur leur vécu de la naissance (le travail, l'accouchement, la découverte de leur enfant...) et sur les difficultés rencontrées, qui sont souvent communes à tous les parents.

L'influence de la participation à des séances de PNP en prénatal

Parmi les femmes n'ayant pas participé à des séances prénatales, plus de la moitié pense utile la pratique de séances postnatales.

Parmi les femmes ayant participé à des séances prénatales de PNP, plus de 3/4 (50/58) pense utile la pratique de séances postnatales. Ainsi, les femmes ayant participé à des séances de PNP en prénatal voient plus d'intérêt aux séances postnatales que les femmes n'ayant pas participé à cette PNP.

Cette étude affirme donc l'hypothèse : les femmes envisagent les séances postnatales comme une continuité de la PNP.

Un réel remaniement de l'équilibre familial se produit en postnatal et, notamment lors du retour à domicile. Les nombreux bouleversements qu'il opère peuvent fragiliser la relation mère-père-bébé. La PNP possède de nombreux objectifs, dont celui de favoriser l'installation d'une relation harmonieuse parents-enfant. Et, les recommandations internationales préconisent un soutien après la naissance pour permettre un ajustement postnatal en douceur.

L'étude montre que de nombreuses femmes voient une utilité à ce que des séances postnatales soient mises en place sur le modèle des séances prénatales. De plus, même si des séances de ce type peuvent convenir en individuel, les femmes voient un intérêt certain à ce que ces séances puissent s'organiser sous forme de groupe de paroles, tout comme en prénatal.

Proposition

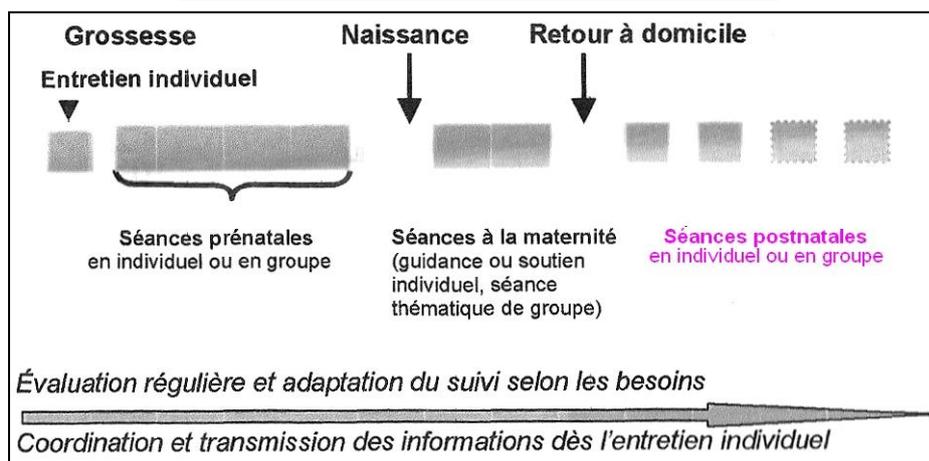
Pourquoi ne pas offrir aux mères une plus large possibilité de soutien, par les sages-femmes ?

La Nomenclature Générale des actes professionnels (NGAP) prévoit, dans la cotation des sages-femmes, deux séances postnatales individuelles, mais la question de la rémunération de ces séances se pose. En effet, pour une sage-femme libérale, une séance individuelle postnatale vaut presque la moitié d'une séance individuelle prénatale. Et, du fait du financement des hôpitaux selon la tarification à l'activité, ces séances semblent difficilement réalisables au sein des maternités. **N'était-il pas envisageable de valoriser ces séances qui ont un atout dans la prévention des risques pouvant survenir en postnatal ?**

De plus, des séances en groupe pourraient également répondre aux besoins des femmes.

Aussi, davantage de séances ne pourraient-elles pas être envisagées ? Pourquoi ne pas proposer des séances en groupe ou en individuel dans la planification de la PNP, plutôt que des séances de soutien et de suivi complémentaires ?

Figure 12 : Proposition d'une nouvelle planification de la PNP



Ceci donnerait la possibilité aux femmes d'avoir le choix du type de séances postnatales auxquelles elles voudraient participer.

La première de ces séances pourrait se programmer lors de la dernière ou de l'avant dernière séance prénatale, à environ 10-15 jours de la sortie de maternité. Mais, ceci nécessiterait un réajustement ultérieur, car le terme théorique de chaque participante est différent et la date d'accouchement coïncide rarement avec le terme.

La séance réalisée à la maternité pourrait constituer une première prise de contact des participants entre eux. Elle permettrait ainsi de former des groupes de parole et de planifier la prochaine séance postnatale quelques semaines plus tard. Ceci, dans le but de regrouper des couples ou des femmes ayant accouché à peu près à la même période.

Pour que ces séances n'occasionnent pas de frais aux participants et que les sages-femmes puissent les organiser, elles pourraient être cotées de la même manière que les séances prénatales.

De plus, dans le cadre des expérimentations de la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2008, les sages-femmes libérales souhaitant les animer ne pourraient-elles pas obtenir un financement, sous forme de forfait local ? Ne serait-il, alors, pas possible pour les sages-femmes travaillant au sein d'une maison ou d'un pôle de santé de les mettre en place, après avoir été approuvées par l'Agence Régionale de Santé ?

- **Les propositions des femmes**

« Je pense que votre idée de séances postnatales est une très bonne idée. Le fait de pouvoir parler avec des professionnels ainsi qu'à d'autres parents est hyper important pour se rendre compte que finalement nous vivons des expériences similaires et que les solutions des autres peuvent nous aider »

La moitié des femmes ont émis des propositions à ce sujet. Il existe donc bien une demande des parents en postnatal et la nécessité d'améliorer l'accompagnement est donc bien mis en évidence dans cette étude.

- L'intérêt de séances en groupe est reprécisé par 5 femmes.
- Plus de 1/4 abordent le séjour à la maternité : la sortie « pas assez préparée » selon elles et le souci du manque de certaines informations concernant l'alimentation et les soins au bébé.
- Plus du tiers verrait un intérêt à un accompagnement sous forme de suivi régulier de la mère et de l'enfant, pendant les premiers mois, en plus des consultations chez le pédiatre ou le médecin traitant, et de la consultation postnatale chez le gynécologue ou la sage-femme.
Parmi elles, certaines pensent qu'une rencontre avec un professionnel (soit à domicile, soit en consultation) devrait être programmée pendant le premier mois de l'enfant et de façon systématique pour toutes les femmes afin de démarrer ce suivi.
- Une femme propose la mise en place d'un standard téléphonique et deux femmes évoquent le besoin d'une aide à domicile.

Les femmes émettent donc des propositions leur permettant de mieux appréhender le retour à la maison.

De plus, un suivi après la sortie de la maternité par une sage-femme libérale et/ou par une puéricultrice de protection maternelle et infantile est déjà possible. Les femmes semblent peu informées des possibilités de suivi qui s'offre à elles après leur retour à domicile. Ou alors, elles les connaissent mais elles aimeraient que cette forme d'accompagnement soit proposée de manière plus systématique.

Un standard téléphonique existe déjà en France, et les femmes ont aussi la possibilité de bénéficier d'une aide à domicile qui, selon leurs revenus, peut être en partie pris en charge par la Caisse d'Allocation Familiale ou par le Conseil Général.

Certaines possibilités d'aide et de soutien après le retour à la maison ne sont donc pas connues par les mamans.

Dans cette étude, de nombreuses mères éprouvent des difficultés, aussi bien dans l'organisation du quotidien, que dans les soins du bébé ; mais aussi par rapport à leur nouvelle identité de mère, ou d'ordre familial. Un grand nombre de questions peut se poser sur les besoins de l'enfant car elles ont encore du mal à décrypter son comportement et ses attentes.

L'étude fait aussi ressortir le manque de connaissance des femmes sur les possibilités d'accompagnement et d'aide en postnatal dont elles peuvent bénéficier. En effet, un certain nombre d'entre elles ont émis des propositions qui leur sont déjà offertes.

Proposition

Ainsi, une plaquette rassemblant les différentes aides disponibles en cas de besoin ou de difficultés après le retour à domicile pourrait être distribuée à chaque femme avant sa sortie de maternité. Ceci pourrait se faire lors de la séance postnatale en groupe dispensée à la maternité ou pendant l'examen de sortie effectuée par la sage-femme. Elle serait donc présentée et commentée par un professionnel pour qu'elle soit utilisée de manière adaptée par les femmes. [annexe X]

Conclusion

L'étude, réalisée auprès des femmes ayant accouché à Metz, révèle que l'après naissance constitue bien une période fragile dans la relation parent-enfant. Le couple peut se poser de nombreuses questions face au comportement de l'enfant et, des difficultés peuvent survenir. Certaines femmes perdent confiance en elles en tant que mères.

Selon les recommandations de l'HAS de 2005, « *le bien-être de l'enfant repose sur un suivi médical complété par une préparation à la naissance et à la parentalité* ». Et, depuis la circulaire 127 de 1988, la PNP a pour objectif de « *favoriser l'installation d'une relation harmonieuse parents-enfants* ».

Mais, pendant la période postnatale, cette PNP se révèle restreinte. Sur la ville de Metz, aucune séance thématique de groupe n'est organisée au sein des maternités. De plus, les deux séances individuelles, pouvant s'effectuer par une sage-femme au-delà du 8^{ème} jour après l'accouchement, sont peu pratiquées, voire pas pratiquées selon l'étude. La Nomenclature Générale des actes professionnels en vigueur, relative aux sages-femmes, n'offre pas la possibilité, pour l'instant, de pouvoir organiser des séances postnatales sous forme de groupe de parole. Or, l'étude démontre que les femmes peuvent penser utile que des séances de ce type soient réalisées.

Ce travail s'est principalement préoccupé des attentes des parents en postnatal, mais qu'en est-il de la vision des sages-femmes ? En effet, de part leurs compétences, elles représentent un acteur de référence dans l'accompagnement des couples à la parentalité. Verraient-elles un intérêt à développer la préparation à la naissance et à la parentalité en postnatal ?

De plus, les séances de PNP peuvent être réalisées par d'autres professionnels de santé. Une animation pluridisciplinaire ne serait-elle pas enrichissante et intéressante pour les parents ?

Bibliographie

1. Agence de santé publique du Canada. *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale* [en ligne]. ASP, Ottawa, 2000. Disponible sur : <http://www.qa.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/smpf00-fra.php> (consulté le 22/12/2010).
2. Anaes. *Recommandations pour la pratique professionnelle. Sortie précoce après accouchement-Conditions pour proposer un retour précoce à domicile*. France, Mai 2004.
3. ARS, Agences Régionales de Santé. *Nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé : les expérimentations*.
4. BAYLE Gérard. *Paul- Claude Racamier*. France, PUF, 2002, pp. 29-35.
5. Bluets, Hôpital Pierre Rouquès. *Séances collectives proposées lors de votre séjour à la maternité, animées par une sage-femme*. Dernière mise à jour: août 2010, France. Disponible sur www.bluets.org. (consulté le 16/02/2011)
6. BOTERF. Témoignage téléphonique concernant les séances collectives dispensées pendant le séjour à la maternité des Les Bluets, Hôpital Pierre Rouquès. Entretien réalisé le 28/06/2010, à Metz.
7. BOWLBY J. *Attachement et perte*. In : Tristesse et dépression, vol. 3 : La perte, Paris, PUF, 1984.
8. BOYER J.P., PORRET Ph. *L'échographie et l'attente d'un enfant : mise en question du concept de deuil de l'enfant imaginaire et de ses utilisations*. Trente-neuvième année, février-mars 1991, n°2-3, pp. 72-77.
9. BYDLOWSKI Monique. *Je rêve un enfant : l'expérience intérieure de la maternité*. France, Odile Jacob, 2010, 185 p.
10. BYDLOWSKI Monique. *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. 6è Ed. mise à jour, France : PUF, collection Le fil rouge, 2008, 213.
11. BYDLOWSKY Monique. *Les enfants du désir*. France, Odile Jacob, 2008, pp 51-52.
12. BYDLOWSKI Monique. *Les enfants du désir, le désir d'enfant dans sa relation à l'inconscient*. In : *Psychanalyse à l'Université*, tome 4, 13, 1979, pp. 59-92.
13. Circulaire N°127 du 5 mai 1988 relative à la santé et à l'environnement de la naissance dans les maternités publiques. [en ligne] In : *Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n°88/20bis*. France, 1988. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr (consulté le 22/12/2010).
14. CLENET Antoine. *Les groupes de paroles animés par un psychologue*. Quimper [en ligne]. Disponible sur <http://antoine.clenet.free.fr/psychologue/> . (consulté le 16/02/2011)
15. Collectif coordonné par TRUSCELLI D. *Les infirmités motrices cérébrales : Réflexions et perspectives sur la prise en charge*. France, Elsevier Masson, 2008, p. 392 ; 400.

16. DELASSUS Jean-Marie. *Devenir mère : histoire secrète de la maternité*. France, Dunod, 2007, 236p.
17. DEUTSCH Hélène. *La Psychologie des femmes: étude psychanalytique par le Dr Hélène Deutsch*. Tome 2nd. Maternité, Traduit par Hubert Benoit, Presses universitaires de France, 1949, 421p.
18. DEVIN Laura. *La préparation à la naissance et à la parentalité, étude qualitative à partir de 7 entretiens de femmes*. Mémoire sage-femme. Université de Nantes, 2010, 48p.
19. ELLENET Catherine. *Essais de conceptualisation du terme parentalité*. Paris X Nanterre, 2010, 10p.
20. FREUD S. *Deuil et mélancolie* (1917). In : Oeuvres Complètes de Freud, Psychanalyse vol 13, Paris : PUF, 1988.
21. GERBER-MONTAIGU. Collège des sages-femmes, journée du 9 juin 2008, France [en ligne]. Disponible sur www.cnsf.asso.fr (consulté le 23/12/2010).
22. GROSCLAUDE L., HOUBRE. Témoignages téléphoniques concernant les séances d'éducation sanitaire. Entretien réalisé le 16/02/2011 à Metz.
23. GUEDENEY A., ALLILAIRE J.-F. *Interventions psychologiques en périnatalité*. Ed. Masson, Paris, 2001, 71p.
24. HAUTE AUTORITE DE SANTE, SERVICE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES. *Recommandations pour la pratique clinique, préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), argumentaire*. Novembre 2005, 76p.
25. HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité*. Novembre 2005.
26. KLEIN Mélanie. *La psychanalyse des enfants*. 2^e Ed, Presses Universitaires de France, 2004, 318p.
27. Le dictionnaire. Définition du mot soutenir. [en ligne] Disponible sur www.le-dictionnaire.com (consulté le 2/12/2010)
28. LEOVICI S., SOULE M. *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*, PUF, 1983, 630p.
29. MAELA P. *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Ed. L'Harmattan, 2005, pp. 59-61.
30. MATA Liliane. *Winnicott valorise la mère suffisamment bonne*. In : Métiers de la petite enfance, n°134, novembre-décembre 2007, pp. 34-35.

31. Ministère de la santé. Plan périnatal 2005-2007: synthèse du plan périnatalité [en ligne]. Dernière mise à jour le 02/11/2010. Disponible sur www.perinat-france.org (consulté le 22/12/2010).
32. MONTRELAY Michel. *Recherches sur la féminité*. Critique n°278, 1970, pp. 654-674.
33. Ordre des sages-femmes, Conseil national, Cassf. *Référentiel métier et compétences sages-femmes*. Paris, Janvier 2010, 33 p.
34. Ordre des sages-femmes, Conseil national. *Les compétences des sages-femmes et le code de déontologie*. Paris, mars 2007, 71 p.
35. PERSINI Christelle. *Du baby blues physiologique à la « psychose puerpérale »*. In : *Vocation sage-femme*, n°74, Juillet-Août 2009, p. 12.
36. SANCHEZ Alexandrine. *La guidance parentale : un travail sur les compétences des parents*. *Le journal des psychologues*, mars 2009, n°265, pp. 51-56.
37. Sécurité sociale, l'assurance maladie Côte -d'Or. Flash info sages-femmes : modifications de la NGAP [en ligne]. France, 15 mai 2008. Disponible sur http://www.cpam21.fr/Flashes2007/SagFemmes/2008/SC805_15-05-2008.pdf (consulté le 23/12/2010).
38. STOLERU S., MORALES M., and GRINSCHPOUN M.-F. *De l'enfant fantasmatique de la grossesse à l'interaction mère-nourrisson*. In : *Psychiatrie de l'enfant*, vol. XXVIII, 2, 1985, pp. 441-484.
39. STOLERU Serge. *La parentification et ses troubles*. In : LEBOVICI S., WEIL-HALPERN F. *Psychopathologie du bébé*. PUF, Paris, 1989, pp. 113-130.
40. TERISSE B., KALUDI J-C., LARIVEE S. *Soutien à la parentalité: Les attentes des parents*. Ed. L'Harmattan, 2008, pp. 9-10.
41. THIS Bernard. *Accompagner l'enfant dès avant la naissance*. Propos recueillis par CANNASSE Serge, In : *Vocation sage-femme*, n°81, Avril 2010, pp. 8-9.
42. TOURNIER Christian. *Réflexion sur la « crise » du post-partum*. In : *Spirale*, n°26, Conjugalité, parentalité : quel paradoxe ?, Ed. Erès, 2003, pp. 109-115.
43. VELLA Rosy. *Le post-partum*. Cours magistral dispensé à l'école de sage-femme de Metz-Thionville, 2009.
44. WINNICOTT DW. *La préoccupation maternelle primaire*. In : *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 1969, pp. 168-174.

ANNEXES

Annexe I : L'évaluation individuelle de chaque séance de PNP

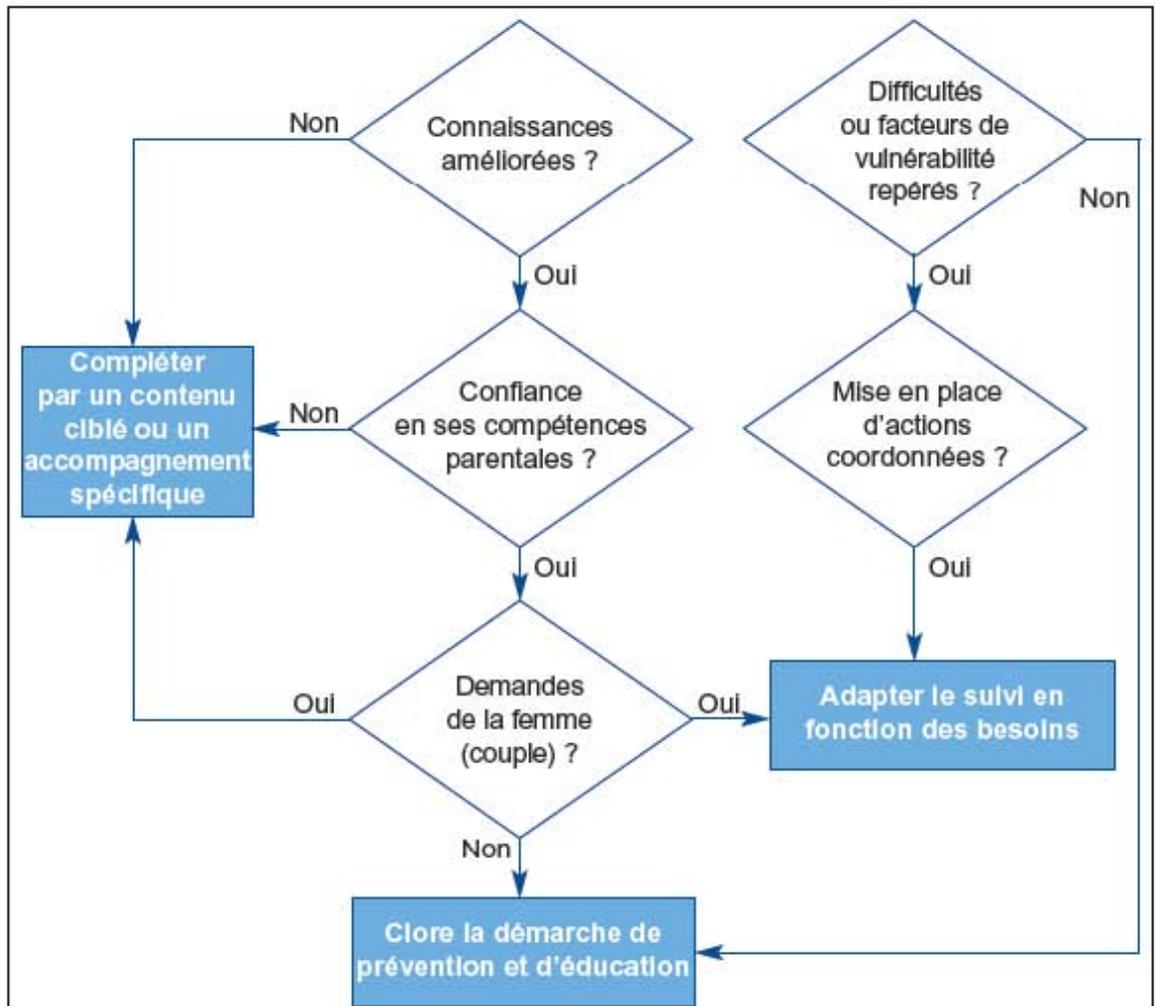


Figure 3. Comment s'assurer que la PNP a répondu aux besoins de la femme et du couple à chaque étape : séances prénatales, à la maternité, à domicile en cas de sortie précoce ou de demande des parents ?

Annexe 2 : Les exemples de techniques éducatives pouvant être utilisées en séances de PNP

Tableau 2. Exemples de techniques éducatives à utiliser lors des séances en fonction de l'objectif poursuivi.	
Objectifs/techniques	Thèmes
Exploration des besoins, attentes et représentations	
Entretien Photolangage®	Prise de conscience des expériences et des compétences préexistantes chez les couples
Amélioration des connaissances et de la capacité à résoudre des problèmes	
Exposé interactif Table ronde	Déroulement de la grossesse et modifications physiques, psychologiques liées à la grossesse Organisation à la maison, manières de faire face aux pleurs du bébé, d'éviter la fatigue, méthodes de contraception, rééducation postnatale Développement psychomoteur et sensoriel de l'enfant, alimentation du nourrisson, diversification, prévention de l'obésité, les comportements habituels de l'enfant, l'enfant malade, la sécurité de l'enfant
Étude de cas	Aménagement et qualité de l'environnement pour promouvoir la santé de l'enfant
Audiovisuel	Salle de naissance, naissance de l'enfant
Acquisition d'un savoir-faire	
Démonstration et contrôle individuel de la bonne réalisation du travail corporel	Exercices respiratoires, travail du bassin et du périnée, relaxation
Amélioration des pratiques parentales	
Jeu de rôles, table ronde, témoignage documentaire sous forme de récits de femmes et de couples volontaires ou d'audiovisuel	Accueil de l'enfant dans la fratrie, manière de faire face à une situation d'incompréhension (pleurs du nourrisson), recherche d'une aide en cas de difficultés
Guidance individuelle	Après la naissance : soins d'hygiène pour le bébé, soins du cordon, allaitement maternel, préparation d'un biberon, soins du périnée, reconnaissance des signes d'alerte précoce pour la mère et pour l'enfant et décision de recours à un professionnel de santé

Annexe III : Les conditions de suivi pour une sortie précoce

FICHE DE SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

8 POINTS À RETENIR

POUR UN RETOUR PRÉCOCE À DOMICILE APRÈS ACCOUCHEMENT DANS DES CONDITIONS FAVORABLES

- Le RPDA doit s'accompagner d'un suivi organisé de la mère et de l'enfant dès le retour à domicile.
- Le consentement éclairé de la mère doit être obtenu avant de décider un RPDA.
- Le suivi à domicile doit respecter un cahier des charges spécifique conforme aux présentes recommandations.
- Le raccourcissement du temps de séjour en maternité impose de réorganiser la chronologie de la préparation à la naissance et à la parentalité.
- Un RPDA bien organisé est une option sûre pour la mère et l'enfant.
- La mère doit se sentir à l'aise, confiante en elle, et être suffisamment autonome pour les soins qu'elle et son enfant nécessitent.
- Le RPDA concerne les couples mère-enfant à bas risque médical, psychologique et social.
- Cette réorganisation s'intègre dans l'élaboration avec la mère du projet de naissance, où l'évocation précoce d'un possible RPDA a sa place.

Les actes antérieurs à l'accouchement

Les séances de préparation à l'accouchement :

Pour la première séance, individuelle : indiquez le code **SF15**.

Pour les séances suivantes dispensées à une femme seule ou à un couple : indiquez le code **SF12**.

Pour les séances suivantes dispensées à deux ou trois femmes (ou couples) maximum simultanément : indiquez le code **SF11,6**.

Pour les séances comprenant plus de trois patientes (ou couples) et jusqu'à six personnes : indiquez le code **SF6**.

[...]

Les actes postaccouchement

[...]

Forfaits journaliers de surveillance à domicile en cas de sortie précoce, du jour de sortie jusqu'à 7 jours après l'accouchement :

- Les 2 premiers forfaits : indiquez le code **SF16** pour un nouveau-né, ou **SF21** s'il y a deux nouveaux-nés ou plus.

- Les forfaits suivants : indiquez le code **SF12** pour un nouveau-né, ou **SF17** s'il y a deux nouveaux-nés ou plus.

Séances de suivi de la grossesse : indiquez le code **CG**

Elles concernent les actes suivants :

- Les examens médicaux intercurrents (réalisés entre le 8e jour suivant l'accouchement et l'examen médical postnatal).

- L'examen médical postnatal (réalisé dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement eutocique).

Séances de suivi postnatal (2 séances du 8e jour suivant l'accouchement jusqu'à l'examen médical postnatal) : indiquez le code **SP**.

Rappel de la valeur des lettres clefs : SF = 2.65€ CG =19€ C = 17€ SP =18.55€

Bien vivre votre grossesse

La préparation à la naissance et à la parentalité

Elle comprend trois périodes :

- 1 L'entretien individuel ou en couple du premier trimestre (voir page 3).
- 2 Sept séances de préparation à la naissance et à la parentalité (voir fiche 1). Elles ont plusieurs objectifs :
 - permettre de poser les questions qui vous préoccupent et d'échanger avec d'autres femmes ;
 - aider à accueillir votre bébé (son arrivée, son alimentation, notamment l'allaitement) ;
 - savoir qui appeler en cas de besoin, où rechercher des informations utiles et connaître les associations d'aide à la parentalité ;
 - proposer des exercices physiques pour vous aider à mieux vivre les changements corporels dus à votre grossesse et à préparer votre accouchement.
- 3 Un suivi après la naissance peut être mis en place, notamment en cas de sortie précoce de la maternité, pour :
 - vous accompagner dans les soins au nouveau-né et vous aider pour l'allaitement ;
 - s'assurer avec vous du bon développement de l'enfant ;
 - vous aider à rechercher l'aide nécessaire en cas de difficultés ;
 - vous soutenir dans les rôles de mère et de père.

Le calendrier de votre grossesse

→ Préparation à la naissance : un entretien et sept autres séances

Entretien		séance	
séance		séance	
séance		séance	
séance		séance	

➤ **Les forfaits locaux**

Les sites qui le souhaitent peuvent mener des **actions locales ciblées de prévention, de promotion de la santé ou d'éducation à la santé en population générale et spécifiques**. Il peut s'agir par exemple, de séances de sensibilisation à la lutte contre l'obésité ou de prévention des infections sexuellement transmissibles en milieu scolaire.

L'exercice regroupé et pluri-professionnel se prête particulièrement à ce type d'actions, la plupart des actions existantes étant aujourd'hui financées par le FICQS.

Les sites souhaitant réaliser ce type d'actions sont invités à présenter un dossier à l'ARS qui étudiera la conformité du projet avec le projet régional de santé et vérifiera la présence d'objectifs clairs assortis d'indicateurs de moyens et de résultats lui permettant d'évaluer le service rendu. Le cas échéant, l'ARS pourra alors accorder une dotation locale supplémentaire en sus du forfait « missions coordonnées ».

Ces forfaits étant destinés à financer des actions répondant à un besoin local particulier, ils se distinguent donc du forfait « missions coordonnées » du module 1 qui lui, rémunère le temps de coordination. Ils diffèrent également du module 2 qui porte sur « l'éducation thérapeutique du patient ».

Annexe VIII : Formulaire distribué en service de suites de couches, aux femmes ayant accouché

Bonjour, je m'appelle Marine OTTAVIANI et je suis étudiante sage-femme en 4^{ème} année à l'école de Metz.

Je réalise un travail de fin d'études dont le thème aborde la période après l'accouchement. En effet, je m'intéresse au retour à la maison et à vos besoins.

Pour mon étude, je recherche des femmes et/ou des couples ayant participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité classique et en groupe.

Par l'intermédiaire de formulaire, ci-après, je recense des informations vous concernant afin de vous envoyer, peut-être, un questionnaire dans le mois qui suit votre retour à domicile.

Selon des critères choisis pour mon étude, j'adresserai à certaines d'entre vous mon questionnaire qui sera à remplir et à me retourner grâce à l'enveloppe affranchie jointe.

Ainsi, si vous acceptez de participer à **mon étude anonyme**, et de m'aider dans mon travail, je vous remercie de remplir le formulaire ci-après et de le remettre aux sages-femmes (ou étudiants sage-femme) du service.

Vous représentez le point clef de mon travail, ainsi je vous remercie de l'attention que vous voudriez bien accorder à mon étude.

Renseignements demandés:

Nom _____ Adresse postale _____
Prénom _____

N° de téléphone _____ Adresse e-mail _____
(ces coordonnées me sont uniquement nécessaires pour vous envoyer le questionnaire)

1) Avez-vous participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité classique?

OUI

NON

Si oui: avec une sage-femme en libéral

avec une sage-femme à l'hôpital

Ces séances étaient: individuelles

en groupe

2) Avez-vous eu des complications pendant cette grossesse? OUI NON

Si oui, lesquelles? _____

3) Quelle était la date prévue de l'accouchement? __/__/____

Quelle est la date de votre accouchement? __/__/____

4) Etes-vous d'accord de participer à mon étude? OUI NON

(en vous rappelant qu'elle est anonyme)

Annexes IX : Questionnaire envoyé à toutes les femmes ayant complété le formulaire et, ayant donné leur accord de participer à l'étude.

Marine OTTAVIANI
Etudiante sage-femme en 4^{ème} année
Ecole de sages-femmes de Metz
crapouille87@hotmail.com

Lors de votre séjour en maternité, vous avez répondu à un formulaire et avez accepté de participer à mon travail de recherche sur l'accompagnement des parents après l'accouchement.

Ainsi, je me permets de vous adresser ce questionnaire, accompagné d'une enveloppe affranchie pour vous permettre de me le renvoyer.

L'objectif de mon étude est d'évaluer vos besoins depuis votre retour à domicile.

Cette étude est anonyme.

Du fait du temps limité pour mon travail de recherche, la date limite de renvoi est le / / .

Je vous remercie de m'accorder du temps et je vous prie d'agréer mes respectueuses salutations.

Questionnaire

Date du jour où vous remplissez le questionnaire : / /

• Renseignements généraux

1) Votre âge ? 15 à 19 ans 20 à 24 ans 25 à 29 ans
 30 à 34 ans 35 à 39 ans 40 et plus

2) Avez-vous une profession ? OUI NON
Si oui, laquelle : _____

3) Votre situation familiale? célibataire pacsée mariée
 en couple divorcée veuve

4) Combien avez-vous d'enfants ? 1 2 3 ou plus

5) A quelle date avez-vous accouché ? / / .

- La grossesse

6) Avez-vous déjà participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité classique ?
 OUI NON

SI VOUS REPONDEZ NON A CETTE QUESTION PASSEZ A LA QUESTION 13

7) A combien de séances avez-vous participé ? _____

8) Combien de temps a duré chaque séance? 1 heure 2 heures plus de 2 heures

9) Sous quelle forme ? en groupe en individuel
 avec une sage-femme libérale avec une sage-femme à l'hôpital

10) Le papa était-il présent ? OUI NON
Si non pourquoi ? _____

11) Ces séances ont-elles répondu à vos attentes ? OUI NON
Si non, pourquoi? _____

12) Lors des séances, la sage-femme a-t-elle abordé le retour à domicile ? OUI NON
Si oui, quels thèmes ont-été abordés ? soins aux bébé
 comportement du bébé (pleurs, sommeil,)
 organisation matérielle
 modification du mode de vie
 la « nouvelle » famille
 la reprise du travail
 les modes de garde
 le suivi médical de l'enfant
 autres : _____

13) Pendant votre grossesse, vous posiez-vous des questions sur la période après la sortie de maternité ? OUI NON

14) Appréhendez-vous de rencontrer des difficultés pendant cette période ? OUI NON

- **L'accouchement**

15) Comment avez-vous accouché ? Voie basse , forceps ventouse
 césarienne : programmée en urgence
motif : _____

- **Le séjour à la maternité**

16) Votre enfant est-il resté près de vous pendant votre séjour? OUI NON
Si non, pourquoi ? _____

17) Comment avez-vous vécu ce séjour ? _____
Donnez **un qualificatif** (par exemple ; stressant, reposant...) _____

18) Combien de jours êtes-vous restée à la maternité < 2 jours 3 jours
(le jour de l'accouchement ne compte pas) 4 jours > 4 jours

19) Comment alimentiez-vous votre enfant ? au sein au biberon

- **Le retour à domicile**

- a) Les modalités**

20) Avez-vous reçu la visite d'une sage-femme libérale ? OUI NON
Si oui, pourquoi ? _____

21) Si vous allaitiez votre enfant au sein, continuez-vous à ce jour? OUI NON
Si non, pourquoi ? _____

b) Le vécu

22) Les premiers jours à domicile comment vous sentiez-vous ?
Donnez **un qualificatif** (exemple : sereine, tendue...) _____

23) Vous êtes-vous posée des questions sur les besoins de votre enfant ? OUI NON

24) Avez- vous éprouvé des difficultés ? OUI NON

Si oui: pour les soins du bébé
 concernant l'organisation
 sur la découverte de votre bébé
 quant à votre devenir mère
 d'ordre familial

25) Avez-vous parfois perdu confiance en vous en tant que maman? OUI NON

26) A ce jour comment vous sentez vous ? _____
Donnez un qualificatif (exemple : sereine, fatiguée...) _____

27) Pensez-vous avoir eu plus de difficultés que ce que vous vous imaginiez pendant la grossesse ?
 OUI NON

c) L'entourage

28) Le papa est-il présent ? OUI NON
Si oui, de quelle manière?
 un soutien
 une présence
 un « spectateur »
 autre : _____

29) Habitez-vous loin de vos proches ? OUI : _____ km NON
Si oui, est-ce une difficulté ? OUI NON

30) Pouvez-vous compter sur leur soutien ? OUI NON

31) Comment vous sentez-vous par rapport à vos proches ? soutenue entourée
 jugée opprimée
 seule
 autre : _____

d) Les besoins

32) Avez-vous contacté un professionnel depuis votre sortie ? OUI NON
SI VOUS REPONDEZ NON A CETTE QUESTION PASSEZ A LA QUESTION 36

- 33) Si oui, lequel ? sage-femme libérale puéricultrice de PMI pédiatre
 médecin généraliste sage-femme hospitalière
- 34) Si oui, comment ? par téléphone en consultation
- 35) Si oui, combien de fois ? _____
- 36) Si non, auriez-vous souhaité rencontrer un professionnel de santé ? OUI NON

37) Pensez-vous que des séances après l'accouchement, comme les séances de préparation à la naissance, serez utiles (prises en charge à 100 pourcent par la sécurité sociale)?
 OUI NON

SI NON A CETTE QUESTION PASSEZ A LA QUESTION 44

- 38) Si oui, à quel moment ? la veille ou le jour de la sortie de la maternité
 à 10-15 jours de la sortie
 à 1 mois de la sortie
 à 2 mois de la sortie
 autre : _____
- 39) Si oui, de quelle manière ? en groupe : avec le même groupe qu'en prénatal
 avec un autre groupe
 peu importe
 en individuel
- 40) Si oui, avec quel professionnel ? avec la sage-femme qui a fait les séances prénatales
 avec une autre sage-femme
 avec un psychologue
 avec une sage femme et un psychologue
- 41) Si oui combien de séances ? 1 2 3 > 3
- 42) Si oui, pourriez-vous participer financièrement à ces séances, si la sécurité sociale ne les prenaient pas en charge ? OUI NON
Vous seriez prête à donner combien d'euros par séance? _____

43) Lors de ces séances, vous pensez qu'il serait nécessaire d'aborder ?

- Le vécu du travail, de l'accouchement
 Le devenir parents
 Les soins au bébé
 Le comportement du bébé
 Les modes de garde
 La contraception
 Votre suivi médical et celui du bébé
 La diversification alimentaire de l'enfant
 autres: _____

44) Enfin, que proposeriez-vous pour améliorer l'accompagnement en postnatal?

Je vous remercie

VOUS VENEZ D'AVOIR UN ENFANT
Vous n'êtes pas seuls !

BESOIN D'UNE ECOUTE, D'UN SOUTIEN OU D'UNE ORIENTATION ?



Allo ParentsBébé
0800 00 3456

0 800 00 3 4 5 6 = 1^{er} numéro anonyme et gratuit
d'aide à la relation parents-bébé
OUVERT du lundi au vendredi de 10h à 15h
et de 17h à 21h.

...ET à tout moment vous pouvez appeler la maternité.

N'HESITEZ PAS A CONTACTER DES PROFESSIONNELS

Vous pouvez faire appel à une **sage-femme libérale** si vous éprouvez le besoin d'un suivi après votre sortie de maternité. Leurs coordonnées sont disponibles dans l'annuaire téléphonique.

Une **puéricultrice de la PMI** (Protection maternelle et infantile) de votre secteur peut aussi venir chez vous pour vous aider et, pour répondre aux questions concernant votre enfant. Contactez le Conseil Général pour plus de renseignements.

La **préparation à la naissance et à la parentalité** peut continuer après la naissance ! Vous pouvez bénéficier de 2 séances individuelles avec une sage-femme pour aborder les thèmes qui vous préoccupent : votre vécu de l'accouchement, votre nouvelle vie de maman, les soucis du quotidien...

BESOIN D'UNE AIDE POUR LES TACHES DU QUOTIDIEN ?

Sur Metz et ses alentours : 2 associations d'aide à domicile existent. Selon vos besoins et vos revenus, leur intervention peut être prise en charge.

- AFAD de Moselle : 03.87.21.06.73
- Association d'Aide et d'Intervention à Domicile de Moselle : 03.87.34.73.44

Plaquette conçue par Marine OTTAVIANI, étudiante sage-femme.
Mars 2011.

LE DEVENIR PARENTS : VASTE SUJET !

N'y a-t-il pas de plus grand plaisir que de découvrir l'enfant tant imaginé pendant la grossesse et désiré depuis l'enfance? Mais la naissance représente la séparation corporelle de l'enfant et de sa mère, mais également, la séparation de l'enfant idéal et, de l'enfant imaginaire. L'équilibre conjugal est remanié. Ainsi, même si l'après naissance constitue une période de réjouissance, elle peut aussi représenter une période fragile dans les interactions précoces et la relation parents-enfant. **Un soutien parental peut-il s'avérer nécessaire ? Qu'en est-il des besoins des parents ?**

Cette étude a tenté de répondre à ces questions. Elle a été réalisée par l'intermédiaire de questionnaires adressés à des mères environ un mois après leur accouchement, et a été effectuée sur la ville de Metz. L'étude révèle que **les couples peuvent éprouver des difficultés face au comportement et aux besoins de leur enfant après leur sortie de maternité. Les accompagner dans cette période de leur vie paraît donc répondre à leurs attentes.**

En France, la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) peut être un moyen de soutien au devenir parent. Elle propose actuellement deux séances individuelles en postnatal qui sont très peu pratiquées. De plus, l'étude montre que les femmes pensent utile la réalisation de séances en groupe.

Quels ajustements de la PNP peuvent être effectués pour améliorer l'accompagnement à la parentalité en postnatal ?