

Faculté de santé publique

« Quels sont les besoins d'accompagnement des mères primipares durant leur période post- partum ? »

Etude monocentrique réalisée auprès de patientes
de l'hôpital Chirec de Braine-l'Alleud

Mémoire réalisé par
Valentine De Wolf

Promoteur(s)
Sophie Thunus
Heline Zabeau

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

« Quels sont les besoins d'accompagnement des mères primipares durant leur période post- partum ? »

Etude monocentrique réalisée auprès de patientes
de l'hôpital Chirec de Braine-l'Alleud

Mémoire réalisé par
Valentine De Wolf

Promoteur(s)
Sophie Thunus
Heline Zabeau

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée



Remerciements

Tout d'abord, je voudrais remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

À mes promotrices, Mesdames Thunus et Zabeau pour leurs conseils avisés, leurs encouragements ainsi que la confiance qu'elles m'ont accordée tout au long de ce travail.

À mes lectrices de mémoire, Anne-Sophie, Patricia, Géraldine, Julie et Claudine, pour le temps et l'investissement que demandent la lecture et la compréhension d'un mémoire de fin d'étude.

Aux participantes de l'étude qui ont accepté de s'engager dans un processus réflexif constitutif du socle sur lequel est construit ce mémoire.

Aux personnes de mon entourage pour leur soutien indéfectible et leurs conseils bienveillants. Tout particulièrement, à mon fils, Auguste, qui du haut de ses 18 mois a été une source inspirante pour moi, et à mon compagnon qui m'a soutenue depuis le début de ce projet et qui, par son aide précieuse, a permis l'aboutissement de ce travail. Un grand merci également à ma maman qui, en gardant Auguste, m'a permis de trouver du temps pour l'écriture de ce travail.

A mes collègues et amies sages-femmes qui m'ont encouragée et aidée à trouver des participantes.

A toutes et tous, merci.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur.

Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.



Figure 1 Illustration from "Good Moms Have Scary Thoughts" (Familius, 2019) by Karen Kleiman and The Postpartum Stress Center; Illustrated by Molly McIntyre. Reproduit avec permission

Table des matières

Introduction générale.....	1
Contextualisation	3
Partie théorique	7
Introduction	9
Chapitre 1 La période du post-partum.....	9
1. <i>Les modifications physiologiques, physiques et psychologiques liées à la grossesse</i>	<i>9</i>
1.1. Les modifications physiologiques.....	9
1.2. Les modifications physiques	10
1.3. Les modifications psychologiques	10
2. <i>Les modifications liées à la primiparité.....</i>	<i>13</i>
3. <i>Le lien d'attachement avec le nouveau-né</i>	<i>14</i>
Chapitre 2 La découverte de la parentalité	16
1. <i>La transition vers la parentalité</i>	<i>16</i>
2. <i>Le sentiment de compétence maternelle</i>	<i>18</i>
Chapitre 3 Les besoins de la mère primipare durant la période post-partum	19
1. <i>Le besoin d'information</i>	<i>20</i>
2. <i>Le besoin de soutien psychologique</i>	<i>21</i>
1.1. Le soutien psychologique apporté par un professionnel	21
1.2. Le soutien psychologique apporté par l'entourage	23
3. <i>Le besoin de partage d'expériences</i>	<i>23</i>
4. <i>Le besoin de soutien pratique et matériel.....</i>	<i>24</i>
Conclusion.....	24
Partie empirique	25
Introduction	27
Chapitre 1 Méthodologie de recherche	27
1. <i>Stratégie d'échantillonnage.....</i>	<i>27</i>
1.1. Critères d'inclusion.....	27
1.2. Critère d'exclusion	28
1.3. Sélection des participantes	28
2. <i>Collecte des données.....</i>	<i>29</i>
3. <i>Analyse des données.....</i>	<i>30</i>
Chapitre 2 Présentation des résultats.....	33
1. <i>Le besoin d'information</i>	<i>33</i>
1.1. Le besoin d'information centrée sur le nouveau-né	33

1.2.	Le besoin d'information centrée sur la mère	37
1.3.	Les ressources mobilisées pour répondre au besoin d'information	38
2.	<i>Le besoin de soutien psychologique</i>	39
1.1.	La découverte de la parentalité	39
1.2.	La perte d'autonomie	40
1.3.	La gestion de la fatigue	41
1.4.	L'affirmation du rôle de mère	41
1.5.	Les ressources mobilisées pour répondre au besoin de soutien psychologique ..	42
3.	<i>Le besoin de partage d'expériences</i>	43
1.1.	Le besoin d'être rassurée	43
1.2.	Les ressources mobilisées pour répondre au besoin de partage d'expérience ..	44
4.	<i>Le besoin de soutien pratique et matériel</i>	44
1.1.	Pour se reposer	45
1.2.	Pour se nourrir	45
1.3.	Pour prendre du temps pour soi	45
1.4.	Pour recevoir du soutien à la réalisation de l'allaitement	46
1.5.	Pour gérer les sorties	47
1.6.	Les ressources mobilisées pour répondre au besoin de soutien pratique et matériel	47
	Chapitre 3 Discussion et liens avec la pratique professionnelle	51
	Chapitre 4 Les limites de l'étude	61
1.1.	La stratégie d'échantillonnage	61
1.2.	L'échantillon	61
1.3.	Les entretiens	62
1.4.	Les analyses	62
	Conclusion.....	65
	Références bibliographiques	67
	Annexes	73

Introduction générale

Les récents changements organisationnels concernant l'accompagnement des mères primipares ont mis en émoi les différents corps de métiers qui les entourent, que ce soient les sages-femmes, les gynécologues, les pédiatres, les psychologues ainsi que les femmes de mon entourage. Le raccourcissement systématique des durées de séjours à l'hôpital et notamment à la maternité pour toutes les mères et leurs nouveau-nés fait partie des changements engendrés depuis 2015 et pose question. Ainsi en Belgique, 118 560 familles (Europeristat, 2018) sont touchées chaque année par cette réforme (De Block, 2015) dont 49 795 primipares¹.

En tant que sage-femme hospitalière depuis maintenant neuf années, mais également en tant que jeune mère depuis peu, je n'ai pu rester indifférente à cette question du retour précoce à domicile.

L'analyse de la littérature relève que ce raccourcissement du séjour à la maternité est fortement controversé. D'une part, il peut exposer les mères et leurs enfants à différents risques (Slomian, 2018) : des retards dans la détection et le traitement de la morbidité maternelle et infantile, des problèmes liés à l'allaitement maternel avec un risque de sevrage précoce, une diminution de la confiance en leurs capacités maternelles, une prévalence plus élevée de dépression post-partum ou encore une augmentation des réadmissions maternelles et infantiles à l'hôpital. D'autre part, il ressort (Slomian, 2018) que cette sortie précoce peut être bénéfique avec une diminution de la médicalisation autour de la naissance, l'opportunité, pour les mères, de se remettre de leur accouchement chez elles (ce qui faciliterait la construction du lien parents-nouveau-né), le renforcement de la confiance des parents par rapport aux soins à prodiguer à leur enfant ou encore la réduction de l'exposition aux infections nosocomiales.

¹La primiparité se dit d'une femme qui accouche pour la première fois. L'âge moyen pour devenir mère, en 2018, est de 30,7 ans en Belgique selon les chiffres de l'office belge de statistiques. Cet âge moyen augmente depuis une dizaine d'années, conséquence notamment de la diffusion des moyens de contraception, de la généralisation des études, du nombre croissant de femmes sur le marché du travail, de l'augmentation de l'espérance de vie, de l'amélioration des techniques d'aide à la procréation médicalement assistée (P.M.A.) (Aussedat, 2011).

Force est de constater que la question de la durée de ce séjour n'est pas tranchée. C'est la raison pour laquelle j'ai décidé de m'intéresser à cette période particulière du post-partum me permettant de mieux comprendre la complexité du vécu des mères face à ce retour précoce mais également de mieux cerner l'accompagnement reçu au domicile des mères primipares. Il s'agit là de l'objectif principal de ce travail de fin d'étude.

La première partie de ce travail, la partie théorique, permettra d'approfondir les caractéristiques médico-psycho-sociale de la période du post-partum, les notions de découverte de la parentalité et des besoins rencontrés par les mères primipares durant cette période.

La seconde partie, la partie empirique, traitera de la méthodologie qualitative mobilisée, de la présentation et de la discussion des résultats en lien avec ma pratique professionnelle suivies d'une conclusion incluant des pistes possibles d'améliorations.

Contextualisation

La durée de séjour en post-partum s'est progressivement raccourcie dans tous les pays industrialisés depuis les années 1980 (Benahmed *et al.*, 2014) et ce suite à l'évolution de la prise en charge prénatale, à l'amélioration des techniques médicales et des moyens de communication ainsi qu'aux demandes maternelles de démedicaliser la grossesse, l'accouchement et le post-partum (Di Zenzo & Wittrouw, 2015). En Belgique, cette durée de séjour post-partum était en moyenne, en 1991, de 6.9 jours, en 2000 de 4.9 jours et en 2018 de 3 jours (OCDE, 2017) (annexe 1). Cette réduction progressive est, à l'heure actuelle, la conséquence de la réforme de 2015 du gouvernement belge (De Block, 2015) qui consiste à réduire les durées de séjours hospitaliers. Concernant la périnatalité, des projets de séjours hospitaliers de 48 heures sont toujours à l'étude ainsi que la création de « trajets de soins types » adaptables à toutes les structures hospitalières (De Block, 2015).

Cette réduction du séjour hospitalier est un enjeu majeur des politiques de Santé Publique en Europe, principalement pour des raisons économiques (Anne, 2016) mais aussi pour désengorger les hôpitaux dans un contexte de vieillissement démographique et d'une prévalence accrue des maladies chroniques des pays occidentaux (De Block, 2015). En Belgique, en termes d'économies publiques, si l'on se base sur une moyenne de 120 000 naissances par an, cette mesure représenterait environ une économie de 33 millions d'euros pour la sécurité sociale (Moens, 2013). Cependant, des conséquences sur les soins ambulatoires à domicile, leur organisation et leur financement semblent inévitables. La transposition des soins de l'hôpital vers la maison nécessite d'adapter le suivi des familles tout en tenant compte du contexte actuel et de l'aspect évolutif du cadre familial. En effet, les familles deviennent nucléaires, parfois monoparentales avec des contacts intergénérationnels souvent estompés ou éloignés entraînant moins de partage de savoirs et d'expériences, moins de soutien intra-familial (Benahmed *et al.*, 2014) et plus d'isolement des parents dans l'acquisition de leur nouveau rôle. Notons à cet égard qu'en Belgique la présence du père auprès de sa compagne et de son nouveau-né n'est pas assez encouragée, le congé de paternité étant relativement court (dix jours ouvrables)

comparé au congé de maternité (de 14 semaines maximum) ou comparé à d'autres pays de l'Union européenne².

Les modèles informels, l'expérience et l'entourage des « anciens » laissent donc place actuellement aux ressources plus formelles prodiguées par des professionnels ou encore par le recours aux médias tels que la télévision, internet et les réseaux sociaux (Benahmed *et al.*, 2014).

De nos jours, les recommandations de 2014 du KCE³ préconisent un suivi adapté à domicile par des professionnels et ce au moins la première semaine après la naissance et idéalement pendant les dix premiers jours. Toutefois, on constate une absence de ce suivi lors de la première semaine suivant la naissance, absence principalement due à la méconnaissance des parents des possibilités de soins à domicile mais aussi à la fragmentation des soins et des structures de soutiens ainsi qu'à leurs sous-financements. A noter aussi que ce suivi est rarement centré sur la famille (Benahmed *et al.*, 2014), et surtout très différent selon les régions ; la Belgique, malgré la présence de l'ONE ne disposant pas de structures de coordination des prises en charge périnatales (Vander Linden & Roegiers, 2003). Même si, lors du séjour hospitalier, le travailleur médico-social (TMS) de l'ONE propose aux parents son passage gratuit à domicile, ceux-ci ne conceptualisent pas d'emblée la nécessité de prévoir un tel suivi, surtout qu'il n'est pas obligatoire. Hormis l'ONE, les parents peuvent également prendre contact avec des sages-femmes indépendantes s'ils le souhaitent. Les mutuelles permettent en effet le remboursement intégral des soins postnataux à domicile réalisés par des sages-femmes conventionnées⁴, utilisables dans l'année qui suit la naissance (Barlow *et al.*, 2016).

Bien qu'il existe une possibilité de lien entre l'hôpital et le domicile, il faut relever que le métier de sage-femme et de TMS, durant la période périnatale, est peu connu dans la société belge actuelle et qu'il nécessite surtout la proactivité des parents (Di Zenzo & Wittrouw, 2015). Ceux-ci doivent eux-mêmes

² Notons par exemple que la Norvège propose un congé de paternité de quatorze semaines.

³ Le KCE est un centre fédéral d'expertise des soins de santé (organisme belge parastatal).

⁴ A raison de 9 passages à domicile. D'autres passages, nécessitant une justification médicale, pourront être réalisés.

contacter les professionnels et, ce durant un moment particulièrement fatigant et stressant qu'est la période post-partum.

Il convient aussi de noter les inégalités entre les régions dans l'offre de ce suivi à domicile. En effet, si à l'instar de la Wallonie, la Flandre propose les services de sages-femmes et possède un organisme de référence pour la petite enfance (Kind en Gezin), il existe en plus, chez les flamands, des assistantes maternelles à domicile dont les prestations sont partiellement remboursées par les mutuelles (Benahmed *et al.*, 2014). De plus, les mères indépendantes en Belgique ont la possibilité de recevoir 105 titres services gratuits à prendre durant les 8 mois suivant une naissance afin de les aider dans la réalisation du ménage, du repassage ou pour réaliser les courses, possibilité qui n'est pas offerte aux mères qui ne sont pas indépendantes.

Partie théorique

Introduction

Pour mieux comprendre le vécu des mères durant leur période de post-partum, il semblait important dans le premier chapitre d'approfondir les notions relatives à cette période particulière : les modifications physiologiques, physiques et psychologiques, les transformations liées à la primiparité et les liens d'attachement entre une mère et son nouveau-né. Le deuxième chapitre approfondira le concept de découverte de la parentalité couvrant un ensemble de processus maturatifs intrapsychiques et affectifs nécessaires à la mise en place d'une relation de qualité entre une mère et son nouveau-né. Le troisième chapitre quant à lui se centrera sur les besoins des mères primipares durant la période du post-partum.

Chapitre 1 La période du post-partum

Dans le cadre du post-partum chez une mère primipare, différentes modifications peuvent survenir après la naissance de l'enfant, que celles-ci soient d'ordre physiologique, physique ou psychologique, liées à la grossesse ou à la primiparité.

Telle que définie par l'OMS, la période de post-partum commence une heure après la délivrance du placenta et perdure durant les six semaines qui suivent. *« Cette période de 6 semaines correspond très bien aux traditions culturelles de nombreux pays où très souvent les 40 jours suivant la naissance sont considérés comme la durée nécessaire au rétablissement de la mère et du nouveau-né. Dans beaucoup de pays, c'est à ce moment-là qu'on prévoit une visite et un examen post-partum de routine »* (OMS, 1998). Plus globalement, le post-partum est la période qui va de l'accouchement au retour à l'état antérieur à la grossesse (Lansac *et al.*, 2008).

1. Les modifications physiologiques, physiques et psychologiques liées à la grossesse

1.1. Les modifications physiologiques

Les modifications physiologiques liées à la grossesse disparaissent petit à petit. Ainsi, le débit cardiaque diminue, tout comme le volume sanguin et les liquides

extracellulaires ; les perturbations de la composition du sang se régulent ainsi que les bouleversements hormonaux (disparition des hormones liées au placenta, démarrage de la lactation liée aux mises aux seins fréquentes dans le cadre d'un allaitement maternel). Normalement, six semaines après la naissance, un état relativement stable est atteint (OMS, 1998).

1.2. Les modifications physiques

Les modifications physiques apparaissent chez toutes les mères durant le post-partum : l'utérus et le vagin reprennent progressivement leurs proportions d'avant la grossesse, les éventuelles plaies (périnée ou césarienne) cicatrisent, les lochies⁵ apparaissent pendant deux à quatre semaines, et l'allaitement si souhaité par les parents se met en place.

Les différents symptômes physiques parfois rencontrés lors du post-partum peuvent être : fatigue, lombalgies, constipation, hémorroïdes, céphalées, douleurs périnéales, problèmes sénologiques, hypertension, déhiscence de plaie, saignements anormaux, incontinence urinaire ou fécale, rétention urinaire, infection urinaire ou effets secondaires d'une analgésie locorégionale (Barlow *et al.*, 2016).

Il existe également un risque de mortalité maternelle dans le post-partum dont les causes sont liées à des pathologies comme l'hémorragie, l'éclampsie, les maladies thromboemboliques, l'embolie amniotique, le sepsis et la rupture utérine (Europeristat, 2018). En Belgique, on dénombre un ratio de 3,7 décès de femmes liés à la grossesse, l'accouchement et le post-partum (dans les 42 jours suivant un accouchement) pour 100 000 naissances durant la période 2012-2016 (Statbel, 2019).

1.3. Les modifications psychologiques

Les modifications physiques s'accompagnent également de phénomènes d'adaptations psychologiques (Barlow *et al.*, 2016). Durant la grossesse, comme précédemment évoqué, la future mère affronte des bouleversements somatiques, hormonaux, psychologiques, familiaux et sociaux. Elle doit donc s'adapter aussi bien physiquement que psychiquement provoquant parfois l'émergence de

⁵ Perte de sang d'origine utérine.

traumatismes ou de deuils passés. En effet, la grossesse et le processus de devenir mère, dénommé la maternalité, favorisent la transparence psychique⁶ mettant la mère face à sa propre histoire liée à sa naissance et à son enfance. Des conflits anciens peuvent donc ressurgir dans les familles (Faure *et al.*, 2008) et des complications psychiatriques apparaissent durant la grossesse, celles-ci étant plus nombreuses dans la période post-partum : le baby blues, la dépression post-partum, la psychose du post-partum et le burn-out maternel.

1.3.1. Le baby blues

Entre trois et quinze jours post-partum, 60 à 90% des mères éprouvent un état transitoire de mélancolie. A fleur de peau, irritables, leurs émotions jouent aux montagnes russes entre grande joie et profonde tristesse. Le manque de sommeil, le deuil du nouveau-né idéalisé, l'angoisse face aux nouvelles responsabilités que représente l'arrivée d'un nouveau-né peuvent en être la cause. Cet état de mélancolie est normal et est concomitant à la chute hormonale du 3^{ème} jour du post-partum (Martory, 2016).

1.3.2. La dépression post-partum

La dépression post-natale est une maladie mentale qui affecte l'humeur et peut se déclarer durant la grossesse ou dans l'année qui suit une naissance. Elle touche 15 à 18% des mères dans les formes les plus légères et 7% dans les formes les plus graves. Même si les causes sont multifactorielles, il existe cependant 4 facteurs prédictifs (Tissot *et al.*, 2011) :

- des causes biologiques liées aux neurotransmetteurs, aux hormones (taux de progestérone plus élevé et taux de prolactine plus faible) ou à un fonctionnement thyroïdien diminué ;
- le fait d'avoir vécu un événement de vie stressant pendant la grossesse ou après l'accouchement (décès, déménagement, licenciement, ...) ;
- le degré de soutien social dont dispose la mère notamment le soutien reçu par le conjoint ;

⁶ « Sous ce terme, M. Bydlowski décrit un fonctionnement psychique maternel particulier, caractérisé par l'abaissement des résistances habituelles de la jeune femme face au refoulé inconscient, et marqué par un surinvestissement de son histoire personnelle et de ses conflits infantiles » (Bydlowski & Golse, 2001)

- l'histoire psychiatrique et familiale de la mère, un antécédent de dépression.

D'autres critères de fatigue émotionnelle peuvent être liés aux changements importants dus à l'arrivée d'un nouveau-né dans une vie, aux concessions que l'on doit faire, à l'accumulation des tâches domestiques ou au manque de temps pour soi par exemples.

Les symptômes de la dépression post-partum (Équipe Naître et grandir, 2016) sont multiples : profonde tristesse sans raison apparente, épuisement permanent ou des problèmes de sommeil (dormir trop ou pas assez), sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive (impression d'être une mauvaise mère, difficulté à établir un lien avec son nouveau-né), irritabilité et refus de son nouveau-né, extrême anxiété (surtout en ce qui a trait au bien-être de son enfant), incapacité à s'occuper de son enfant, désintérêt pour les activités ou manque de plaisir durant celles-ci, changement d'appétit, sentiment que les choses ne s'amélioreront jamais.

Seulement 2% des femmes en dépression post-natale consultent un spécialiste pour les aider car elles ont honte de ressentir des émotions négatives à l'encontre de leur nouveau-né ou de leur maternité (Sarlat & Raynaud, 2020). Pourtant, la dépression post-natale nécessite un encadrement pluridisciplinaire ainsi qu'une médication car elle affecte la mère et son lien d'attachement envers son nouveau-né ainsi que leurs relations impactant le développement cognitif, social et affectif de ce dernier.

1.3.3. La psychose du post-partum

La psychose puerpérale, état délirant aigu, requiert une prise en charge urgente en milieu psychiatrique (Faure *et al.*, 2008). Cette pathologie rare (1 cas pour 1000 accouchements), est souvent un mode d'entrée dans la maladie maniaco-dépressive (Gorwood & Kessler, 2002). Elle débute de manière soudaine dans les trois semaines qui suivent une naissance et est parfois précédée de crises de larmes, ruminations anxieuses, insomnies avec agitation, sentiment d'étrangeté, doutes sur la naissance et sur l'intégrité corporelle, désintérêt progressif à l'égard de l'enfant. En crise, les mères présentent une alternance de phases mélancoliques et maniaques avec excitation. Elles ont des idées délirantes, une

désorientation temporo-spatiale, des perturbations du rythme veille-sommeil, parfois des angoisses de mort, l'enfant est souvent perçu comme persécuteur ; un suicide ou un infanticide sont toujours à redouter (Faure *et al.*, 2008).

Dans la majorité des situations, la prise en charge pluridisciplinaire est résolutive en quelques semaines à quelques mois et sans séquelles. Les seuls facteurs de risque jusqu'ici étudiés semblent inclure le fait d'être primipare, seule, et d'accoucher par césarienne souvent en urgence et/ou sous anesthésie générale (Gorwood & Kessler, 2002).

1.3.4. Le burn out maternel

Le *burn out* est une pathologie moderne étudiée seulement depuis les années 2000. Le *burn out* maternel, rencontré chez 8% des mères est vécu comme un épuisement général. La fatigue les submerge que ce soit physiquement ou psychologiquement et est liée à la gestion quotidienne de leur(s) enfant(s). Comparable au *burn out* professionnel, il suit le même schéma : épuisement physique et émotionnel, dépersonnalisation, reniement des accomplissements passés, présents et futurs. Les facteurs de risques prédictifs du *burn out* sont encore inconnus mais la présence au foyer d'un enfant malade ou ayant des difficultés pourrait en être un (Lebert-Charron *et al.*, 2018). Le *burn out* peut survenir soit dès la naissance du nouveau-né soit bien après, qu'il s'agisse d'un premier enfant ou d'un suivant, que la mère soit seule ou en couple. Toutes les femmes peuvent donc être concernées avec des conséquences sur leur santé, sur leur bien-être tant personnel que familial.

2. Les modifications liées à la primiparité

La primiparité induit des risques physiologiques, physiques et psychologiques supplémentaires : une augmentation du risque de césarienne (Branger *et al.*, 2018), de prééclampsie (Genoux *et al.*, 2018), d'hémorragies (Dupont *et al.*, 2014), de lésions périnéales plus sévères (Barbier *et al.*, 2007), de pathologies liées à l'allaitement (crevasses, mastites, ...) (Chantry *et al.*, 2016). Les primipares dont l'enfant a moins d'un an présentent également davantage de difficultés dans leur parentalité telles que la nervosité, l'inquiétude, la fatigue, la lassitude... comparativement aux mères d'enfants âgés de plus d'un an (Schmied *et al.*, 2016). Certains auteurs estiment également que la primiparité entraîne plus

de cas de baby blues ou de psychose puerpérale (Faure *et al.*, 2008). A la lumière de ces observations, les mères primipares ainsi que leur nouveau-né nécessitent donc une attention particulière étant donné les difficultés rencontrées et les perturbations possibles du lien d'attachement l'un envers l'autre.

3. Le lien d'attachement avec le nouveau-né

Depuis les années 1970, les recherches concernant les compétences des nouveau-nés ont changé les représentations qu'on en avait. Le nouveau-né est devenu une personne à part entière avec ses différents besoins (physique, cognitif, affectif et social) et qui mérite attention, écoute et respect (Lamboy, 2009). Déjà en 1943, Winnicott expliquait qu' « *un bébé tout seul n'existait pas* » car *totale*ment dépendant de sa mère ou d'un substitut maternel pour sa survie. Il ressent un besoin fondamental de proximité, de sécurité et de protection (Durieux, 2013). En 1958, John Bowlby, décrivait la théorie de l'attachement ⁷ qui se réfère au lien émotionnel spécifique que le nouveau-né développe envers la personne qui prend soin de lui, en général sa mère (Tereno *et al.*, 2007). Ce lien démarre dès la naissance et prend neuf mois pour se créer (Guedeney, 2010). Il se développe à partir de comportements innés chez le nouveau-né : pleurs, succion, agrippement à la figure d'attachement. Il est favorisé par un contact rapproché de la mère envers son nouveau-né, notamment par le biais du peau à peau, de la reconnaissance sensorielle (notamment olfactive) et des échanges de regards. On appelle d'ailleurs proto-regard ce premier regard entre une mère et son nouveau-né, moment clé de la naissance de la parentalité (Seguin, 2014).

Selon Steinhauer (1997) et plusieurs recherches récentes en neurophysiologie (Desjardins, 2005), « (...) *rien n'influence davantage le développement du cerveau de l'enfant, après les composantes génétiques, que la qualité des soins parentaux donnés durant les trois premières années de vie, notamment sur ses mécanismes physiologiques, comportementaux et psychologiques* ». La manière dont la mère est disponible psychiquement pour son nouveau-né et lui répond est essentielle (Sarlat & Raynaud, 2020). Les réponses parentales aux besoins

⁷ « L'attachement est un système comportemental par lequel un individu immature diminue ou s'efforce de diminuer les distances qui le séparent d'un autre, afin de maintenir la proximité avec cette personne » (Bowlby, 1978).

d'un nouveau-né seront donc déterminantes pour le développement psychique et social d'un enfant. En effet, prenons l'exemple d'une mère dépressive, il existe des corrélations significatives entre sa dépression et le développement cognitif et comportemental de l'enfant mais également sur l'apprentissage du langage ou sur sa santé (Tissot *et al.*, 2011). Des études relèvent aussi des troubles de l'attachement et du développement moteur chez des enfants issus de mères dépressives (Slomian *et al.*, 2019).

Mary Ainsworth a étoffé la théorie de Bowlby, en décrivant quatre styles d'attachement chez les enfants : sécure, insécure évitant, insécure ambivalent, insécure désorganisé. Dans l'attachement sécure (67 % des enfants), la figure d'attachement répond de manière appropriée, rapide et cohérente aux demandes de l'enfant. Elle devient donc une base sécure dont il recherche la proximité et le contact. L'enfant sécure pourra alors explorer le monde et développer pleinement ses capacités. Si cet attachement sécure permet de mieux réagir face au stress et de mieux le gérer, il ne garantit pas le bien-être, d'autres composants multifactoriels entrent également en jeu (Tereno *et al.*, 2007) comme manger, dormir, pouvoir anticiper, être tendrement soigné, être compris et être contenu, porté (Lardièrre, 2010).

En ce qui concerne l'attachement insécure évitant (21% des enfants), la figure d'attachement ne répond pas ou peu aux demandes de l'enfant et valorise chez lui une indépendance exacerbée. Cette réponse détachée entraîne un manque d'échange affectif et une introversion des émotions chez l'enfant. Non entendu, non rassuré, l'enfant insécure ne manifestera ni signes de détresse en cas de séparation ni signes d'apaisement lors du retour de sa figure d'attachement.

Pour l'attachement insécure anxieux-ambivalent (12% des enfants), la figure d'attachement offre une réponse incohérente et instable aux demandes de l'enfant. Perdu et insécure, il ne pourra pas utiliser sa figure d'attachement comme base de sécurité. Il manifestera un grand stress lors de séparations et cherchera un contact permanent avec sa figure d'attachement. Jamais rassuré par cette dernière, l'enfant vivra perpétuellement dans la crainte de perdre son amour.

Dans le cadre de l'attachement insécure désorganisé (4% des enfants), la figure d'attachement a une attitude figée, en retrait, négative et parfois violente face à l'enfant. En réponse à cette attitude, l'enfant insécure va craindre sa figure d'attachement et parfois adopter une attitude similaire à cette dernière en lui manifestant de la violence. Ce type d'attachement apparaît essentiellement en cas de violence conjugale, de maltraitance, d'abus.

Cette théorie de l'attachement montre l'importance de la construction d'un attachement de qualité, sécure, entre la mère et son nouveau-né et donc l'intérêt pour eux deux de vivre au mieux le retour au domicile et d'être soutenus dans cette période de leur vie.

Chapitre 2 La découverte de la parentalité

Devenir parents n'est pas inné, c'est un apprentissage vécu comme un cheminement progressif (Vander Linden & Roegiers, 2003) qui nécessite des réajustements dans la vie quotidienne. Tant au sein du couple que de la famille élargie, un nouvel équilibre doit se construire. Dans le cadre de ce chapitre, j'aborderai donc principalement les concepts suivants : la transition vers la parentalité et le sentiment de compétence maternelle. En effet, ces concepts sont importants dans la compréhension du déroulement d'un post-partum chez une mère et d'autant plus lorsqu'elle est primipare.

1. La transition vers la parentalité

Pour Brunet (2011), « *La parentalité se caractérise par l'ensemble des changements psychologiques et affectifs qui permettent aux adultes de répondre aux besoins de leurs enfants tant sur le plan physique, affectif, que psychique* » (Brunet, 2011).

Ainsi, « *Une mère doit naître psychologiquement tout autant que son bébé naît physiquement. [...] En devenant mère, une femme développe une organisation mentale radicalement différente de celle qu'elle avait auparavant et fait des expériences inconnues des non-mères* » (Stern *et al.*, 1998). Winnicott, en 1956, parlait déjà d'un état de « préoccupation maternelle primaire » qui se développe graduellement au cours de la grossesse avec l'élaboration de l'enfant imaginaire et perdure durant le post-partum. Lorsque l'on devient mère, on devient

responsable (Sarlat & Raynaud, 2020). On acquiert un état psychique particulier qui permet de développer une sensibilité élevée envers son enfant, de s'identifier à lui pour pouvoir répondre à ses besoins et être entièrement disponible pour lui. En effet, un nouveau-né lorsqu'il naît est totalement dépendant de sa mère pour se mouvoir, se nourrir, se soigner, être protégé. L'ocytocine, hormone de l'amour et de l'attachement, est en partie responsable de cet état psychique. Libérée en grande quantité durant la naissance, elle incite la mère à se focaliser sur son nouveau-né (Sacks). Les récentes recherches en neurosciences montrent également que les noyaux profonds du cerveau se transforment dans le cadre de la maternité. Les perceptions du danger se modifient pour que la mère puisse comprendre les besoins de sécurité et d'attachement de leurs enfants (Sarlat & Raynaud, 2020).

Ce remaniement de la psyché apporte aussi d'autres sentiments chez les mères, « se rappelant » qu'elles ont d'autres rôles à jouer, un travail, des amis, un conjoint, des loisirs, une vie spirituelle et intellectuelle et des besoins physiques tels que dormir, manger, faire de l'exercice, prendre soin d'elles. Les mères peuvent avoir le sentiment de perdre le contrôle de leur vie, de ressentir une pression due à la responsabilité qu'elles ont envers leur enfant, de manquer de temps pour s'occuper d'elles, de vivre des conflits internes alliés à un sentiment de plénitude maternelle souvent insatisfait ou encore d'éprouver une sensation d'instabilité dans leurs relations avec leur partenaire et leur entourage (Nyström & Öhrling, 2004).

Tout ce remaniement périnatal est décrit par Sarlat (2020) comme « une période initiatique de transformation ». Racamier (1961) la présentait déjà comme une véritable crise identitaire qui se joue, au même titre que celle de l'adolescence, ces deux périodes de la vie étant structurantes et maturatives dans le développement psycho-affectif. Cet état est plus communément appelé « la matrescence » (Raphael, 2011). Tous ces chamboulements mènent à un bouleversement de leur statut social en passant du rôle de fille au rôle de mère (Sacks) en devant allier rôle maternel, conjugal et professionnel.

2. Le sentiment de compétence maternelle

Le sentiment de compétence maternelle est un sentiment d'auto-efficacité⁸ perçu par la mère. Il s'agit d'une perception subjective mais qui a toute son importance dans l'adaptation à la parentalité. Les interactions entre une mère et son nouveau-né influencent la manière dont elle va vivre son post-partum. Lorsque tout se passe bien, que l'enfant se calme au contact de sa mère et se développe correctement, celle-ci se sent compétente et estime ses comportements adéquats envers son nouveau-né (Razurel *et al.*, 2011). L'enfant devient alors pour la mère le référent de ses compétences maternelles (Slomian, 2018). Lorsque l'enfant lui renvoie des réponses et une image négatives, la mère peut alors se sentir plus vulnérable et développer un sentiment d'incompétence. Les réponses de l'enfant ne sont pas les seuls déterminants des compétences maternelles : le caractère de l'enfant, son tempérament peuvent également influencer la mère ainsi que sa propre histoire, son état émotionnel, la présence et le soutien effectif et psychologique du père, son réseau social, ses modèles de références, les exigences qu'elle a envers elle et son nouveau-né. Ce sentiment qu'elle développera envers ses compétences maternelles impacte fortement la construction de sa maternité. En effet, plus les mères croient en leurs compétences et au mieux elles se sentent émotionnellement, s'adaptent à leur nouveau rôle et s'attachent à leur enfant (Slomian, 2018).

⁸ Le sentiment d'auto-efficacité, développé par Bandura en 1977 est la perception qu'a l'individu de ses capacités vis-à-vis d'une tâche déterminée et définie.

Chapitre 3 Les besoins de la mère primipare durant la période post-partum

Ce chapitre permet de mieux cerner les différents besoins des mères primipares durant la période post-partum. Notons qu'il existe très peu de relevés concernant ces besoins spécifiques en comparaison à ceux identifiés durant la grossesse et/ou l'accouchement.

En 1999, l'OMS, établissait une liste de besoins basés sur les rares données trouvées à l'époque, ainsi que sur l'expérience personnelle des chercheurs. Ces besoins, au nombre de huit, étaient ceux d'informations et de conseils ; de soutien de la part des prestataires de soins de santé, du conjoint et de la famille aux niveaux affectif et psychologique ; de soins en cas de complications présumées ou avérées ; de temps pour s'occuper du nouveau-né ; d'aide pour les tâches domestiques ; d'un congé de maternité ; d'une réintégration sociale dans la famille et la communauté ; et besoin d'une protection contre les sévices/la violence.

Une étude belge qualitative, datant de 2017 relève quant à elle quatre besoins maternels en période post-partum chez 22 femmes dont 11 primipares (Slomian *et al.*, 2017):

1. Le besoin d'information
2. Le besoin de soutien psychologique
3. Le besoin de partage d'expériences
4. Le besoin de soutien pratique et matériel.

Selon cette étude, ces 4 besoins se révèlent chez toutes les mères et varient suivant les caractéristiques individuelles des mères, leurs expériences antérieures, leurs préparations en amont à la période post-partum (logistique et psychologique), leurs capacités d'adaptation, leur vécu de la grossesse et de l'accouchement, le soutien reçu de leur compagnon ou de leur entourage ainsi que l'accompagnement apporté par les professionnels de la santé.

Cette classification par catégories prédéfinies des besoins maternels en période de post-partum sera retenue pour notre analyse et sera enrichie dans la partie

pratique par l'émergence de nouvelles catégories dégagées lors de l'analyse des entretiens.

1. Le besoin d'information

Le temps du post-partum est un moment de découvertes et d'apprentissages pour les parents. Il s'agit essentiellement pour les nouveaux parents de trouver des réponses à de nombreuses questions aussi bien les concernant que concernant leur nouveau-né. Le rapport de l'OMS, datant de 1999, notifie notamment leur besoin d'information ou de conseils à propos de l'allaitement, des modifications corporelles chez la mère, y compris les signes de problèmes éventuels, les soins individuels, l'hygiène et la cicatrisation, la sexualité, la contraception et l'alimentation.

Le questionnement des parents est également axé sur les besoins du nouveau-né et les gestes techniques de soins tels que comment le laver, le changer, le nourrir au sein ou au biberon, lui prodiguer les différents soins (cordon, oreilles, nez, yeux, siège) et effectuer les surveillances de la bonne évolution de la santé du nouveau-né (prise de vitamines, signes cliniques physiologiques ou pathologiques, besoins du nouveau-né, rythmes veille/sommeil, alimentation, sorties,...). Tous ces gestes étant inconnus la plupart du temps pour ces nouveaux parents.

Leurs autres questions portent sur les démarches administratives à réaliser dont notamment la déclaration de naissance, les prospections auprès d'un milieu d'accueil, les documents à remplir auprès de la mutuelle, les assurances, les allocations familiales, la prime de naissance, les employeurs, ... Elles concernent également les réseaux de soutien existant, les besoins de conseils pour l'aménagement du matériel de puériculture, ...

Ce flot d'informations reçues dans un court laps de temps, les parents doivent pouvoir l'intégrer rapidement. Pour mieux préparer les couples, des séances prénatales de préparations à la naissance existent depuis les années 1930⁹. Ces séances proposent une préparation axée sur l'accouchement, la gestion de la

⁹Ces séances peuvent se dérouler via des professionnels indépendants (sages-femmes ou autres) ou s'intégrer dans l'offre de soins hospitaliers. Ce sont des séances partiellement remboursées par les mutuelles, individuelles ou collectives, qui ne sont pas obligatoires.

douleur ainsi que des séances d'informations par rapport à l'allaitement maternel (comme par exemple dans le cadre du label I.H.A.B. Initiative Hôpital Ami des Bébé). Elles se basent sur une préparation physique, une écoute et la transmission d'informations à destination des femmes et des couples. Récemment, un nouvel objectif a été introduit : la préparation à la parentalité. Il s'agit de donner à la femme et/ou au couple davantage confiance en leurs propres capacités à s'occuper du nouveau-né dans la période post-partum (soins du nouveau-né et équipements requis, faire face aux pleurs du nouveau-né, stimulation du nouveau-né, développement, ...). Toutefois, ces préparations prénatales sont à repenser car les mères se projettent difficilement dans le futur, se focalisant plus sur la préparation à l'accouchement que sur la préparation à la période post-partum (Razurel *et al.*, 2011).

Une méta-analyse (Dennis, 2005) concernant l'impact des séances prénatales dans le cadre de la dépression post-partum vient argumenter le fait que le soutien proposé en période postnatale plutôt qu'en période prénatale aurait un meilleur impact sur les mères et prouverait également l'importance du passage à domicile d'un professionnel de la santé et du soutien social sur le bien-être de la mère (Razurel & Desmet, 2010).

2. Le besoin de soutien psychologique

Durant cette période de transition, il est capital que la mère soit soutenue. La qualité de ce soutien est déterminante pour que l'expérience de la maternité soit vécue comme positive (Slomian, 2018). Les mères apprécient particulièrement le soutien émotionnel apporté par les professionnels et par leur entourage lors de leur post-partum. Elles ont besoin d'être rassurées, entourées, écoutées, comprises, d'entendre se dire qu'elles agissent correctement, ce qui les sécurise et les valorise dans leurs compétences (Razurel *et al.*, 2011). Lorsque ce soutien est inadéquat ou que leur perception de celui-ci est négative, le sentiment de compétence maternelle diminue. Le soutien psychologique apporté par un professionnel

« L'évolution des familles aux contacts intergénérationnels « estompés » a notamment conduit les professionnels à prendre une part plus importante dans

le soutien à la parentalité » (Slomian, 2018). Avoir la possibilité d'interpeller un professionnel en cas de questionnement peut être rassurant pour les parents (Di Zenzo & Wittrouw, 2015) soit en agissant directement sur les facteurs de stress, soit en soutenant ces jeunes parents dans leur nouveau rôle (Guedeney, 2010). Par ailleurs, les parents sont en général très demandeurs d'aide et de conseils de la part des professionnels (Lamboy, 2009). Ils ont besoin d'informations cohérentes, scientifiques et claires (Razurel *et al.*, 2011). Les propos contradictoires les déstabilisent ; c'est pour cela qu'avoir un référent leur est si bénéfique. En Wallonie, ce soutien par un professionnel s'effectue via des professionnels reconnus tels qu'une sage-femme ¹⁰ ou un travailleur médico-social ¹¹ de l'ONE. Les aides apportées aux jeunes mères par les professionnels en période post-partum relèvent de l'encadrement, de l'aide à l'autonomie, à l'éducation et à la parentalité (Di Zenzo & Wittrouw, 2015). Ces professionnels sont parfois perçus comme des experts sachant mieux que les parents ce qui est bon pour leur nouveau-né « (...) *au point parfois de sacraliser leur parole et de ne pas écouter leur bons sens (par exemple : donner le sein montre en main ou réaliser le bain exactement dans le même ordre)* » (Seguin, 2014). C'est donc un travail délicat et subtil que d'accompagner ces parents dans un moment si spécial qu'est la période post-partum. Ce travail consiste à les guider à l'aide de conseils pertinents tout en permettant l'autonomie dans leur prise de décision parentale (Razurel *et al.*, 2011).

N'oublions pas que chaque femme, chaque couple, chaque nouveau-né est unique et vit dans un environnement familial qui lui est propre avec son mode de fonctionnement et sa propre identité culturelle (Razurel *et al.*, 2011).

¹⁰La sage-femme est une professionnelle qui travaille conjointement avec les femmes pour leur donner un appui essentiel, ainsi que des conseils et les soins nécessaires durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Elle joue un rôle important comme conseillère en matière de santé et d'éducation, non seulement pour les femmes mais aussi au sein de la famille et de la communauté (Direction générale des soins de santé, 2015).

¹¹Le TMS accompagne l'enfant et sa famille dans le respect et l'autonomie de celle-ci afin de favoriser le bien-être de l'enfant en valorisant les compétences parentales et en portant une attention particulière aux facteurs de vulnérabilité (ONE, 2016)

1.2. Le soutien psychologique apporté par l'entourage

L'accompagnement social, plus particulièrement par le conjoint et/ou la famille proche, est également déterminant dans le soutien à la parentalité et dans la prévention des difficultés maternelles (Slomian, 2018). Il est démontré qu'il existe une augmentation des dépressions post-partum dans les pays en développement qui suivent de moins en moins les traditions ou les rites de passage (Capponi & Horbacz, 2007). Les mères en pleine transition sont donc très réceptives au soutien apporté par leur entourage. Le soutien perçu¹² par la nouvelle mère permet de réduire le stress et d'améliorer les sentiments positifs liés à sa parentalité. Force est de constater que dans notre société, demander de l'aide est parfois mal perçu entraînant un sentiment de peur du jugement ou de la critique, un sentiment d'être un fardeau ou d'être incapable. Cette perception peut également être liée à de la fierté ou l'envie d'indépendance (Negron *et al.*, 2013).

3. Le besoin de partage d'expériences

Les mères ont besoin de comparer leurs expériences à celles des autres mères, de partager pour se rassurer ce qui conduit parfois à des dérives. En effet, la comparaison des comportements d'enfants ou des attitudes maternelles est inappropriée dans ce processus si complexe qu'est la maternité car chaque histoire est unique. Cependant, s'appuyer sur d'autres vécus peut être rassurant. Ainsi, certaines mères choisiront des référentes avec des enfants du même âge pour leur permettre de comparer mais aussi parce que celles-ci vivent à la même époque et dans le même contexte d'éducation, dans une mouvance d'éducation positive, d'écologie, de bienveillance, d'écoute active des besoins des enfants. D'autres mères se dirigeront vers des mères ayant des enfants plus âgés se référant ainsi à l'expérience acquise. Dans tous les cas, partager et se sentir soutenue permettent de vaincre le sentiment de solitude voire d'isolement et de se sentir comme faisant partie d' « une communauté ». Les réseaux sociaux et

¹² Le soutien social perçu se définit comme « l'impact subjectif de l'aide apportée par l'entourage d'un individu et la mesure dans laquelle celui-ci estime que ses besoins et ses attentes sont satisfaits » (Procidano & Heller, 1983).

les groupes de discussions permettent également le partage rapide d'expériences et de soutien (Slomian *et al.*, 2017).

4. Le besoin de soutien pratique et matériel

Le soutien pratique et matériel à domicile fait également partie des aspects à prendre en compte dans la période post-partum. L'accumulation des tâches ménagères combinée aux soins à fournir au nouveau-né sont des facteurs de stress pour elles. Les aides sont donc très appréciées, particulièrement lorsqu'elles viennent naturellement de l'entourage proche et ce d'autant plus lorsque le père est retourné au travail (Razurel *et al.*, 2011). Les mères ont besoin de pouvoir profiter de leur enfant lors de ses phases d'éveil, ou de se reposer un peu ; les besoins de soutien pratique par l'entourage concernent donc plus la réalisation des tâches ménagères que la gestion du nouveau-né (Slomian *et al.*, 2017).

Conclusion

Comme vu dans cette partie théorique, la maternité « (...) est un processus riche et complexe qui s'enracine au plus profond de l'être, biologique et psychique, conscient et non conscient, ainsi que dans l'implicite des différents bails culturels et des attentes sociétales » (Bayot, 2018). Les premières semaines suivant une naissance sont donc intenses dans la vie des mères, les rendant vulnérables, d'autant plus lorsqu'il s'agit de primipares pour qui l'expérience de la maternité est nouvelle

Ce cadre théorique aura permis de présenter une vision d'ensemble de cette période ainsi que les enjeux gravitant autour de la dyade mère-nouveau-né et du processus complexe de la parentalité. Il aura permis aussi de mieux appréhender les différents besoins ressentis par les mères primipares de retour chez elle, base essentielle pour la construction du guide d'entretien et pour une compréhension plus affinée des différents entretiens réalisés dans la partie pratique.

Partie empirique

Introduction

Cette partie empirique se subdivise en trois chapitres. Le premier décrira la méthodologie qualitative mobilisée, avec la stratégie d'échantillonnage, la collecte des données et l'analyse. Le deuxième présentera les résultats. Enfin, ces résultats seront discutés et mis en perspective grâce à des concepts théoriques dans le troisième chapitre.

Pour rappel, la question de recherche est la suivante : « quels sont les besoins d'accompagnement des mères primipares lors de leur période post-partum ? », l'objectif étant de comprendre le vécu des mères primipares durant la période post-partum.

Chapitre 1 Méthodologie de recherche

Pour mieux comprendre le vécu de l'accompagnement des mères primipares durant la période de post-partum, une méthodologie qualitative se justifie. En effet, les méthodes qualitatives de recueil et d'analyse des données permettent de mieux appréhender le vécu et les représentations des mères primipares et donc d'en extraire le sens. J'ai, par conséquent, réalisé une étude qualitative monocentrique auprès de patientes sorties du service de la maternité de l'hôpital CHIREC de Braine-l'Alleud.

1. Stratégie d'échantillonnage

1.1. Critères d'inclusion

J'ai retenu cinq critères cumulatifs d'inclusion ;

- être capable de s'exprimer en français ;
- être âgée entre 18 et 45 ans ;
- être primipare ;
- ne pas avoir eu de complications médicales lors du séjour nécessitant un séjour prolongé à l'hôpital ;
- être sortie de la maternité dans les trois jours suivant un accouchement par voie basse ou dans les quatre jours suivant un accouchement par césarienne.

1.2. Critère d'exclusion

Un seul critère d'exclusion a été gardé : ne pas être sortie de l'hôpital en même temps que son nouveau-né.

1.3. Sélection des participantes

La première rencontre avec les mères s'est déroulée lors de leur séjour à la maternité de l'hôpital de Braine-l'Alleud dans le cadre de mon travail de sage-femme hospitalière. Le recrutement a été réalisé grâce à la collaboration de collègues sages-femmes du service. Ces dernières ont informé les mères de l'existence de l'étude lors de leur sortie si celles-ci répondaient aux critères d'inclusion. Lorsque les patientes acceptaient de participer de manière volontaire à la recherche, je me suis alors présentée à elles et leur ai expliqué les objectifs et les démarches de ce travail. Après leur accord oral, je leur ai donné le document explicatif, le consentement éclairé ainsi que les modalités de reprise de contact afin d'organiser ma visite à leur domicile (qui aurait lieu dans les quatre semaines suivant leur retour à la maison). Les participantes étaient par conséquent amenées à me communiquer leur numéro de téléphone afin que je puisse les recontacter. Au départ, treize mères ont donné leur accord de participation, dix ont réalisé les entretiens et trois mères n'ont pas donné suite à la prise de rendez-vous.

L'échantillon final comporte donc dix participantes, dont neuf sont en couple et une est mère célibataire, le compagnon étant parti au début de la grossesse. Les mères sont âgées entre 21 et 38 ans. Huit mères ont accouché par voie basse et deux par césarienne. L'une des mères est également sage-femme dans un autre établissement. Toutes les participantes ont eu recours à une sage-femme indépendante, et l'une d'entre-elles a aussi fait appel à une TMS de l'ONE (également sage-femme). La moitié des participantes avait déjà rencontré leur sage-femme en prénatal. Deux participantes ont demandé l'intervention de leur kinésologue en prénatal et en postnatal. Concernant leurs emplois, quatre d'entre elles ont travaillé jusqu'à une semaine avant la naissance et une autre jusqu'à la veille de la naissance. Huit des neufs compagnons ont pris leur congé de paternité soit à la suite, soit étalé dans le temps. Au moment de l'entretien sept mères allaitaient. La plus jeune d'entre-elles a commencé l'allaitement

seule au domicile, sur les conseils de l'entourage présentant les bienfaits de l'allaitement maternel par rapport à la pandémie de coronavirus. L'une d'entre-elles était passée à un allaitement mixte et deux autres au biberon de lait artificiel.

2. Collecte des données

L'outil de collecte des données est un guide d'entretien (annexe 5), élaboré sur base du cadre de référence de Slomian (2017) reprenant les questions de recherche en lien avec la liste de thèmes de départ sur les besoins d'accompagnement des mères primipares durant la période post-partum : le besoin d'information, le besoin de soutien psychologique, le besoin de partage d'expériences et le besoin de soutien matériel et pratique.

Le retour à domicile est un moment clé dans le vécu du post-partum qui nécessite un temps d'adaptation. Les parents quittant le milieu sécurisant de l'hôpital, un temps est donc nécessaire afin qu'ils se réapproprient leur domicile, trouvent leurs marques et se créent de nouvelles habitudes. C'est justement durant cette période que les mères semblent les plus à même de pouvoir exprimer leurs ressentis, besoins, attentes concernant leur retour à domicile.

J'ai donc interviewé ces mères dans un laps de temps de deux à quatre semaines maximum après le départ de l'hôpital afin que l'expérience vécue soit la plus récente possible.

Sur les 10 entretiens auprès des mères primipares, 4 se sont déroulés en face à face, au domicile des participantes, et 6 par vidéo conférence suite aux mesures gouvernementales de confinement liées à la pandémie de coronavirus. Ces entretiens ont été planifiés par téléphone et réalisés entre le mois de février et d'avril 2020. La durée des entretiens était en moyenne de 52 minutes. Avec l'accord de chaque participante, les entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits (annexe 10). Une introduction présentant l'étude ainsi que ses modalités, dont l'accord de consentement éclairé (annexe 4), ont permis de débiter l'entretien. Cette partie introductive expliquait également leur liberté de mettre fin à l'entretien à tout moment et en assurait l'anonymat. Le guide d'entretien était articulé autour des questions de recherche sur les

besoins d'accompagnement des mères primipares durant la période de postpartum. Finalement, l'entretien se clôturait par une question ouverte leur permettant de partager leur vision d'une prise en charge idéale.

Pour favoriser la liberté d'expression des participantes, j'ai été attentive à créer un espace de confiance, adoptant une écoute attentive, bienveillante et non-jugeante.

3. Analyse des données

Avant de démarrer le travail d'analyse, les entretiens ont été intégralement retranscrits. Nous avons opté, avec mes promotrices, pour une approche qualitative avec une analyse par catégories prédéfinies. Pour ce faire, une **opération de thématisation** a été nécessaire et constitue l'opération centrale de la méthode.

L'analyse par catégories prédéfinies se réalise en plusieurs étapes (Paillé & Mucchielli, 2012) :

- (1) La **création progressive**, page par page, **d'annotations** à côté des extraits pour cerner de courtes expressions qui représentent nos catégories prédéfinies : 1) le besoin d'information, 2) le besoin de soutien psychologique, 3) le besoin de partage d'expérience et 4) le besoin de soutien pratique et matériel.
- (2) La **construction d'un tableau d'analyse** (avec Excel), reprenant les catégories prédéfinies et les extraits associés afin de progressivement les rassembler, les fusionner et les hiérarchiser.
- (3) Un **travail sur le choix du niveau de généralité et du bon niveau d'inférence** des catégories. Pour rappel, le niveau d'inférence en méthodes qualitative est l'opération logique par laquelle l'analyste passe de l'examen d'une partie de l'extrait à l'attribution d'un thème¹³ pour cet extrait. La validité d'une inférence correspond au niveau de correspondance avec le réel et dépend de nombreux facteurs, notamment de la nature du rapport entre les extraits et le thème. Une

¹³ Un thème (Paillé & Mucchielli, 2012) est un ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l'extrait de corpus correspondant, tout en fournissant des indications sur la teneur des propos.

inférence de faible niveau présente un rapport étroit et direct entre les extraits et le thème proposé.

A partir de cette opération de thématisation sur la liste de thèmes de départ, j'ai procédé à une démarche inductive pour faire émerger de nouvelles catégories d'analyse permettant d'appréhender plus spécifiquement les besoins d'accompagnement des mères primipares durant la période de postpartum.

Chapitre 2 Présentation des résultats

Ce chapitre présente les résultats des dix entretiens réalisés avec les mères primipares durant la période post-partum afin de répondre à la question de recherche suivante : **quels sont les besoins d'accompagnement des mères primipares durant la période post-partum ?**

1. Le besoin d'information

D'une part, ce besoin d'information concerne le nouveau-né : son alimentation, ses réactions physiques et émotionnelles, les soins à lui octroyer et les risques potentiels de mort subite. D'autre part, ce besoin est centré sur la mère elle-même ; sur ses modifications physiques et psychologiques. Pour répondre à ce besoin, les mères mobilisent différentes ressources : les professionnels de la santé, leur entourage et les médias (internet, brochures, livres, ...).

1.1. Le besoin d'information centrée sur le nouveau-né

a. Au niveau de l'allaitement

Les mères se posent beaucoup de questions concernant l'**allaitement maternel**. Elles se demandent comment s'adapter aux besoins de l'enfant notamment quand leur nouveau-né ne tète pas correctement ou qu'elles ont l'impression que leur corps ne produit pas suffisamment de lait pour le nourrir. « *Le plus gros problème ça a été l'allaitement [...] Il ne voulait pas, il tétait à moitié et puis quand il prenait il tétait hyper fort et [...] il n'arrivait pas à prendre correctement les tétons parce que j'avais les tétons qui étaient fort renfoncés, donc c'est seulement il y a une semaine qu'il a capté comment prendre correctement le sein quoi [...] je ne produis pas assez [...].* (EP5, p.7, l.227-258). L'anxiété et/ou des douleurs peuvent également apparaître : « *[...] Vu que c'est mon premier enfant, que c'est la première fois que j'allaitais j'étais un peu anxieuse. Ça a été très dur les premiers jours à ce niveau-là d'ailleurs parce que les douleurs se sont intensifiées au point que j'en pleurais. Donc voilà et du coup j'hésitais à arrêter l'allaitement* » (EP6, p.1, l.46-52).

Pour pallier ces difficultés d'allaitement et répondre aux besoins d'alimentation de leur enfant, des mères se sont alors tournées vers une alternative,

l'allaitement artificiel. *« Il reçoit le reste au biberon de lait artificiel parce qu'au tire lait au début ça allait, fin je tirais plus ou moins 15ml mais au bout d'une semaine je tirais 5 ml et des fois plus rien »* (EP5, p.7, l.227-258). Cette alternative nécessite toutefois un accompagnement pour appréhender le matériel nécessaire, les différentes préparations et quantités pour que l'enfant ait suffisamment mangé : *« je me posais des questions : « Comment je dois faire ? », « Qu'est-ce que je dois donner ? », « Quelles sont les quantités ? ». Et on me disait : « un 60-90 ». Ça ne me parle pas moi 60-90. Quand on ne l'a jamais fait. Je disais : « Un 60-90 c'est quoi ? ». Vous voyez ! Donc ça paraît tellement con à mon avis. Maintenant je le sais parce que je commence à faire un allaitement mixte mais la première fois je me suis sentie déroutée dans tout ce langage, cette terminologie, je n'en touchais pas une. Je me disais : « Mais c'est quoi ce bazar ? Je ne vais pas y arriver »* (EP7, p.3, l.144-150).

La prise de poids du nouveau-né est aussi un élément anxiogène pour elles car il est le facteur principal d'un allaitement adéquat : *« Là comme elle a bien grossi et tout ça que je vois moi aussi qu'elle a grossi, je suis moins stressée »* (EP5, p.11, l.555-561).

b. Au niveau des réactions physiques de l'enfant

Les **troubles digestifs** fréquents (coliques, reflux gastro-œsophagiens, constipation) chez les nouveau-nés sont également une grande source d'inquiétudes pour ces mères qui ont besoin d'en comprendre les causes, les conséquences et les aides éventuelles (massages, chaleur, homéopathie, ...) : *« J'aimerais bien des fois avoir peut-être plus de conseils parce que ce n'est pas facile. On l'entend des fois avoir mal. Ça j'ai du mal à gérer. »* (EP8, p. 3, l.137-142)

La **respiration irrégulière** des nouveau-nés, différente de celle d'un adulte, a nécessité elle aussi des explications : *« J'étais stressée parce que déjà je ne savais pas que les nouveau-nés respiraient de manière aléatoire, ils ne respirent pas comme nous [...] qu'il y avait parfois des moments de soubresauts [...]. Et elle m'a dit que c'était tout à fait normal [...] je pensais que mon bébé n'était pas en bonne santé ou qu'il avait un souci »* (EP10, p.2, l.96-112) de même que les **réactions cutanées** liées à l'imprégnation hormonale, à la fragilité de leur peau ou parfois à une intolérance aux protéines

de lait de vache : « *Elle avait quelques petits boutons mais ça c'est dû à ce que je mange comme elle prend le sein [...] en fait j'avais mangé beaucoup de produits laitiers et je pense que c'est ça* » (EP10, p.3, l.117-127).

Les **torticolis**, les **déformations crâniennes** ou les **plagiocéphalies** inquiètent ces mères, nécessitant des informations sur l'anatomie du crâne chez un enfant et les moyens préventifs ou curatifs nécessaires : « *Elle a vu l'ostéopathe pour son torticolis congénital qui m'a dit qu'elle avait 5 cm de tête plate à droite [...]. Elle est quand même dans un matelas anti-tête plate alors que l'ostéopathe m'a dit : « Surtout pas ! » [...] Et puis je devais la forcer un peu à mettre sa tête de l'autre côté [...] Je ne sais pas si ça s'aplatit de l'autre côté ou pas* » (EP9, p10., l.480-48).

c. Au niveau des soins à octroyer

Une des grandes difficultés pour les mères concerne **les pleurs** de leur nouveau-né et leurs causes. Elles ont besoin de temps pour apprendre à les comprendre et y répondre : « *Avant on me disait : « Tu vas reconnaître ses différents types de pleurs ». Quand on me disait ça, je me disais : « Ce n'est pas possible, je ne vais jamais reconnaître ». Maintenant oui c'est vrai. Mais au début je me disais : « Mais c'est dingue, je suis tarée, je ne suis pas prête, je ne comprends rien, pour moi c'est la même chose tout le temps. J'ai culpabilisé de le faire pleurer pendant des heures, de ne pas comprendre ce qu'il voulait [...] »* (EP7, p.4, l.180-188).

La manipulation du nouveau-né est un défi majeur pour ces mères qui ont peur de lui faire mal et nécessite de la pratique, de la douceur et du temps : « *J'avais peur au tout début de le prendre dans son petit lit, de lui faire mal. Leurs petits os craquent des fois alors du coup quand on le prend et qu'on entend que ça bouge un peu on se dit : « oh mince ! Je ne lui ai pas fait mal ?! » Même pour le changer, des fois on a peur de ne pas aller assez vite ou qu'il ait froid [...] Et puis j'avais du mal à mettre le linge, ce n'est vraiment pas mon truc* » (EP3, p.10, l. 504-509).

La **réalisation du bain** est souvent considérée au début comme une épreuve, d'autant plus lorsque les gestes appris à l'hôpital sont difficilement transposables dans leur propre salle de bains de configuration différente : « *Elle*

m'a proposé si ça m'intéressait donc j'ai dit oui [...] Parce que même si je l'avais fait à la maternité, ce n'est pas la même configuration, le bain était à côté du plan de change, tandis que là il n'était pas à côté...Et puis même entre le voir et le faire soi-même... Je voulais voir si mes gestes étaient bons quoi s'il n'y avait pas un petit hic » (EP1, p.3, l. 144-152). Les autres **soins d'hygiène** (soins du nez, des yeux, du cordon ombilical, du siège, ...) entourant les nouveau-nés sont également un sujet relevé par les mères. Ces soins ne sont pas toujours montrés à la maternité étant donné qu'ils ne sont réalisés que si nécessaire (lorsque le nez est bouché par exemple) : *« Moi je lui posais un petit peu toutes les questions que j'avais même par rapport à tout ce qu'on ne nous montre pas spécialement non plus à la maternité, vu que le séjour est court : comment déboucher le nez, ... »* (EP3, p.5, l.231-238).

Concernant la **gestion de la température** corporelle du nouveau-né, elles s'interrogent sur les attitudes à avoir, les causes et les conséquences possibles concernant un dépassement des valeurs de références : *« On m'a dit que la température c'était entre 36,5 C° et 37,5 C°, dès qu'il a 37,6 C° ou 37,7 C° je commence à paniquer. Toutes les demi-heures je vais aller reprendre sa température. Je me dis : « Bon, allez, respire, ça va aller ! »* (EP7, p.11, l.530-534).

L'organisation entourant **le sommeil du nouveau-né** est aussi source de questionnements, comme définir le lieu, choisir les vêtements appropriés pour prévenir au mieux les risques de mort-subite du nouveau-né : *« On avait tout planifié, à part, le lit cododo, on n'avait pas prévu ça à la base, on voulait directement le mettre dans sa chambre mais avec la déchirure que j'ai eue, je ne savais pas m'en occuper si j'étais dans la chambre donc on a dû faire ça en dernière minute. Au final, voilà vu que l'accouchement a été compliqué, on se fait chaque fois des plans sur la comète et on change totalement d'avis. Donc voilà il est en cododo, ça se passe très bien [...] et finalement d'un côté c'est plus rassurant parce que je ne suis pas sûr en fait au final que j'aurais été capable de le mettre dans sa chambre [...] là on ouvre un œil, on le voit et ok c'est bon. »* (EP5, p.2, l.73-89).

1.2. Le besoin d'information centrée sur la mère

a. Les modifications physiques

Les principales préoccupations des mères concernent les **modifications de leur poitrine** liées à l'allaitement maternel dont notamment la montée de lait : « *Ça m'a vraiment fait mal. Et au début je pensais, je ne sais pas, que j'avais mal mis mon soutien-gorge ou que c'était une douleur qui venait d'autre chose. Et donc j'étais bien contente qu'elle soit là pour me montrer comment... pour exprimer manuellement la sortie du lait bien plus efficacement que ce que j'arrivais à faire goutte par goutte, péniblement en me faisant super mal jusque-là.* » (EP8, p.3, l.129-135). Elles concernent également la **cicatrisation de leurs différentes plaies** (crevasses, périnéales ou liées à une césarienne), les soins à leur apporter, leur suivi et leurs conséquences : « *Par rapport aux soins post-césarienne, c'est vrai que j'aurais aimé qu'on me dise : « il faut mettre une crème, il faut faire ci, il faut faire ça [...] parce qu'il (le gynécologue) disait : « Ah non, il ne faut rien faire »* (EP3, p.20, l. 979-984). La découverte des modifications physiologiques de l'après accouchement a aussi été une surprise pour trois d'entre elles dont notamment **les lochies** (pertes sanguines d'origines utérines suivant une naissance) : « *Par rapport au fait qu'on doive rester avec une couche-culotte pendant 3 semaines après. Enfin voilà, personnellement je ne savais pas. Enfin, tout ce qui était saignements et compagnie honnêtement je ne pensais vraiment pas que ça allait durer autant* » (EP3, p.3, l.148-152).

b. Les modifications psychologiques

Le **baby blues** est un évènement abstrait pour les mères dont elles ne conceptualisent ni les symptômes ni la normalité. Quelques mères y ont été sensibilisées durant la grossesse mais elles ont des difficultés à s'imaginer le vivre : « *Je ne sais pas si c'était une dépression ou un baby blues... J'ai l'impression que c'est des termes un peu forts après je n'en sais rien. Je ne sais pas si je les ai vraiment faits. Oui je pense que les hormones ont joué, oui je ne vais pas vous cacher que j'ai pleuré et que j'étais parfois démunie par rapport à ce qui se passait [...] J'ai eu 38 ans ici. Je n'ai pas fait un enfant jeune. Je l'ai vraiment voulu, désiré et attendu. Donc j'étais super heureuse. Enfin je*

suis super heureuse de l'avoir. Maintenant c'est vrai que ça casse tous les codes qu'on a construits pendant 38 ans » (EP7, p.9, l.434-446)

1.3. Les ressources mobilisées pour répondre au besoin d'information

Les professionnels de la santé jouent un rôle capital dans l'apport d'informations aux mères leur permettant de les rassurer dans leurs capacités à s'occuper d'elles-mêmes et de leur nouveau-né : *« Heureusement qu'on a eu Tanja à la maison parce que si on n'avait pas eu de sage-femme je crois que j'aurais pété un câble, clairement ! [...] A cause de la douleur, de ne pas savoir comment faire, de qu'est-ce qu'on peut faire [...] fin c'est plein de questions qu'on se pose, on n'a pas forcément les réponses » (EP5, p.5, l.164-177).* Toutes les mères interviewées ont bénéficié du passage d'une sage-femme indépendante à domicile et pour l'une également d'une TMS de l'ONE. A noter, les différences concernant le nombre de leurs passages au domicile. En effet, pour l'une, la sage-femme était venue deux fois ce qui lui suffisait et pour une autre, elle était déjà venue 6 fois et souhaitait que le pédiatre prescrive six passages supplémentaires. Ce besoin semble donc en lien avec le vécu de la mère, la présence du compagnon et/ou de l'entourage ou avec les difficultés rencontrées durant le post-partum. La durée du passage à domicile leur semble suffisante pour répondre à leurs questions, la plupart des mères réalisant une liste de questions à poser à leur sage-femme au moment de sa venue : *« C'est vrai que sur le moment on se dit qu'une heure ce n'est pas grand-chose sur les 24h. et quand elle vient au final ça passe tout seul [...] Une heure c'est largement suffisant, elle passe près d'un quart d'heure pour le bébé et le reste du temps c'est avec la maman pour la rassurer, l'aider, pour l'allaitement ou des démarches. On se dit que c'est peu mais c'est bien ! » (EP5, p.14, l. 469-474).* La disponibilité des sages-femmes indépendantes pour répondre (24h sur 24, 7 jours sur 7, par sms ou par téléphone) a été aussi d'un grand soutien pour ces mères : *« J'ai envoyé un message un jour à ma sage-femme à minuit parce que j'étais au bout du scotch, il ne voulait pas manger et j'étais prête à aller aux urgences pour qu'on me donne un tire-lait pour tirer mon lait et lui donner au biberon. J'étais vraiment... Et je me dis : « Allez, mais comment j'ai pu*

envoyer un message à minuit ! » Il fallait que je me calme, il fallait qu'il se calme » (EP7, p.12, l. 611-615).

L'entourage a aussi joué un rôle important pour répondre au besoin d'information des mères : *« J'ai demandé beaucoup à ma maman. C'est un peu des « remèdes ». « Ah oui, j'ai utilisé ça ! ». « Ça, ça marche ! ». « Ça, ça ne marche pas ! ». Aussi un bébé n'est pas l'autre. Donc c'est vraiment à voir avec son bébé, à tester » (EP10, p. 5, l.225-228).* D'autres, par contre, préféraient ne pas solliciter leur entourage, estimant que celui-ci n'était pas le plus approprié pour répondre à leur besoin : *« Non, [...] je crois que c'est loin pour elles. Elles ont toutes des enfants plus grands déjà d'une dizaine d'années. Donc tout de suite c'était : « Non, t'inquiète ! Prends patience ! Ça va aller ! On est toutes passées par là ! ». [...] En plus j'avais des versions différentes tout le temps » (EP7, p3, l. 162-179).*

L'apport des médias (brochures, livres, internet) a été utilisé par quelques mères pour répondre à certaines de leurs questions : *« Pour les pleurs du soir, moi j'ai regardé sur internet parce que je me renseignais par rapport aux coliques vu que je ne savais pas s'il en avait, pour essayer de voir un petit peu ce que c'était et ce qu'on pouvait faire. » (EP6, p.2, l.66-68).*

2. Le besoin de soutien psychologique

1.1. La découverte de la parentalité

Elles ont besoin de temps pour **apprivoiser leur rôle de mère** : *« (...) par moment comme ça je ne réalise pas. [...] que je me vois dans le miroir avec elle dans mes bras, je fais : « Oula ! ». C'est flashant. » (EP9, p.8, l. 376-378)* et pour créer leur bulle : *« J'ai encore du mal avec le fait de ne pas encore avoir eu le temps de créer notre bulle à 3. [...] En fait, tous les jours il y a quelque chose et au final on n'a pas l'opportunité de se dire voilà : « ok, aujourd'hui on reste en pyjama toute la journée, on s'en fout, on fait les choses à notre rythme et on profite ! Parce que soit il y a des amis qui viennent, soit c'est la famille, soit ce sont les visites chez le médecin, soit il faut aller faire les courses... » (EP3, p.15, l.726-738).*

Lors du retour à la maison, elles ont besoin de temps pour **créer leurs repères** : « *C'était un moment un peu particulier. [...] On ne voulait pas s'éloigner de la table à langer. On ne voulait pas s'éloigner du parc. On est restés tous les 3 hypers proches. Et on a dormi dans notre salon parce qu'on ne se sentait pas d'aller dans notre chambre tout de suite. C'est un peu bizarre. On commençait seulement à prendre nos petits repères avec la table à langer, le petit matériel qu'on avait rangé à côté. Et du coup on n'a plus bougé de là jusqu'au lendemain soir [...]* » (EP8, p. 2, l.55-77).

Progressivement les mères apprennent à **se faire davantage confiance et à lâcher prise** : « (...) *petit à petit c'est se faire confiance en fait. Moi au départ ce n'était pas dans ma personnalité, je ne sais pas comment sont les autres mères, mais j'aime bien contrôler les choses et ici c'est vraiment un lâcher-prise total parce qu'en soi on est complètement dépendants du bébé et il faut s'adapter à tout en fonction de lui. Voilà ! Et ce lâcher-prise n'est pas évident chez moi !* » (EP7, p.3 l.110-114). Elles apprennent à **gérer leurs émotions** : « *c'est bête mais au début quand elle pleurait bah moi je pleurais. C'était hormonal mais... C'était de stress... Et maintenant je gère complètement mes émotions, mon stress, son rythme, la maison. Et en fait on ne peut plus voir personne (confinement)* » (EP5, p.8, l.383-385).

1.1. La perte d'autonomie

Elles ont le sentiment de **perte d'autonomie** dans leur vie comparée à la vie qu'elles avaient « avant » l'arrivée du nouveau-né et pour certaines, elles l'ont vécu difficilement : « *Le retour à domicile s'est bien passé. Ça a été mitigé en fait [...] parce que c'est tout nouveau pour moi et que j'ai dû m'habituer à beaucoup de choses. [...] Ce qui a été difficile c'est cette perte d'autonomie. C'est qu'il n'y a rien à faire on vit un peu égoïstement quand on n'a pas d'enfants. On fait ce qu'on veut quand on veut. Et ici il n'y avait pas encore le confinement. Enfin ça commençait tout doucement mais je n'ai plus su rien faire du jour au lendemain et ça c'était très perturbant pour moi [...]* Tout ça mélangé ça a été un beau cocktail explosif mais ça va mieux » (EP7, p.1, l.28-51).

1.2. La gestion de la fatigue

La fatigue accumulée peut entraîner des difficultés notamment dans **la gestion de leur humeur** : « (...) *c'est un peu différent de l'hôpital où on est encore en apprentissage, on a toujours quelqu'un à côté de soi et puis on reçoit des petits plateaux de repas. Là c'est les vacances à l'hôpital. Puis quand on rentre à la maison c'est « arbeit ! ». Enfin voilà, je suis très fatiguée, débordée. Mais je commence à bien prendre mes marques et pour l'instant il y a tout qui roule. »* (EP9, p.1, l.46-91).

1.3. L'affirmation du rôle de mère

D'autres complications sont signalées vis-à-vis de leur entourage, dont notamment le **fait de devoir « partager » leur nouveau-né** ou que la famille se l'approprie : « *Alors la difficulté, je ne pensais pas que ça en serait une, c'est de le partager [...] je lui laissais mais intérieurement c'était difficile. [...] Puis le fait, par exemple, [...] que sa maman quand on l'appelle, elle voit le petit, elle dit : « ah MON bébé ! ». Du coup j'ai un peu de mal avec ça, je dis : « bah non, c'est mon bébé à moi ! ». Mais voilà, je ne pensais pas du tout que je serais comme ça en fait »* (EP5, p.5, l.186-20). Certains visiteurs qui se permettent de **donner des points de vue inappropriés** avec la réalité des mères **sont mal « supportés »** : « *Je me rends compte qu'il y a certaines personnes que je ne supporte plus. [...] Quand j'en parle autour de moi c'est beaucoup le ressenti des jeunes parents. [...] C'est ça le problème quand je dis qu'il y a un choc des générations, c'est plus dans le sens où oui, il y a 40 ans, on laissait un bébé pleurer mais maintenant ce n'est plus le cas. Parce que maintenant on est plus à l'écoute par rapport à ses besoins, parce qu'on fait attention, parce que l'encadrement n'est plus le même, parce que des études ont été faites. On voit que les choses ont évolué. Moi ça me rend dingue d'entendre : « Il ne faut pas l'habituer aux bras ! Faut le laisser crier pour faire ses poumons ! » Non quoi ! Ça m'énerve mais je ne dis rien. Mais je me dis « ok », je m'en fous, je le prends et puis voilà, c'est comme ça. Mais ça me pèse vraiment. On verra combien de temps ça tiendra. Mais ça, c'est compliqué. C'est compliqué, surtout quand ils viennent tous les 2 jours à la maison »* (EP3, p.13, l.620-645).

La période post-partum peut faire **ressurgir des conflits anciens**, notamment vis-à-vis des relations avec leurs propres mères : « *On ne se parle plus avec ma maman. C'est ça aussi qui m'a rendu un peu triste quand je voyais tout l'amour que j'avais pour ma fille. Je me disais : « Mais comment c'est possible que ma mère soit comme ça ? »* (EP5, p.16, l.785-790). Pour la mère célibataire, l'absence de réponse du père de sa fille est incompréhensible : « *Parfois c'est difficile aussi pour moi l'absence du père. Comme on sait qu'il ne répond toujours pas. J'ai envoyé un message à sa mère, pas de réponse non plus. Je ne comprends pas comment c'est possible. [...] Moi j'assume. Je vais élever cette enfant toute seule. Je gère. Je tiens le coup. De toute façon je n'ai pas le droit de craquer. Donc je ne craquerai jamais. Je serai toujours là pour elle* » (EP9, p.8, l.382-396).

1.4. Les ressources mobilisées pour répondre au besoin de soutien psychologique

Les professionnels de la santé ont été considérés comme « *une bulle* » permettant l'expression de sentiments qu'elles n'auraient pas pu exprimer auprès de leur entourage : « *J'ai l'O.N.E. qui est passée plusieurs fois, qui malgré tout sont d'un bon soutien psychologique aussi. Ça a été un peu la petite bulle où pleurer aussi quand il fallait. [...] Je suis tombée sur une super sage-femme, enfin vraiment une T.M.S. géniale. [...] J'ai vraiment eu un très bon contact* » *« Quand la T.M.S. est venue pour me soulager, entre guillemets, au niveau psychologique, moi ça m'a vraiment fait du bien de lui parler, de pouvoir pleurer en fait, tout simplement et de dire ce que j'avais à dire, ce que j'avais sur le cœur et dont on ne peut pas spécialement non plus, voilà parler entre guillemets en couple »* (EP3, p.3, l.131-142). Les liens qui se tissent parfois entre le professionnel de la santé et les mères sont importants pour ces dernières : « *Quand je vois le suivi que j'ai en postnatal et la relation qui se met en place comme ça avec quelqu'un, une sage-femme, je regrette de ne pas l'avoir vue avant* » (EP7, p.5, l.209-213).

L'entourage est présenté comme soutenant lorsque celui-ci est bienveillant et que les mères osent se confier : « *Ma maman bien évidemment qui m'a pas mal apaisée aussi niveau stress* » (EP10, p.4, l.166-167). Les mères expriment aussi leur satisfaction de pouvoir compter sur **leur compagnon** pour les soutenir :

« (...) quand des fois justement ça fait une demi-heure que je peine à l'endormir, lui prend le relai. Peut-être que j'aurais eu plus de stress si je m'étais retrouvée toute seule à devoir la gérer plus vite » (EP8, p.5, l.230-233). La confiance mutuelle et l'entraide dans leur couple apportent aussi un soutien aux mères : « (...) je ne culpabilise pas de le laisser avec son papa une ou deux heures si j'ai un truc à faire de mon côté parce que je sais très bien que tout va bien se passer, qu'il n'y a pas de raisons de s'inquiéter [...] je pense qu'on apprend chacun à se faire confiance et à se dire : « ok, c'est bon ! ». [...] Ou si mon compagnon n'en peut plus, par exemple parce que le petit pleure trop et qu'il ne sait pas comment faire, alors il me le passe et voilà. On s'épaule vraiment bien à ce niveau-là. Franchement on a une bonne dynamique, on gère bien à ce niveau-là » (EP3, p.14, l.707-718).

3. Le besoin de partage d'expériences

1.1. Le besoin d'être rassurée

Même si les mères ont ce **besoin d'être rassurées** au niveau de leurs capacités maternelles à gérer leur nouveau-né, certains conseils reçus ou attitudes de leur entourage sont parfois difficiles à vivre par celles-ci : « En fait je crois que c'est ça qui est le plus dur dans le post-accouchement, le fait de recevoir l'avis de tout le monde, les conseils de tout le monde. Moi j'ai eu beaucoup de mal avec ça et j'ai encore du mal avec ça. J'ai l'impression de ne pas jouer correctement mon rôle de mère, les gens te disent : « ah mais tu ne dois pas faire comme ça, tu dois faire comme ça ! » Oui mais non, moi j'ai envie de faire comme ça donc je le fais comme ça. Et c'est assez frustrant parce qu'on a l'impression de ne pas pouvoir assumer ce rôle de parents comme nous on aurait envie de le faire. Je ne me sens pas toujours respectée par rapport à mes choix et mes décisions ; Quand on dit : « aujourd'hui le petit reste dans nos bras, il ne va pas commencer à aller dans les bras de tout le monde parce que ce n'est pas un jouet, ce n'est pas une poupée » et que les gens s'en foutent et qu'ils le font quand même, moi j'ai du mal avec ça » (EP3, p.12, l.574-587)

1.2. Les ressources mobilisées pour répondre au besoin de partage d'expérience

Durant la période post-partum, le partage d'expériences est apprécié par les mères et il se fait principalement avec **l'entourage proche** : *« En soi tout le monde me donne ses « conseils » et ses « avis » parce si mon mari a sa maman au téléphone il va lui en parler, elle va lui donner des conseils. Sa tante la fois passée [...] avait donné quelques conseils. Enfin il y a tout le monde qui est assez ouvert et assez là pour nous, pour nous aider, au cas où on a besoin »* (EP6, p.12, l.565-569). Il est d'autant plus apprécié si l'entourage a vécu cette expérience de la naissance récemment : *« J'ai une amie qui a accouché 3 jours après moi. [...] Lui apparemment fait du reflux. [...] du coup on a eu un petit peu les mêmes soucis au même moment parce quand elle est rentrée de la maternité elle était passée avec des tétérilles parce que pareil elle avait des crevasses. Ça lui faisait horriblement mal. Du coup elle était aussi allée chercher un tire-lait. Elle a eu aussi une mastite. Donc voilà on a eu à peu près les mêmes soucis aux mêmes moments »* (EP6, p.12, l.573-594) et ce comparativement aux conseils donnés par un entourage d'une autre tranche d'âge : *« l'entourage oui pour moi c'est important s'ils sont dedans. Ou ont été dedans récemment. Si c'est loin... Moi je vois ma sœur, elle a un petit garçon de 5 ans, quand je lui posais des questions, déjà elle n'a pas allaité ensuite quand je lui parlais des biberons et des choses comme ça, les doses elle me disait que c'était 8 biberons par jour. Moi je ne dois pas donner 8 biberons. On ne parle pas de la même chose. Et donc il faut que ce soit vraiment très proche comme vécu pour pouvoir répondre à mes questions. Sinon c'est trop vague et moi il me faut des réponses précises »* « Je suis une des dernières à avoir un bébé » (EP7, p.4, l.158-180).

4. Le besoin de soutien pratique et matériel

Le vécu du retour à domicile après l'effervescence de l'hospitalisation apporte son lot de nouvelles tâches à réaliser : *« (...) quand on rentre chez soi on se dit : « oh c'est bon, c'est fini ! » Mais en fait non il y a plein de trucs à faire et je trouve qu'on n'est pas spécialement bien orienté. [...] J'aurais aimé être plus au courant à ce niveau-là. »* (EP3, p.19, l.931-935).

1.1. Pour se reposer

Le **besoin de temps** pour prendre ses marques et installer une routine est nécessaire. La venue d'un nouveau-né, les soins, l'allaitement et l'attention constante à lui apporter rendent difficile la possibilité pour les mères de se reposer. Le retour à la maison entraîne une perturbation des habitudes de vie, de **nouveaux repères** sont à mettre en place, l'organisation de la vie quotidienne est à réajuster dont notamment la réalisation des repas, la gestion des visites, le nettoyage, les lessives : *« J'adore cuisiner et ben en fait je n'ai pas eu du tout le temps de cuisiner [...] Puis c'était dur aussi de gérer, je trouve, les visites. [...] Et donc en fait les moments où on aurait eu le temps d'un peu ranger l'appartement, les valises et tout ça et bien on était occupés avec les visites. Du coup moi sincèrement je ne m'en sortais pas. En fait c'est comme si on rentrait de vacances et qu'on avait toutes les valises à ranger, à nettoyer... [...] en fait moi j'aime bien quand c'est propre, rangé, tout à sa place. Et donc du coup [...] Je passais mon temps à ranger et pas à me reposer. Et donc c'est aussi un peu un cercle vicieux. Dans le sens où on est encore plus fatiguée. On a encore plus envie de pleurer »* (EP5, p.4, l.187-204).

1.2. Pour se nourrir

Les mères ont besoin **d'assouvir leurs besoins primaires**, et notamment elles éprouvent parfois des difficultés à trouver du temps de qualité pour se nourrir, mettant des astuces en place comme par exemple manger séparément : *« Parfois on mange un peu plus tard que prévu. Ou plus tôt. On essaie de gérer en fonction des dodos de bébé évidemment. Comme ça on peut aussi manger ensemble. Parce que ça ce n'est pas évident de manger ensemble quand il y en a un qui doit s'en occuper »* (EP10, p.5, l.253-255).

1.3. Pour prendre du temps pour soi

La possibilité de trouver du temps pour prendre soin de soi est plus compliquée. Toutefois, l'avantage d'être deux permet de passer le relais pour dégager un peu de temps pour elle : *« C'est plus facile d'être à deux. Allez, je me dis : « Dix jours pour un père c'est court, mais c'est aussi court pour moi » parce qu'ici j'ai envie d'aller prendre ma douche je peux lui donner le petit. En gros sinon*

j'ai un quart d'heure sur 24h. C'est vraiment ça parce que, même s'il dort, parfois je le déposais dans son parc, j'allais vite prendre ma douche, j'étais à peine dans ma douche, qu'il commençait à pleurer. Donc du coup on lâche tout et il ne faut pas espérer prendre une douche à 8h, on la prend peut-être à midi, à 14h, c'est vraiment lâcher prise sur son organisation, sur tout, sur le rythme de la vie en règle générale. Au début en tout cas. » (EP7, p.6, l.287-293).

Souffler, sortir de chez elle, prendre l'air, voir du monde, voir de temps en temps « autre chose » sont des souhaits : « *Il est tellement pendu au sein que ce n'était pas possible. Mais c'est vrai que je vois ma voiture qui n'a pas bougé depuis une semaine, je me dis : « j'aimerais bien aller faire un petit tour »* (EP1, p.6, l.282-284).

1.4. Pour recevoir du soutien à la réalisation de l'allaitement

L'allaitement est un acte, perçu par quelques mères, comme relevant du privé. Elles recherchent **calme** et **intimité** au risque pour certaines de mettre fin à leur allaitement : « *On avait des visites et j'étais très mal à l'aise sur le fait de donner à manger au petit, enfin de l'allaiter, et d'avoir des gens. On me disait : « On ne regarde pas. » [...] Alors je ne suis pas super pudique, mais je ne sais pas, c'était un moment intime avec mon bébé et ça ne me mettait pas du tout à l'aise de l'allaiter comme ça en public si je puis dire. Donc si le confinement se termine je ne sais pas comment je vais vivre le fait de devoir sortir, de devoir l'allaiter avec d'autres gens à côté. [...] Voilà ici je l'allaiter je suis très bien je suis à la maison, mais à partir du moment où on va devoir bouger, etc. Je ne crois pas que je vais continuer à allaiter »* (EP7, p.7, l.355-353).

Les mères éprouvent des difficultés à l'idée **d'allaiter à l'extérieur** (besoin de matériel, de la présence du compagnon) : « *J'allaiter toujours avec un coussin d'allaitement, chez moi [...] quand je suis allée chez le pédiatre [...] j'avais tiré mon lait pour pouvoir lui donner un biberon [...] parce que gérer l'allaitement toute seule à l'extérieur je n'étais pas encore sereine avec ça, le fait de le mettre au sein, tout en camouflant un petit peu pour pas non plus que ce soit devant tout le monde, etc. [...] je n'avais pas envie de tester ça toute seule justement »* (EP6, p.7, l. 307-314).

1.5. Pour gérer les sorties

Un besoin de soutien pratique et matériel a été nécessaire pour la gestion des sorties, nécessitant une préparation, une réflexion afin de ne rien oublier et de prévoir « les imprévus » : « *On n'a pas conscience du temps qui passe, on se dit on va juste préparer le maxi cosy on en a pour 10 minutes, au final ça nous prend une demi-heure, donc c'est vrai que la notion du temps est tout de suite différente [...] au final à chaque fois qu'on sort c'est à ce moment-là qu'il doit manger [...] donc on essaye de prévoir les rendez-vous en fonction mais non ! donc on est en retard. Mais là maintenant, on prévoit une bonne demi-heure à l'avance pour être sûr d'être bien quoi* » (EP5, p.6, l.212-222). Le matériel utilisé et la météo deviennent sources de difficultés pour ces mères lorsqu'elles souhaitent aller se balader : « *A chaque fois que je dois la mettre dans la Doona (poussette), je la trouve trop petite. Ou il faisait froid, il pleuvait. Ça me stressait. Je préférais par exemple la prendre en portage que de sortir avec la poussette. Encore maintenant* » (EP5, p.13, l.632-635). L'utilisation de la voiture accompagnée de leur nouveau-né nécessite aussi une attention particulière : « *Le fait de prendre la voiture toute seule avec lui c'est spécial parce que je n'ai jamais eu à l'avoir dans la voiture. Forcément on est un peu plus stressée sur la route en pensant que même si nous on est attentifs, il y a aussi les autres conducteurs qui ne le sont pas forcément [...] J'avais peur qu'il se réveille et qu'il commence à hurler et que ça me stresse. Et que je me dise : « il faut que j'arrive absolument pour ne pas être en retard » et que du coup je sois moins attentive vu que je suis stressée* » (EP6, p.7, l. 316-335).

1.6. Les ressources mobilisées pour répondre au besoin de soutien pratique et matériel

Les professionnels de la santé prodiguent des conseils concernant l'aménagement intérieur : « *On a rediscuté de notre installation pratique [...] C'était surtout pour le bain. Savoir comment est-ce qu'on allait faire [...] On pensait lui faire prendre son bain dans notre salon mais du coup ça s'est révélé un peu compliqué, même pour mon compagnon de soulever cette grosse baignoire, c'est lourd ! On avait peur qu'il ne fasse pas assez chaud pour la petite et donc avec la sage-femme on a reconsidéré la chose et finalement on a*

opté pour prendre le bain dans la salle de bains. On s'est débrouillés, on a bricolé un petit aménagement « temporaire » on va dire et maintenant elle a bien chaud quand elle prend son bain dans la salle de bains. » (EP8, p.10, l.491-500).

L'entourage joue lui aussi un rôle en prenant en charge certaines tâches : *« Heureusement qu'il y avait nos familles pour venir nous apporter à manger la première semaine et des trucs comme ça parce qu'on n'a pas le temps de faire ça quoi [...] ils sont au taquet [...] Donc ça s'est cool, non franchement ça aide, après des fois on a un peu, aller à force tous les jours de venir dire « tu m'apportes à manger, tu fais ça, tu fais ça » donc euh à la limite on se sent un petit peu gênée. Mais au final vu que c'est eux qui viennent de leur propre initiative et même pour venir par exemple faire le ménage » (EP5, p.4, l.123-137). Deux autres mères n'ont pas trouvé nécessaire ou étaient gênées de demander de l'aide à leur entourage : « Ça on gère nous. Je pense qu'on est trop pudique pour demander de l'aide pour le repassage, pour le ménage. Ça me gênerait. [...] Mais maintenant avec les tâches ménagères [...] je pense qu'à ce niveau-là on est bien organisé » (EP3, p.14, l.685-702). « [...] Je n'aurais pas voulu. Parce que j'aime bien avoir mon petit cocon et je n'aime pas qu'on s'immisce trop chez moi. Même que ce soit ma maman ou ma sœur si maintenant elles m'avaient dit : « Je viens faire le ménage » ou « Je viens t'aider toute la journée avec le petit » ... « Non ! tu peux venir voir le petit, il n'y a pas de souci, mais pas m'aider ». Le but c'est que j'apprenne aussi et je n'ai pas envie d'avoir quelqu'un tout le temps sur mon dos » (EP6, p.14, l.658-673).*

Le compagnon, ressource principale, apporte une grande aide au niveau de la logistique entourant la maison ou les soins du nouveau-né : *« Là je vois que mon mari a changé dans le sens où il s'occupe beaucoup plus de la maison, il se rend compte du travail que c'est. En plus il dit : « Avec un enfant évidemment on a beaucoup plus de choses à faire » (EP1, p5, l.250-252). J'ai pu observer qu'une des mères n'a pas reçu le soutien escompté de la part de son compagnon : « Il ne comprenait pas trop il m'a souvent dit : « Mais qu'est-ce que tu as ? Je ne comprends pas... », « T'es pas bien ? ». Mais on va dire que mon compagnon n'a jamais été quelqu'un de très... Enfin il ne m'a jamais*

aidée dans les tâches ménagères et tout ça. Donc pour ça je n'ai pas pu compter sur lui. Mais sinon bon il ne m'a pas soutenue de dingue mais il a été compréhensif on va dire » (EP5, p.9, l.431-441).

Le retour au travail des compagnons engendre du stress supplémentaire, leur présence étant un facteur rassurant pour les mères : *« Le défi ça a été le retour au travail de mon mari et de me retrouver toute seule à la maison avec le petit, même si je suis assez habituée à m'occuper d'enfants [...] Mais après quand c'est son enfant c'est différent, c'est tout le temps, toute la journée et c'est surtout instaurer aussi des rituels. [...] Les premiers jours il était fort là pour moi, dès que je devais l'allaiter, il me l'apportait, il m'aidait à le mettre au sein, ce genre de chose. Puis là, du jour au lendemain j'ai dû gérer ça toute seule » (EP6, p.4, l.174-186).* La possibilité que le compagnon puisse prendre ses congés de paternité voire de les allonger par des vacances est très apprécié : *« Normalement ben voilà son congé de paternité se termine aujourd'hui mais j'avoue que je ne serai pas à l'aise de le garder là toute seule maintenant. Donc je suis bien contente qu'il ait pris des jours en plus parce que 10 jours pfff ce n'est rien du tout, c'est « que dal » et même pour lui ça doit être frustrant de retourner travailler et de pas voir les évolutions qu'il pourrait faire quoi, donc voilà » (EP4, p.10, l. 333-338).* Le confinement lié à la pandémie de coronavirus a été vécu comme un soulagement pour certaines : *« On est rentrés en période de confinement donc je suis avec mon mari 24h/24h donc ça honnêtement je crois que dans le malheur de ce qui se passe maintenant je vais dire que pour moi c'est une chose positive, de ne pas me retrouver toute seule » (EP7, p.2, l. 83-85).*

Deux mères parlent spontanément du fait que si elles avaient été seules elles auraient été dépassées : *« Je ne vois pas une femme seule, une mère célibataire faire tout ça, ce serait une tuerie ça, je n'imagine pas, je péterai un câble, c'est hyper costaud sans aide, je ne sais pas comment font les gens, c'est hyper compliqué. Je ne pourrais pas le faire en tous cas, les mères célibataires ont atteint une estime dans mon esprit qui est assez haute que je n'aurais pas imaginée avant » (EP4, p.15, l.512-515).*

Chapitre 3 Discussion et liens avec la pratique professionnelle

Cette étude a été réalisée afin de mieux cerner les besoins d'accompagnement des mères primipares durant la période du post-partum et de découvrir les ressources mobilisées par ces dernières pour y répondre. J'ai pu ainsi constater que les besoins des femmes primipares en post-partum sont multiples. Pour y répondre, les équipes soignantes se mobilisent en amont durant le séjour à la maternité. Cependant, la durée du séjour hospitalier s'étant écourtée les besoins d'accompagnement à domicile se sont intensifiés et nécessitent des adaptations de la part des professionnels et des parents, ce que le rapport belge du KCE datant de 2014 confirme. Ce rapport montre l'intérêt d'organiser des soins postnataux intégrés qui permettent une continuité du suivi de l'hôpital vers la maison. En effet, les mères primipares vivent un paradoxe en estimant recevoir énormément d'informations durant leur séjour mais pas assez de temps pour toutes les assimiler. De plus, elles se posent beaucoup de questions face à cette situation inédite et face à la multitude d'informations nouvelles - souvent contradictoires- concernant le monde de la périnatalité. Elles ont besoin à la fois de temps pour se familiariser à ce nouveau rôle et à ce qu'il implique ainsi que de soutien et de réassurance. La moitié des mères interrogées auraient aimé de ce fait pouvoir profiter d'un jour ou deux supplémentaires à l'hôpital pour être plus à l'aise concernant l'allaitement, pour être rassurées quant à la prise de poids de leur nouveau-né ou encore vis-à-vis des soins à lui procurer. L'analyse de la littérature ne permettant pas de définir une durée de séjour optimale en maternité que ce soit pour la mère ou pour l'enfant, la durée de séjour idéale devrait être individualisée selon chaque situation et dépendre de facteurs médicaux, psychologiques, sociaux, économiques, organisationnels mais aussi du suivi possible à domicile (Coulm *et al.*, 2014).

En attendant cette personnalisation des séjours, **l'organisation d'un suivi au domicile par un professionnel de la santé** pour répondre à leur besoin d'information et de soutien est primordial et est encouragé auprès de chaque parent. Cet accompagnement devrait être mis en place au minimum pendant les sept à dix premiers jours de vie d'un nouveau-né et démarré dans l'idéal endéans les 24 heures suivant la sortie de la maternité. Rappelons qu'il est

possible de bénéficier de ces visites remboursées durant l'année suivant une naissance. L'analyse des dix entretiens ainsi qu'une méta-analyse concernant la prévention des dépressions post-partum (Dennis, 2005) révèle que le passage d'un professionnel de la santé est grandement apprécié par les mères. En effet, à leurs questions, elles attendent des réponses claires, fiables et cohérentes avec leur réalité. Elles veulent également être rassurées de la normalité de ce qu'elles vivent. L'étude de Lamboy (2009) vient confirmer ce besoin et y ajoute la nécessité d'un suivi de longue durée par un professionnel de la santé, démarrant lors de la période prénatale, afin d'établir une relation de confiance et une cohérence dans le discours et le suivi.

Dans la réalité, à l'hôpital Chirec de Braine-l'Alleud, les parents s'y prennent souvent tardivement pour trouver un professionnel qui pourrait les accompagner au domicile. C'est en effet souvent à la maternité qu'ils se décident, se confrontant parfois à la difficulté de trouver un professionnel disponible en dernière minute, d'autant plus en période de vacances. Par ce fait, les familles s'exposent à un risque de défaut de soins.

Les professionnels indépendants contactés, assurant l'accompagnement à domicile, expriment eux aussi de grandes difficultés à prendre en charge toutes ces familles de manière rapide et adaptée à chaque situation (perte de poids du nouveau-né, allaitement difficile, test de guthrie¹⁴,...). Les sages-femmes indépendantes déplorent l'inadaptation du cadre légal (codes de prestations limités) à leur réalité de terrain (Di Zenzo & Wittrouw, 2015) ne rendant pas le statut d'indépendante attractif tant financièrement qu'au niveau de leur cadre de travail. Le nombre de prestataires pouvant se rendre au domicile des patientes est de ce fait réduit. Les deux travailleurs médico-sociaux contactés déplorent aussi le « chevauchement des compétences » entre les sages-femmes et les TMS de l'ONE (Maulet, 2017). De plus, certains parents ne connaissent pas bien les différents rôles de ces prestataires et ont tendance à les associer à un rôle d'évaluation et de contrôle de leur milieu de vie, freinant par ce fait leur motivation à accepter un suivi au domicile. Force est de constater que ces différents éléments ne facilitent pas la mise en place d'un suivi à domicile

¹⁴ Dépistage de maladies rares parfois d'origine génétique, à réaliser impérativement entre le 2^{ème} et le 5^{ème} jour de vie

adéquat et adapté pour chaque situation. Une campagne publicitaire à l'échelle nationale concernant la période post-partum ainsi que les métiers et les rôles des professionnels de la santé se rendant au domicile (sages-femmes, TMS de l'ONE, médecin généraliste) serait une solution à promouvoir.

Suite à ces différentes constatations, le passage au domicile d'une sage-femme hospitalière, dans le cadre de son activité salariée, serait une solution envisageable. D'ailleurs, cette solution est proposée dans d'autres structures hospitalières (16 maternités sur 43 en 2015 en Fédération Wallonie- Bruxelles (Maulet, 2017)). Cependant, cette alternative n'est pas réalisable actuellement pour des raisons financières au sein de l'hôpital Chirec de Braine-l'Alleud.

C'est pourquoi une **anticipation prénatale** pourrait permettre une meilleure préparation au retour à domicile des primipares, notamment via la participation à des séances prénatales de préparations à la naissance et à la parentalité ; le but étant d'éviter aux primipares de ressentir ce sentiment de devoir « *plonger dans le vide* » lorsqu'elles quittent la maternité et de les « armer » suffisamment pour vivre plus sereinement cette période post-partum. A noter que le dernier trimestre de la grossesse semble être le moment le plus propice pour transmettre de **l'information** concernant la période du post-partum (Lamboy, 2009).

Durant la grossesse, des séances de groupes relatives à l'allaitement, la kiné prénatale, la législation, les soins d'hygiène du nouveau-né, ainsi que la possibilité d'une rencontre individuelle vers la 32^{ème} semaine de grossesse avec une sage-femme sont une possibilité proposée aux futures mères venant accoucher au sein de l'hôpital Chirec de Braine-l'Alleud. Cependant, ces différentes séances manquent d'efficacité. En effet, la transmission d'information est passive et les créneaux disponibles ne permettent pas de rencontrer toutes les futures mères primipares intéressées. De plus, d'autres mères ne comprennent pas d'emblée la nécessité de se préparer à cette période et regrettent par la suite de ne pas y avoir participé. Elles auraient souhaité être mieux informées des modifications physiques, psychologiques et organisationnelles dans leur vie quotidienne mais également des soins entourant un nouveau-né. En outre, l'entourage est parfois un frein à leur participation à ces séances estimant que devenir mère est « inné » et que tout est expliqué à la maternité. Si certaines mères ne se sentent pas concernées, c'est aussi parce que la transmission de l'information concernant ces séances

ne semble pas suffisamment efficace. Des affiches informatives dans les salles d'attentes des gynécologues à propos de ces séances, qu'elles soient hospitalières ou non, seraient, par exemple, une solution à promouvoir ainsi que leur promotion par les gynécologues lors de leurs consultations médicales.

De plus, en me référant à mon cours d'éducation pour la santé, j'en ressors qu'impliquer davantage son public cible nécessite d'adopter une approche sur mesure, centrée sur les besoins des mères (Perrin, 2017). Ce constat met mes résultats en relief et renforce une proposition d'intervention spécifique axée sur une approche personnalisée de chaque femme enceinte. Contrairement à une transmission passive des informations, cette approche devrait renforcer à la fois leur estime d'elle-même, leur sens critique, leur capacité à trouver des solutions adaptées, à prendre des décisions ou à demander de l'aide (Haute Autorité De Santé, 2005). Il s'agit donc de favoriser le processus d'*empowerment* des mères, qui renforcerait leur capacité à prendre soin d'elles-mêmes (Pélicand *et al.*, 2009) et de leur nouveau-né.

Afin de proposer une approche à la fois préventive, éducative et personnalisée, la direction hospitalière devrait permettre aux professionnels de la santé de compléter le suivi médical proposé avec plusieurs **entretiens prénataux**. Une équipe de sages-femmes de la maternité pourrait suivre une formation complémentaire leur permettant de créer des entretiens prénataux. Ces entretiens évalueraient les besoins d'informations et de développement de compétences (annexe 6) des parents, les aideraient à définir leurs objectifs à atteindre et ce grâce à des méthodes éducatives pertinentes (annexe 7) comme des jeux de mise en situation concernant les pleurs et les méthodes d'apaisement des nouveau-nés ou encore des exercices de photolangage permettant l'expression de leurs ressentis. Les entretiens proposés utiliseraient des techniques éducatives variées permettant de faciliter le développement des compétences en matière de santé (Haute Autorité de Santé, 2005) et en termes de comportements de santé (Bernard & Eymard, 2012). Cette approche sous forme de « *guidance d'accompagnement* » (Molenat, 2004) que l'on pourrait

comparer au « *counseling*¹⁵ », permettrait de donner des informations appropriées, exactes et compréhensibles, de faire des choix éclairés dont les bénéfices s'inscriront dans la durée. En effet, une préparation et une rencontre anténatale diminuent les besoins postnataux. Cette démarche se doit également de donner des informations verbales et écrites adaptées aux mères pour améliorer leur littératie¹⁶ en santé (Van Den Broucke, 2016). Ainsi, la distribution du livret de l'ONE « Un bébé...et après » répondant aux questions fréquentes des parents et proposant des numéros de contacts de services de référence (la Leche League, sage-femme.be, ...) devrait y être systématiquement distribué. Ces entretiens prénataux seraient également le moyen d'orienter les mères vers des offres de soins proches du domicile. Ils permettraient aussi de repérer les situations de vulnérabilité à prendre en considération dans l'approche de soins proposée aux mères.

Concernant leur **besoin de soutien psychologique** durant la période post-partum, les mères ont besoin de temps pour apprendre à se faire confiance et à accepter ce changement de vie ainsi que la mélancolie parfois engendrée. Deux mères ont relevé que l'image du post-partum et de la maternité était idéalisée dans la société et considérée comme épanouissante ce qui ne les a pas aidées à anticiper les défis liés à la maternité. Le passage d'un professionnel de la santé au domicile a été bénéfique en leur permettant d'exprimer des émotions qu'elles auraient tues autrement, les professionnels étant reconnus pour apaiser les anxiétés et les peurs des primipares (Negron *et al.*, 2013). La bienveillance et les conseils apportés par leur entourage les a également rassurées sur leur vécu. En effet, les visites souvent décrites comme fatigantes, sont toutefois les bienvenues (Bayot & Bhérer-Racine). De fait, ces visites nourrissent le besoin de reconnaissance de leur nouveau statut de mère. Cette reconnaissance passe

¹⁵ Le counselling est « *une approche à la relation thérapeutique visant à aider les personnes à mieux vivre leur quotidien. Il s'agit d'un accompagnement relationnel favorisant la confrontation avec les problèmes rencontrés dans la vie courante (problèmes relationnels, de santé, économiques, émotionnels, physiques...) et la recherche de ressources internes et externes pour faire face à ces problèmes* » (Schneider-Harris, 2007)

¹⁶ La littératie est « *la motivation et la capacité des individus à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décisions dans les contextes des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé* » (Sørensen *et al.*, 2012)

également par les attentions apportées à l'enfant (cadeaux, jeu des ressemblances, ...) et les aides octroyées pour le ménage ou encore la préparation des repas. Toutefois, l'entourage n'est pas toujours soutenant, générant des sentiments négatifs tels que de la culpabilité ou encore la perception d'être anormale (Slomian, 2018). Un faible soutien de l'entourage est d'ailleurs un risque d'engendrer une détresse émotionnelle associée à des symptômes de dépression et d'anxiété (Vennat *et al.*, 2018) qui peut également provoquer des troubles chez l'enfant. Il est donc nécessaire de pouvoir « repérer » en prénatal, lors des entretiens, les mères ayant un faible soutien social et familial afin de les aider à trouver d'autres sources alternatives de soutien (aides familiales, ménagères, ...), de leur faire prendre conscience de leur propres capacités ainsi que des potentialités de leur réseau social. Il serait également important de leur fournir une liste de contacts disponibles par téléphone pour répondre à leur besoin de réassurance (par exemple le numéro direct de la maternité joignable 7j/7 et 24h sur 24). En effet, un support téléphonique apporté par un professionnel de la santé peut réduire les dépressions post-partum et notamment augmenter la durée d'un allaitement exclusif (Dennis & Kingston, 2008). Certaines maternités réalisent un appel téléphonique dans les jours suivant la sortie de l'hôpital pour s'assurer du bien-être familial ainsi que du suivi adéquat réalisé au domicile. Cette idée émise au sein de l'hôpital Chirec de Braine-l'Alleud n'a pas été mise en place faute de personnel disponible.

Concernant leur **besoin de partage d'expérience**, recevoir des avis ou des conseils et plus spécifiquement de la part de certaines personnes est quelque fois mal vécu remettant en question leur capacité à être de « *bonnes mères* ». De même que vouloir « *faire à la place de la mère* » pour l'aider peut diminuer sa confiance en elle-même et en ses capacités. Negron et al (2013) le confirment dans leur étude sur la peur du jugement ou de la critique en affirmant que dans ce contexte, elles ont le sentiment d'être un fardeau ou d'être incapables. Elles ont en effet besoin d'apprendre par elles-mêmes tout en ayant un support et des conseils adaptés. Elles sollicitent leurs amies proches ou leurs sœurs, qui sont déjà mères, en début de post-partum pour s'assurer que ce qu'elles vivent fait partie de la normalité. Le besoin de partage d'expériences renforce leur

sentiment d'être soutenue, indispensable pour les rassurer dans leur vécu. Des lieux de rencontres adaptés sont rares en Wallonie et sont peu connus des mères. Notons à ce sujet, les « bébé-papote » de l'ONE et, récemment ouvert, « le baramôme » à la Hulpe, lieu unique en Wallonie conçu spécialement pour accueillir les familles dans un but social, de partage, de discussion et de convivialité adapté aux enfants et aux mères allaitantes. Pour mieux répondre à ce besoin de partage d'expérience, le service de la maternité pourrait mettre en place des rencontres entre mères durant le séjour, et même après. Et pourquoi pas la création d'une page Facebook dédiée aux naissances à Braine-l'Alleud pour permettre aux parents d'échanger et de partager des informations concernant des activités à réaliser dans la région (ateliers de portage physiologique à l'aide d'écharpes, ateliers de massages bébés, ...).

Quant à leur **besoin de soutien pratique et matériel**, les mères ont été aidées que ce soit en étant invitées à manger ou en recevant des repas préparés. Certaines d'entre elles ont également reçu de l'aide pour la gestion des courses ou de leur ménage mais ces interventions restent très ponctuelles, les mères n'osant pas soit demander de l'aide, soit accepter le soutien pratique de leur entourage. Notons toutefois l'exemple d'une mère qui a refusé les aides apportées estimant devoir affronter sa réalité en couple. Dans ce cadre, l'étude de Negron et al (2013) soutient que certaines mères ne demandent parfois pas d'aide par fierté ou par envie d'indépendance. Je pense également qu'elles ont des difficultés pour effectuer cette demande d'aide car elles ne veulent pas montrer de « faiblesses » dans leur capacité à être mère et épouse dans cette période décrite insidieusement comme étant un congé payé. Pourtant, l'accumulation des tâches domestiques est un fardeau et un défi pour les jeunes parents dans les premiers temps du post-partum vu le peu de répit au cours d'une journée.

L'aide apportée par le conjoint en matière de soutien pratique et matériel est donc essentielle. La complicité et l'entraide dans le couple sont des facteurs favorisant un vécu positif de leur période post-partum. Le retour au travail des pères est une source de stress supplémentaire pour les mères. La quasi-totalité des pères de cette étude a pu trouver des alternatives pour rester plus longtemps auprès de leur famille en enchainant par exemple leur congé de paternité avec

des congés annuels. Mais tous n'ont pas cette opportunité. Une réflexion au parlement concernant l'obligation et l'allongement de la durée du congé de paternité à 25 jours est en cours. Ce congé leur permettrait une reconnaissance sociale de leur rôle dans la période post-partum (Lamour, 2013).

L'analyse théorique et les entretiens montrent clairement la complexité de ce suivi : les besoins spécifiques des mères primipares en période post-partum, les difficultés rencontrées par les différents professionnels de la santé qu'ils soient hospitaliers ou indépendants. Une revalorisation de ces métiers ainsi qu'un travail de réflexion concernant une prise en charge optimale en prénatal et en postnatal pour toutes femmes enceintes sont nécessaires en Belgique. En effet, comme l'explique le rapport du KCE (2019), le suivi proposé n'est pas optimal : il est riche (professionnels qualifiés) mais fragmenté et peu coordonné. Une structure de coordination des prises en charges périnatales devrait être créée. En effet, un trajet de soins identique pour toutes les femmes en Belgique serait réalisable mais il s'agit là d'un travail national de santé publique de grande ampleur. Les projets pilotes de trajets de soins périnataux proposés en 2015 par la Ministre Maggie De Block sont encore, à l'heure actuelle, en cours d'analyse.

En attendant, la création d'un poste de coordinateurs de soins périnataux démarrant précocement durant la grossesse permettrait aux parents une prise en charge multidisciplinaire adaptée à leurs besoins. Cette prise en charge serait personnalisée à leur situation et établirait une relation de confiance sur du long terme (Benahmed *et al.*, 2019). Ce serait une piste intéressante à développer à plus petite échelle au sein de l'hôpital Chirec de Braine-l'Alleud. Ce coordinateur placerait les mères et leurs besoins au centre des préoccupations, leur permettant de décider du suivi souhaité mais aussi d'être libres de choisir leurs prestataires (Benahmed *et al.*, 2019). Elles seraient dès lors orientées vers des séances prénatales de préparation à la naissance et à la parentalité adaptées à leurs besoins, vers des séances d'entretiens prénataux leur permettant une préparation individualisée et guidées vers des prestataires de santé proches de leur domicile. Les parents seraient mieux préparés tant à la grossesse, qu'à l'accouchement et au retour à domicile, favorisant par ce biais leur processus

d'empowerment. Le rapport du KCE (2019) encourageant des soins universels et intégrés (annexe 8) le confirme. Cette démarche améliorerait la prise en compte de la dimension humaine, psychologique et sociale des parents et non strictement médicale dans le cadre d'une grossesse. Une proposition de parcours de suivi prénatal incluant la préparation prénatale à la naissance et à la parentalité réalisé par le KCE (2019) est mise en annexe 9.

Chapitre 4 Les limites de l'étude

1.1. La stratégie d'échantillonnage

Un vécu difficile de la période post-partum a peut-être contribué au fait que trois patientes collaborantes au départ n'ont pas donné suite à mes demandes de confirmation de rendez-vous. Or si tel était le cas, leurs « histoires » auraient été intéressantes à analyser.

1.2. L'échantillon

Concernant la taille de mon échantillon, celle-ci est limitée ne permettant pas de représenter la population des mères primipares en Belgique francophone. Je ne peux donc prétendre avoir relevé toutes les situations.

Par ailleurs, notre échantillon ne tient pas compte des origines ethniques ; or un phénomène intéressant montre que dans les communautés asiatiques, africaines et maghrébines, les mères et leurs nouveau-nés sont très entourées durant les quelques semaines suivant une naissance (Dennis *et al.*, 2007).

Il aurait été enrichissant de réaliser une analyse des besoins « élargis » notamment auprès de mères présentant des difficultés particulières (rentrée au domicile avec un nouveau-né prématuré, mère adolescente, isolées, mères primipares âgées, ...). Concernant la seule mère célibataire de mon échantillon, l'entretien a été biaisé pour plusieurs raisons. En effet, il l'a été par le confinement lié à la pandémie de coronavirus mais aussi par le fait qu'elle a été confinée chez son père, âgé de 76 ans, diabétique et handicapé. Le confinement l'a empêchée d'être aidée par sa cousine (personne ressource pour elle) ou par la femme de ménage de son père. Cependant, elle a bénéficié des aides à domicile octroyées à son père que ce soit pour les courses alimentaires ou pour la pharmacie.

En outre, le statut socio-économique est un indicateur qui n'a pas été pris en compte. Or j'aurais pu observer des différences de vécu (Ancelot *et al.*, 2016).

Finalement, le choix des patientes a été réalisé suivant des affinités. Les patientes m'ont été référées par des collègues. Par ailleurs, il y a certainement un biais de désirabilité sociale à prendre en considération dû au fait que je sois

sage-femme au sein de la structure où elles ont passé leur séjour. Elles pouvaient en effet avoir des craintes de parler librement de leur gynécologue, de leur suivi à l'hôpital ou des sages-femmes indépendantes que j'étais susceptible de connaître. Par ailleurs, ce biais de désirabilité sociale entre également en ligne de compte quand il s'agit de s'exprimer sur ses difficultés de jeunes mères quand la société renvoie une image de « superwoman ».

Étant moi-même jeune maman, je me suis identifiée à ces mères. Ce qui a certainement influencé la manière dont j'ai mené mes entretiens.

1.3. Les entretiens

Certains entretiens se sont déroulés au domicile des mères, dans leur sphère intime et privée biaisant peut-être leurs réponses ou au contraire favorisant un climat de confiance et de sécurité.

La présence de leur nouveau-né a parfois perturbé la réalisation des entretiens. La présence des pères à certains moments des entretiens a pu être un frein à la libre expression de leurs sentiments.

Concernant les entretiens qui se sont déroulés par vidéo-conférences via *facetime* ou *whats-app*, ceux-ci ont nécessité des réajustements de son ou d'images et donc ont pu perturber la fluidité des entretiens.

1.4. Les analyses

Les données des entretiens ont été analysées avec mon regard de professionnelle de la santé et de jeune maman. Ces deux regards m'ont permis une appréhension subjective de la situation qui, accompagnée d'une réflexion critique, m'ont permis de réduire ce biais d'interprétation et d'en faire une richesse.

Il est interpellant de noter que très peu de recherches relatent les difficultés rencontrées par les mères primipares belges de nos jours. Mon hypothèse étant que les mères primipares n'expriment peut-être pas suffisamment leurs besoins à plus grande échelle. Une étude sur les difficultés rencontrées par les pères que l'on implique de plus en plus auprès de la dyade mère-nouveau-né pourrait elle aussi apporter des informations précieuses.

Si cette période de post partum est aussi primordiale dans la vie d'une femme, d'un nouveau-né, d'un père, d'une famille, la mise en place d'études de santé publique devient incontournable. En effet, ces études permettraient de mieux comprendre les enjeux encourus par les mères primipares lorsque leurs besoins ne sont pas satisfaits.

Conclusion

Les récentes mesures imposées aux structures entourant le post-partum ont provoqué beaucoup d'inquiétudes et de débats mais ont également permis de se questionner sur l'organisation des services périnataux (Maulet, 2017) en place en Belgique. De nombreuses initiatives de reconnaissance des difficultés rencontrées par les mères durant la période post-partum voient le jour. En effet, des pétitions, des hashtags #monpostpartum, des partages d'expériences sur les réseaux sociaux ou des livres visent une prise de conscience sociétal concernant le besoin d'aide et de soutien à apporter aux mères venant d'accoucher.

Les enjeux économiques, sociaux et familiaux que représente le raccourcissement de séjour à la maternité suivant un accouchement apparaissent évidents. Toutefois, l'impact au niveau des mères, et plus spécifiquement des besoins des mères primipares, semble encore trop souvent négligé. Mon analyse s'est portée sur ces informations par le biais d'entretiens semi-directifs auprès de dix mères primipares durant leur période post-partum. Ce travail a permis de dégager les besoins d'accompagnement exprimés durant cette période tant au niveau de l'apport d'informations, du soutien psychologique, du partage d'expériences ou encore du soutien pratique et matériel. L'analyse des données récoltées montre que ces besoins varient d'une mère à l'autre selon le soutien et le contexte qui les entourent. En effet, le soutien bienveillant apporté par l'entourage et plus spécifiquement par le père sont des facteurs favorisant un post-partum plus serein. Quant à l'accompagnement par les professionnels de la santé au domicile des mères, il est vécu positivement grâce aux conseils prodigués et à leur disponibilité. Les mères expriment par ailleurs un étonnement concernant l'existence et les possibilités offertes par ce suivi à leur domicile, ce qui tend à montrer le manque d'efficience concernant le partage d'informations à ce sujet.

Trop souvent encore, la démarche de recherche d'un professionnel de santé disponible se fait souvent « en dernière minute » ce qui ne favorise pas le processus d'empowerment des mères et expose les familles à un risque de défaut de soins. En effet, une planification d'un suivi en prénatal pourrait établir en amont une relation de confiance et une meilleure préparation à ce retour à

domicile (logistique, matériel, psychologique, ...). Pour mieux préparer les mères à cette période post-partum, les séances de préparations à la naissance et à la parentalité devraient être encouragées et plus spécifiquement organisées durant le dernier trimestre de la grossesse. Pour augmenter le taux de participation à ces séances, une information ciblée devrait être proposée dans tous les lieux en lien avec la maternité (hôpitaux, gynécologues, ONE, ...). Une « éducation » du grand public à leur nécessité devrait permettre de lutter contre les aprioris d'inutilité de cette préparation.

La création d'un poste de coordinateur/trice de soins ainsi que la création d'entretiens prénataux devraient être envisagées par la direction hospitalière de l'hôpital Chirec de Braine-l'Alleud afin d'assurer un suivi de qualité en plus du suivi médical déjà proposé et une orientation personnalisée des mères vers des professionnels adaptés. Les entretiens prénataux permettraient de partir des besoins des mères pour créer avec elles un projet de préparation à la naissance et à la parentalité à l'aide de techniques éducatives les plus appropriés pour elles. De plus, ils permettraient de repérer les mères présentant un faible réseau de soutien ou des vulnérabilités nécessitant la mise en place d'un suivi multidisciplinaire adapté.

Il serait utile de pouvoir mieux soutenir les parents notamment en facilitant la prise de congé parentaux pour tous (équitable entre les mères indépendantes et salariées, entre les mères qui allaitent et celles qui donnent le biberon), en allongeant et en rendant obligatoire le congé de paternité, en uniformisant des deux côtés de la frontière linguistique les possibilités d'aides familiales à domicile, en offrant des titres services à toutes les mères qui accouchent, en promouvant les services périnataux à plus grande échelle ou encore en revalorisant ces métiers et leurs financements.

Il est primordial que la société aide ces nouveaux parents à vivre plus sereinement cette période post-partum mais également ce cheminement dans leur vie. En effet, les parents d'aujourd'hui élèvent les adultes de demain et ce n'est pas moins de 49 795 primipares impactées par ce raccourcissement de séjour et qui accueillent chaque année un nouveau-né au sein de leur foyer.

Références bibliographiques

- Ancelot L, Bonnal L, & Depret M-H. (2016). *Déterminants du renoncement aux soins des femmes durant leur grossesse*. *Revue française d'économie*, XXXI(4), 63-107. doi:10.3917/rfe.164.0063
- Anne J. (2016). *Postpartum care: comparative study between France, Belgium and the Netherlands*. (Mémoire du Diplôme d'État de sage-femme), Université de Caen Normandie
- Aussedat M. (2011). *La place de la Sage-femme dans le suivi de grossesse des primipares âgées*. (Mémoire du Diplôme d'État de sage-femme), Université Henri Poincaré, Nancy
- Barbier A., Poujade O., Fay R., Thiébauges O., Levardon M., & Deval B. (2007). *La primiparité est-elle le seul facteur de risque des lésions du sphincter anal en cours d'accouchement?* *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 35(2), 101-106. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2006.12.017>
- Barlow P, Ceysens G, Emonts P, Gilbert L, Haumont D, Hernandez A, et al. (2016). *Guide du post-partum* (Belgique : De Boeck supérieur Ed.). 736 p.
- Bayot I. (2018). *Le quatrième trimestre de la grossesse* (Vol. 157). Toulouse: Ed. Érès
- Bayot I, & Bhérer-Racine A (17 avril 2020). *Podcast: Le temps du nid et du confinement* [Retrieved from <https://blog.opaleo.com/prepare-toi-les-live-sont-la/>
- Benahmed N, Devos C, San Miguel L, Vinck I, Vankelst L, Lauwerier E, et al. (2014). *L'organisation des soins après l'accouchement – Synthèse*. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). Retrieved from : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_232Bs_soins_postnatal_Synthese.pdf doi:D/2014/10.273/80
- Benahmed N, Lefèvre M, Christiaens W, Devos C, & Stordeur S. (2019). *Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque*. Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), KCE Reports 326B. doi:D/2019/10.273/77
- Bernard M-R, & Eymard C. (2012). *Évolution et enjeux actuels de la préparation à la naissance et à la parentalité*. [Trends and Current Issues in Childbirth and Parenting Education]. *Santé Publique*, 24(4), 283-289. doi:10.3917/spub.124.0283
- Bowlby J. (1978). *Attachment theory and its therapeutic implications*. *Adolescent psychiatry*, 6, 5-33.
- Branger B., Dochez V., Gervier S., & Winer N. (2018). *Césarienne après déclenchement du travail : facteurs de risque et score de prédiction*. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* 46(5), 458-465. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.03.008>
- Brunet M. (2011). *La préparation à la naissance et à la parentalité en secteur hospitalier. Pour une meilleure prise en charge des femmes enceintes primipares*. (Mémoire du Diplôme d'État de sage-femme), Université Henri Poincaré, Nancy
- Bydlowski M, & Golse B. (2001). *De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation*. *Le carnet psy*(3), 30-33.
- Capponi I, & Horbacz C. (2007). *Femmes en transition vers la maternité : sur qui comptent-elles ?* *Dialogue*, 175(1), 115-127. Retrieved from : <https://www.cairn.info/revue-dialogue-2007-1-page-115.htm> doi:10.3917/dia.175.0115
- Chantry A., Monier I., & Marcellin L. (2016). *Allaitement maternel (partie 1) : fréquence, bénéfices et inconvénients, durée optimale et facteurs influençant son initiation*

- et sa prolongation. *Recommandations pour la pratique clinique. La Revue Sage-Femme*, 15(1), 41-50. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sagf.2016.01.003>
- Coulm B, Boithias C, Bicêtre K, Boissinot C, & Petitprez K (2014). *Recommandation de bonne pratique. Sortie de maternité après accouchement: Conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Argumentaire scientifique*. France : Haute Autorité de Santé (HAS). Retrieved from : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/argumentaire_scientifique_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
- De Block M. (2015). *Dossier de candidature : projet—pilote « accouchement avec séjour écourté*. Belgique: Ministère des affaires sociales et de la santé publique Retrieved from https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/reforme_hopitaux_projet_s_pilotes_accouchement.docx.
- De Block M. (2015). *Plan d'approche réforme du financement des hôpitaux*. Belgique : Ministère des affaires sociales et de la santé publique Retrieved from https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_the_me_file/hopitaux_reforme_financement.pdf.
- Dennis C-L. (2005). *Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review*. *BMJ*, 331(7507), 15-18. doi:10.1136/bmj.331.7507.15
- Dennis C-L, Fung K, Grigoriadis S, Robinson G, Romans S, & Ross L. (2007). *Traditional Postpartum Practices and Rituals: A Qualitative Systematic Review*. *Women's Health*, 3(4), 487-502. doi:10.2217/17455057.3.4.487
- Dennis C-L, & Kingston D. (2008). *A Systematic Review of Telephone Support for Women During Pregnancy and the Early Postpartum Period*. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(3), 301-314. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00235.x>
- Desjardins N. (2005). *Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an : l'attachement au coeur du développement du nourrisson*. Québec: Santé et Services sociaux.184p.
- Di Zenzo E, & Wittrouw V. (2015). *Groupe de travail UPSFB : "sorties précoces de la maternité"*. Retrieved from <http://www.sage-femme.be/wp-content/uploads/2015/10/Sorties-pr--coces-de-Maternit---analyse-de-la-probl--matique.pdf>
- Di Zenzo E, & Wittrouw V. (2015). « *Le retour précoce à domicile. Quels défis pour les sages-femmes ?* » *Rapport du congrès UPSfB du 29 octobre 2015* <http://www.sage-femme.be/wp-content/uploads/2016/04/Rapport-Congr--s-FINAL-congr--s-2015-1-1.pdf>
- Direction Générale Des Soins De Santé. (2015). *Profil professionnel et de compétences de la sage-femme belge* Bruxelles : Service public fédéral Retrieved from : https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/2016_01_cfsf_frvv_annexe_profil_professionnel.pdf
- Dupont C., Rudigoz R. C., Cortet M., Touzet S., Colin C., Rabilloud M., et al. (2014). *Incidence, étiologies et facteurs de risque de l'hémorragie du post-partum : étude en population dans 106 maternités françaises*. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 43(3), 244-253. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2013.05.003>
- Durieux M-P. (2013). *Développement et troubles de l'enfant: 0-12 mois* (yapaka Ed.). Bruxelles : Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique.63 p.
- Équipe Naître Et Grandir. (2016). *La dépression post-partum* 15 decembre 2019 Retrieved from

https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/viefamille/fiche.aspx?doc=ik-naitre-grandir-maman-depression-postpartum-babyblue

- Europeristat. (2018). *Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015*. https://www.europeristat.com/images/EPHR2015_Euro-Peristat.pdf
- Faure K, Legras M, Chocard A-S, & Duverger P. (2008). *Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum*. *Revue du praticien*, 58(13), 1475-1482.
- Genoux A., Guerby P., Morin M., Perret B., Vayssière C., & Hamdi S. M. (2018). *Le dépistage ciblé de la pré-éclampsie au premier trimestre de la grossesse au CHU de Toulouse*. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, 67(3), 111-118.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.ancard.2018.04.022>
- Gorwood P, & Kessler V. (2002). *La psychose puerpérale: un modèle du concept de vulnérabilité génétique ?* *Devenir*, 14(1), 17-26. doi:10.3917/dev.021.0017
- Guedeney N. (2010). *L'attachement, un lien vital* (yapaka Ed.). Bruxelles: Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique.61p
- Haute Autorité De Santé. (2005). *Recommandations professionnelles "Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)"* Retrieved from collège de la HAS, France :
- Lamboy B. (2009). *Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? Différentes approches pour un même concept*. [Improving Parenting and Parenthood: Why and How?]. *Devenir*, 21(1), 31-60. doi:10.3917/dev.091.0031
- Lamour M. (2013). *La paternité et ses troubles*. Bruxelles : Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique.61p
- Lansac J, Magnin G, & Sentilhes L. (2008). *Obstétrique pour le praticien* (Elsevier Masson Ed. 6 ed.)
- Lardièrre D. (2010). *Les besoins fondamentaux du bébé dans le contexte d'une mesure de séparation prise pour protéger l'enfant*. *L'information psychiatrique*, 86(10), 825-829. doi:10.3917/inpsy.8610.0825
- Lebert-Charron A, Wendland J, Dorard G, & Boujut E. (2018). *Le syndrome de burnout ou d'épuisement maternel : une revue critique de la question*. *La psychiatrie de l'enfant*, 61(2), 421-441. doi:10.3917/psy.612.0421
- Martory J. (2016). *Se rétablir après l'accouchement*. Passeport santé 28/10/2019
Retrieved from
<https://www.passeportsante.net/fr/grossesse/Fiche.aspx?doc=retablissement-accouchement>
- Maulet N. (2017). *Travail en réseau et offre intégrée des services périnataux*. Office de la Naissance et de l'Enfance- Direction Recherche et Développement Bruxelles
- Moens M. (2013). *Billet d'humeur du Dr Marc Moens, vice-président de l'ABSyM : une chambre de maternité (onéreuse) n'a rien d'une salle de réception*. 25 octobre 2019 Retrieved from <https://www.absym-bvas.be/fr/actualite/billet-d-humeur-du-dr-marc-moens-une-chambre-de-maternite-onereuse-n-a-rien-d-une-salle-de-reception>
- Molenat F. (2004). *Périnatalité et prévention en santé mentale: collaboration médico-psychologique en périnatalité. Rapport de mission auprès de la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins*. *LES CAHIERS DE L'AFREE*(19), 93-118.
- Negron R, Martin A, Almog M, Balbierz A, & Howell E. (2013). *Social Support During the Postpartum Period: Mothers' Views on Needs, Expectations, and Mobilization of Support*. *Maternal and Child Health Journal*, 17(4), 616-623.
doi:10.1007/s10995-012-1037-4
- Nyström K, & Öhrling K. (2004). *Parenthood experiences during the child's first year: literature review*. *Journal of advanced nursing*, 46(3), 319-330.
- Ocde. (2017). *Durée de séjour à l'hôpital (indicateur)* (Publication no. 10.1787/21a7ca2b-fr).

- Oms. (1998). *Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum: guide pratique-rapport d'un groupe de travail technique*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 88p.
- Paillé P, & Mucchielli A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3è ed.). Paris: Armand Colin.424p.
- Pélicand J, Fournier C, & Aujoulat I. (2009). *Observance, auto-soin (s), empowerment, autonomie: quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins*. *ADSP*, 66, 21-23.
- Perrin C. (2017). *Vulnérabilité et éducation pour la santé : questions éthiques et méthodologiques*. Paper presented at the WFSP2241 Comportements et compétence de santé: concept et méthodes Université catholique de Louvain-Woluwe Saint Lambert
- Raphael D. (2011). *Being female: reproduction, power, and change* : Walter de Gruyter
- Razurel C, & Desmet H. (2010). *Comment l'éducation dispensée par les professionnels peut-elle influencer le sentiment de compétence parentale chez les mères primipares?* , Université de Rouen, France.
- Razurel C, Desmet H, & Sellenet C. (2011). *Stress, soutien social et stratégies de coping : quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares ?* *Recherche en soins infirmiers*, 106(3), 47-58. doi:10.3917/rsi.106.0047
- Sacks A. (30 août 2018). *Une nouvelle façon de penser la transition vers la maternité* [Retrieved from https://www.ted.com/talks/alexandra_sacks_a_new_way_to_think_about_the_transition_to_motherhood?language=fr
- Sarlat C, & Raynaud A. (2020). *Le lien d'attachement, la base des relations humaines* [Retrieved from <https://podtail.com/fr/podcast/la-matrescence/dr-anne-raynaud-le-lien-d-attachement-la-base-des-/>
- Schmied V, Langdon R, Matthey S, Kemp L, Austin M-P, & Johnson M. (2016). *Antenatal psychosocial risk status and Australian women's use of primary care and specialist mental health services in the year after birth: A prospective study*. *BMC Women's Health*, 16(1), 69. doi:10.1186/s12905-016-0344-0
- Schneider-Harris J. (2007). *Counselling centré sur la personne et non directif et la relation soignant.e-soigné.e*. [Person-centered, non-directed counseling and the caregiver-care receiver relationship]. *Recherche en soins infirmiers*, 89(2), 52-57. doi:10.3917/rsi.089.0052
- Seguin G. (2014). *On ne naît pas parents, on le devient, l'accompagnement des primipares par la puéricultrice de maternité* (Projet professionnel - Infirmière Puéricultrice), Institut de formation de professions de santé CHU- Besançon
- Slomian J. (2018). *Expérience maternelle en période postnatale: Exploration des besoins et tentatives de réponses à l'ère du numérique*. (Doctorat en Sciences de la Santé Publique), Université de Liège, Belgique Retrieved from <http://hdl.handle.net/2268/227233>
- Slomian J, Emonts P, Vigneron L, Acconcia A, Glowacz F, Reginster J-Y, et al. (2017). *Identifying maternal needs following childbirth: A qualitative study among mothers, fathers and professionals*. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 213.
- Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster J-Y, & Bruyère O. (2019). *Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes*. *Women's Health*, 15. doi:10.1177/1745506519844044
- Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. (2012). *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. *BMC public health*, 12(1), 80-80. doi:10.1186/1471-2458-12-80

- Statbel. (2019). *Ratio de mortalité maternelle en Belgique sur 5 ans (2012-2016)*
Retrieved 27 juillet 2020
- Stern D, Bruschweiler-Stern N, & Freeland A. (1998). *La naissance d'une mère*. Paris : Odile Jacob.238p.
- Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, & Carlson E. (2007). *La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique*. *Devenir*, 19(2), 151-188. doi:10.3917/dev.072.0151
- Tissot H, Frascarolo F, Despland J-N, & Favez N. (2011). *Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale*. *La psychiatrie de l'enfant*, 54(2), 611-637. doi:10.3917/psy.542.0611
- Van Den Broucke S. (2016). *La littératie en santé*. Paper presented at the WFSP2241 Comportements et compétence de santé: concept et méthodes Université catholique de Louvain-Woluwé Saint Lambert
- Vander Linden R., & Roegiers L. (2003). *Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance* (yapaka Ed.). Bruxelles: Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique.64p
- Vennat D., Belot R. A., Capponi I., & Mellier D. (2018). *Le défaut de soutien familial dans l'immédiat post-partum : quels impacts sur l'émergence de la détresse maternelle ?* *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 66(6), 381p. doi:10.1016/j.neurenf.2018.07.005

Annexes

Annexe 1 : Illustration d'évolution de la durée moyenne de séjour à l'hôpital suivant un accouchement dans les pays de l'O.C.D.E.

Annexe 2 : Accord du comité d'éthique CEHF des Cliniques universitaires Saint-Luc UCL

Annexe 3 : Attestation d'assurance

Annexe 4 : Formulaire de consentement éclairé

Annexe 5 : Guide d'entretien

Annexe 6 : Compétences à acquérir par une femme enceinte au terme d'un programme de préparation à la naissance et à la parentalité, adaptées de la matrice de compétences développée en 2001 par d'Ivernois et al, dans le champ de l'éducation thérapeutique.

Annexe 7 : Techniques éducatives utilisables en préparation prénatale à la naissance et à la parentalité

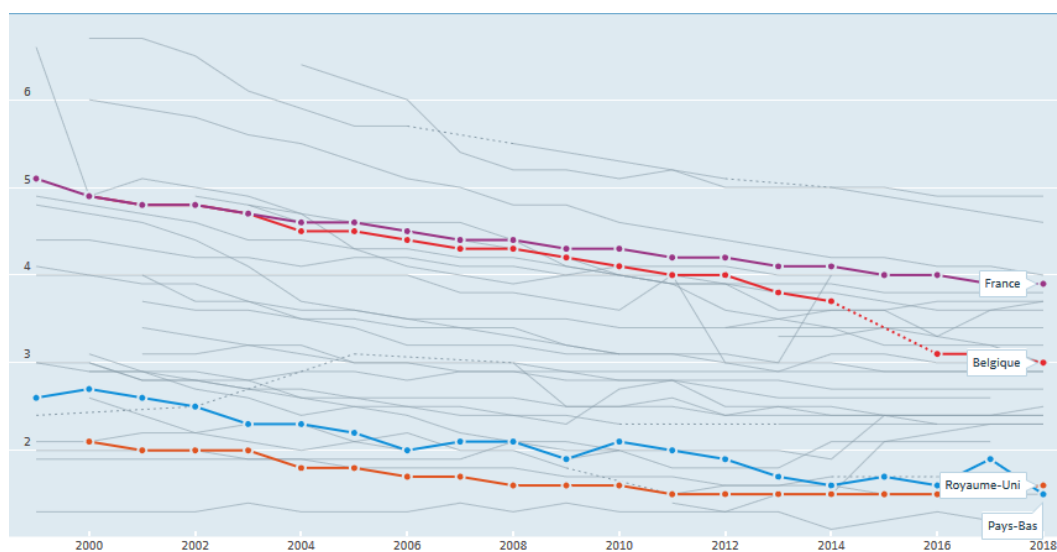
Annexe 8 : Evolution du modèle de soins actuel vers un suivi prénatal intégré

Annexe 9 : Proposition de parcours de suivi prénatal

Annexe 10 : Verbatims des dix entretiens

Annexe 1

Illustration de l'évolution de la durée moyenne de séjour à l'hôpital (jours) suivant un accouchement dans les pays de l'O.C.D.E. entre 1999 et 2019.



Source : OCDE (2020), Durée de séjour à l'hôpital (indicateur). doi: 10.1787/21a7ca2b-fr (Consulté le 05 mai 2020)

Annexe 2 :

Accord du comité d'éthique CEHF des Cliniques universitaires Saint-Luc UCL : le protocole de recherche a été soumis à la commission d'éthique médicale des cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles afin de demander l'autorisation de pouvoir rencontrer les patientes. Le dossier a été accepté en date du 14/06/2018.

FORMULATION de l'AVIS DU CEHF
Cocher la ou les case(s) correspondante(s).

☐	étude rétrospective
☐	étude sur matériel corporel humain résiduel
☐	mémoire non interventionnel
☒	mémoire interventionnel consistant uniquement en un questionnaire ou une enquête hors routine

Titre de l'étude : « Evaluation du sentiment d'auto-efficacité et d'autonomisation chez les primipares lorsqu'elles assistent à une séance prénatale de préparation au retour à domicile concernant les techniques de soins et les besoins d'un nouveau-né. »

DE WOLF Valentine (nom, prénom) soumet pour approbation les documents ou demande repris ci-dessous (indiquer les versions et les dates):

X Document d'information et de consentement, version 3, 13/06/2018
X Résumé de l'étude reçu le 13.12.2017
X Protocole reçu le 13.12.2017
X Questionnaire d'évaluation du besoin, version 3, 13/06/2018
X CV de l'étudiant
X CV du promoteur – investigateur principal
X L'assurance en responsabilité civile "même sans faute" (art. 29 de la loi du 7/05/2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine) sera contractée auprès du service des Assurances de l'UCL
X Autre(s): Formulaire de soumission simplifiée, Document de réponse aux remarques du CE.

A compléter par le CEHF

Le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCL a bien reçu, examiné l'ensemble des documents relatifs au projet de recherche susmentionné.

L'avis du CEHF est :

X **favorable: le projet peut être initié**
provisoire: tenir compte des remarques et modifications suivantes:

Formulaire d'information:
.....
.....
Formulaire de consentement:
.....
.....
Respect de la confidentialité:.....
Anonymisation des données:
Autre(s):
.....
.....

défavorable: le projet ne peut pas être initié

Référence du CEHF: 2018/09JAN/004 (à mentionner lors de toute correspondance ultérieure)

N° d'enregistrement belge: ...B 403201835027....

Comité d'Ethique
UCL - SAINT-LUC
Date et signature:
Professeur J.M. MALOTEAUX
Président CEHF



14.06.2018

Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire

COMPOSITION DU COMITE D'ETHIQUE (au 09 mai 2018)

Président :	MALOTEAUX Jean-Marie, Docteur en médecine
Vice-Présidents :	DUVEILLER Véronique, Pharmacien MAES Marc, Docteur en médecine SCHAMPS Geneviève, Juriste
Secrétaire :	LIESSE Marie-Chantal, Infirmière
Docteurs en médecine (Cliniques Universitaires Saint-Luc et/ou à la Faculté de Médecine) :	BERLIERE Martine HORMANS Yves HOUTEKIE Laurent HUMBLET Yves OTTE Jean-Bernard (i) REDING Raymond ROEGERS Luc van den HOVE-VANDENBROUCKE Marie-France (i)
Médecins omnipraticien ou extérieur aux Cliniques :	EVARD Patrick (Cliniques Mont-Godinne) (i) ORBAN Thomas
Ethicien :	GAZIAUX Eric
Juristes :	VAN HELLEPUTTE Emmanuelle (i)
Infirmières (Cliniques Universitaires Saint-Luc) et assistante sociale :	COUPEZ Cécile DETIENNE Claire (i) VANDEUREN Carine (AS, représentante des patients)
Psychologue :	TERLINDEN Guibert (i)

Collaborateurs scientifiques permanents du comité d'éthique :

Pharmacien hospitalier:	de PIERPONT Pascale (i) HALLEUX Séverine (i)
Méthodologistes, PhD :	de HEMPTINNE Isabelle (i) LANTIN Anne-Catherine (i)

(i) Invité

Pour l'analyse des protocoles d'études cliniques, tous les membres reçoivent l'ensemble des documents nécessaires pour formuler un avis et doivent déclarer tout conflit d'intérêt éventuel.

Le Comité d'Éthique fonctionne selon les directives des Bonnes Pratiques Cliniques (BPC/GCP)

*Numéro du Comité d'Éthique attribué par le Comité Consultatif de Bioéthique : 403 (agrément complet 2014-2018)
Agreement of Institutional (non-US) Review Board: IRB 00001530 (Cliniques Universitaires Saint-Luc, e.d. August 2020)
Federalwide Assurance (FWA) for the protection of human subjects: FWA 00003749 (Cliniques Universitaires Saint-Luc, e.d. September 2021)
Agreement of Institutional (non-US) Review Board: IRB 00008535 (Université Catholique de Louvain, e.d. August 2020)
Federalwide Assurance (FWA) for the protection of human subjects: FWA 00018229 (Université catholique de Louvain, e.d. September 2021)
Accreditation by the Association for Accreditation of Human Research Protection Programs (AAHRPP) 2015 –
Accreditation by the Belgian Federal Agency for Medicines and Health Products (FAMHP/AFMPS) 2015 -*

Promenade de l'Alma, 51 - 1200 Bruxelles
Tél. : 02/764.55.14 - Fax : 02/764.55.13

E-mail : commission.ethique-saint-luc@uclouvain.be

Annexe 3

Dans le cadre de ce mémoire, basé sur des entretiens individuels avec des patients, une assurance a été prise le 19 décembre 2019. Conformément à la loi, Ethias certifie que la police n° 45-399-955, souscrite par l'UCL, garantit, dans les limites des conditions générales et spéciales du contrat, conformément aux dispositions de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine telle que modifiée par la loi du 27 décembre 2005 et tous arrêtés royaux d'exécution qui seraient adoptés en application des dispositions précitées, la responsabilité civile qui pourrait incomber au promoteur de l'étude, du chef de dommages causés aux participants et/ou à leurs ayants droit dans le cadre de cette étude clinique.



ATTESTATION D'ASSURANCE

Ethias SA, rue des Croisiers n° 24 à Liège, certifie que par la police n° 45.399.955 souscrite par l'Université Catholique de Louvain, Place de l'Université, 1 à 1348 Louvain-la-Neuve, elle garantit, dans les limites des conditions générales et spéciales du contrat, conformément aux dispositions de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine telle que modifiée par la loi du 27 décembre 2005 et tous arrêtés royaux d'exécution qui seraient adoptés en application des dispositions précitées, la responsabilité civile qui pourrait incomber au promoteur de l'étude repris ci-dessous, du chef de dommages causés aux participants et/ou à leurs ayants droit dans le cadre de l'étude clinique suivante :

Titre de l'expérimentation : Le soutien apporté par les professionnels aux primipares de retour à domicile est-il adapté à leurs besoins ?

Promoteur : Valentine Dewolf

Etude :

☒ monocentrique

☐ multicentrique

En cas d'étude multicentrique, indiquer les différents sites :

Nombre de participants : 30

Durée de l'expérimentation : 19/12/2019 au 31/01/2021

● CLASSE IA

Etudes de cohortes (type prospectif ou rétrospectif): simples observations cliniques (volontaires sains). Observations cliniques de patients capables de donner leur consentement. Questionnaires à compléter par des patients. Etudes sur échantillon : urine, salive, sécrétions diverses sauf lorsque l'obtention de l'échantillon fait partie de l'expérimentation et nécessite des actes autres que le simple prélèvement externe. Expérimentations avec prise de sang par veine périphérique lorsque cette prise de sang aurait de toute façon dû être effectuée.

ETHIAS SA - rue des Croisiers 26 - 4000 LIÈGE - www.ethias.be - info@ethias.be

Entreprise d'assurances agréée sous le n° 0196 pour pratiquer toutes les branches d'assurances Non Vie, les assurances sur la vie, les assurances de natalité et de natalité (AR des 4 et 13 juillet 1978, MB du 14 juillet 1979) ainsi que les opérations de capitalisation (Décret CIRA du 9 janvier 2007, MB du 16 janvier 2007).

BPM Liège TVA BE.0404.484.434 - Compte Belrus Banque : BE72 0910 0070 4416 - BIC : GKCCBEBB

1154-Attestation_UCL - 11/18

○ CLASSE IB

Observations cliniques de personnes incapables de donner leur consentement. Examens cliniques simples sans aucune manœuvre thérapeutique. Investigations non invasives permises : échographie, électroencéphalogramme, électrocardiogramme, radiographie standard ou CT-scanner sans contraste. Tests à l'effort sous-maximal sans plus sur des volontaires ou des patients en l'absence de risque connu d'ischémie coronaire au cours d'un test

MONTANTS DE GARANTIE

La garantie est acquise à raison de **2.500.000 €** par sinistre, tous dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs confondus. Ce montant constitue également la limite de la garantie pour l'ensemble des dommages déclarés dans le cadre de l'essai précité.

Cette attestation est valable pour autant que les primes soient payées et que le contrat soit toujours en cours.

Fait à Louvain-la-Neuve le 19 décembre 2019

Pour le Comité de direction,



Florian PIRARD

Head of Motor, Property & Liability
Underwriting Public & Corporate South

Annexe 4

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ AU PATIENT

1. Je soussigné(e) (NOM, Prénom(s)),
.....
déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à l'enquête d'évaluation des besoins concernant le retour à domicile.
2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d'information destinée au patient. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'enquête et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'enquête ; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.
3. J'ai été informé(e) de l'existence d'une assurance.
4. Je sais que cette enquête a été soumise et approuvée par le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire des Cliniques universitaires Saint-Luc.
5. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'enquête à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.
6. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de la loi belge du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et de la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation humaine.
7. Je consens de mon plein gré à participer à cette enquête.

Nom, prénom et Signature du (de la) patient(e)

Date (jour/mois/année)

Je, soussigné, Mlle DE WOLF VALENTINE confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'enquête à la patiente mentionné(e) ci-dessus.

Signature de la personne qui procure l'information

Date (jour/mois/année)

Annexe 5

Guide d'entretien

Introduction de l'entretien

Bonjour Madame,

Je m'appelle Valentine De Wolf et je suis étudiante en master santé publique. Je suis également sage-femme à l'hôpital de Braine-l'Alleud. Nous nous sommes rencontrées lors de votre séjour à la maternité de Braine-l'Alleud et c'est là que vous avez accepté de collaborer à ma recherche. Je vous ai choisie car vous êtes patiente de l'hôpital de Braine-l'Alleud mais également parce que vous venez d'accoucher de votre premier enfant. Vous n'êtes pas sans savoir que les séjours à la maternité raccourcissent, je m'interroge sur votre vécu lors de votre retour à domicile et sur la manière dont vous avez été accompagnée d'un point de vue médical et psychosocial.

Notre entretien sera guidé par des questions relatives à votre préparation à la naissance et à la parentalité, votre séjour à la maternité et votre retour à domicile. Afin d'être la plus fidèle possible à vos dires, et avec votre accord, l'entretien sera enregistré, ce qui me permettra d'analyser les contenus développés ce jour. À tout moment, à votre demande, l'entretien peut être arrêté (bouton off montré). Notre discussion restera anonyme, votre nom ne sera jamais cité et son contenu sera traité uniquement par mes deux promotrices (Mesdames Sophie Thunus et Héline Zabeau) et moi-même et ce à des fins de recherche en santé publique. Avant de démarrer notre entretien, avez-vous des questions ?

Pouvez-vous me confirmer oralement votre accord de participation ? Nous pouvons dès lors signer ensemble le consentement éclairé.

L'entretien auprès des patientes est organisé autour **des thématiques** suivantes : leur vécu lors de leur retour à domicile, les difficultés rencontrées et la prise en charge proposée :

- ❖ Quel est le **vécu** du retour à domicile pour les primipares en période post-partum
 - Racontez-moi comment s'est déroulé votre retour à domicile ?
 - Comment aviez-vous préparé ce retour à domicile durant votre grossesse ?
 - Comment l'aviez-vous imaginé ce retour à domicile ?
- ❖ Quels sont les **difficultés/défis** que vous avez rencontrés lors de votre retour à domicile ?
 - Gestion de l'enfant, découverte du rôle de parent, autres
 - Comment y avez-vous fait face ? Qu'avez-vous mis en place pour résoudre ces difficultés ?
- ❖ Comment s'est déroulée votre **prise en charge** lors de votre retour à domicile en période de post-partum ?

- Qu'avez-vous reçu comme soutien à domicile ?
- De quels types de préparation avez-vous bénéficié en tant que futur parent ?
 - Quels types d'informations avez-vous reçues concernant l'organisation du retour à domicile ?
 - Qui étaient impliqués dans cette préparation ? Quels rôles ont-ils joués ?
 - Dans quelle mesure ont-ils répondu à vos questions ?
 - Comment auraient-ils pu répondre autrement ?
- ❖ Pour terminer l'entretien, si je vous demande de revoir votre prise en charge avec un nouveau regard, et votre expérience de jeune maman, que souhaiteriez-vous changer et/ou garder ?
 - En d'autres mots, si vous étiez à nouveau enceinte, que changeriez-vous ?

Conclusion de l'entretien

Je vous remercie d'avoir pris le temps de participer à la réalisation de mon mémoire ainsi que d'avoir partagé avec moi votre vécu concernant cette grande période de votre vie. Si vous le souhaitez par la suite, vous pouvez me contacter au numéro de téléphone suivant : 0474/03.37.17. Je peux également, si vous le souhaitez, mettre à votre disposition les résultats de ma recherche.

Je retiendrai de notre entretien les différents points suivants (...). Vous avez su trouver au fond de vous des solutions à vos problèmes, je peux citer notamment (...).

Je vous remercie également de m'avoir accueillie chez vous. L'entretien est à présent fini. Merci

Annexe 6

Tableau 4. **Compétences à acquérir par une femme enceinte au terme d'un programme de PNP, adaptées de la matrice de compétences développée en 2001 par d'Ivernois *et al.* dans le champ de l'éducation thérapeutique (64).**

Matrice de compétences quelle que soit la situation ou la condition de la personne	Compétences à acquérir par la femme enceinte et/ou le couple (objectifs spécifiques)
1. Faire connaître ses besoins, définir des buts en collaboration avec le professionnel de santé	Exprimer ses besoins, ses connaissances, ses projets, en particulier son projet de naissance, son projet familial, professionnel, ses attentes, ses émotions, ses préoccupations, ses besoins d'information et d'apprentissage
2. Comprendre, s'expliquer la grossesse, l'accouchement et les pratiques parentales	- Comprendre le déroulement de la grossesse, de l'accouchement, des interventions au cours du travail (soulagement de la douleur, extraction instrumentale, césarienne), des suites de l'accouchement - S'expliquer les modifications physiques, psychologiques liées à la grossesse - Comprendre l'évolution du passage du statut de fille, de femme, à celui de mère - Comprendre les risques liés au mode de vie - Avoir des repères sur le développement psychomoteur et l'éveil sensoriel de l'enfant - S'expliquer les répercussions sociales et familiales liées à l'arrivée de l'enfant
3. Repérer, analyser	- Repérer les symptômes précoces, les signes d'alerte qui doivent motiver une consultation en urgence pour la mère avant la naissance, pour la mère et l'enfant après la naissance - Analyser une situation à risque
4. Faire face, décider	- Décider d'être accompagnée durant l'accouchement - Connaître les soins après l'accouchement et savoir comment y participer - Décider du mode d'alimentation du bébé - Décider de suivre les principes d'une alimentation saine pour la première année de vie de l'enfant - Contribuer à la prévention de l'allergie alimentaire et de l'obésité - Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une difficulté ou une complication pour la mère et l'enfant après la naissance - Décider de consulter, d'aller aux urgences, à la maternité - Connaître les recours possibles à proximité, en cas d'urgence ou de difficultés
5. Résoudre un problème de prévention, aider à anticiper un problème	Comprendre les buts de la prévention des facteurs de risque et des comportements pour la femme et l'enfant

	• Aménager un environnement, un mode de vie favorable à sa santé et à celle de l'enfant • Organiser avec l'entourage et les professionnels de santé le retour à domicile dans les meilleures conditions • Résoudre des difficultés d'allaitement
6. Pratiquer, faire	• Mettre en œuvre une technique de travail corporel adaptée aux besoins • Pratiquer des exercices pour récupérer sa condition physique d'avant la grossesse • Connaître et savoir réaliser les soins après l'accouchement pour la mère, les soins essentiels d'hygiène pour le bébé
7. Adapter, réajuster	• Adapter son mode de vie pour prévenir les risques infectieux • Réajuster son régime alimentaire à partir de conseils diététiques • S'ajuster aux besoins d'un bébé
8. Utiliser les ressources du système de soins. Faire valoir ses droits	• Savoir où et quand consulter, participer aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité, qui appeler en cas d'urgence ou de préoccupations, rechercher de l'information utile et crédible • Connaître les éléments de suivi médical pour la femme et l'enfant et l'utilité du carnet de maternité et de santé • Savoir utiliser les ressources d'aide et d'accompagnement • Faire valoir des droits (travail, maternité)

Source : Haute Autorité De Santé. (2005). *Recommandations professionnelles "Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)"* Retrieved from collège de la HAS, France

Annexe 7

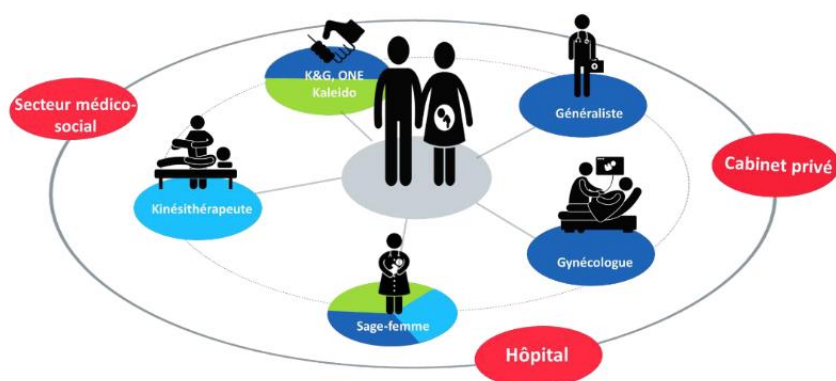
Tableau 2. Exemples de techniques éducatives à utiliser lors des séances en fonction de l'objectif poursuivi.	
Objectifs/techniques	Thèmes
Exploration des besoins, attentes et représentations	
Entretien Photolangage®	Prise de conscience des expériences et des compétences préexistantes chez les couples
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

Source : Haute Autorité De Santé. (2005). *Recommandations professionnelles "Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)"* Retrieved from collège de la HAS, France

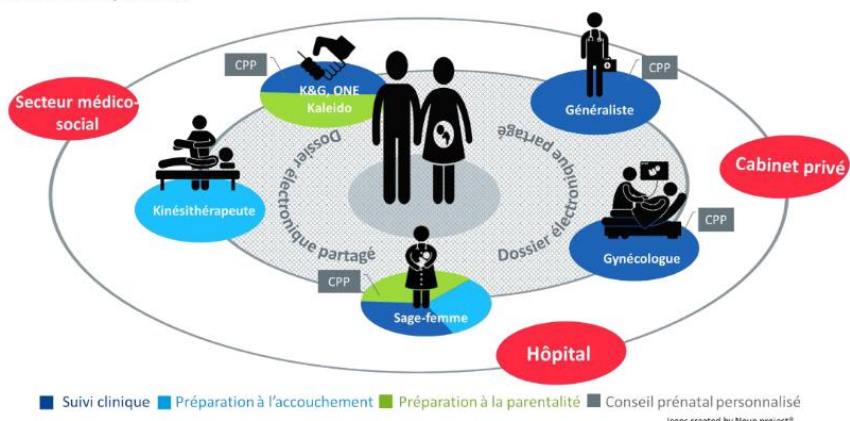
Annexe 8

Figure 1 – Evolution du modèle de soins actuel vers un suivi prénatal intégré

Système actuel de suivi prénatal



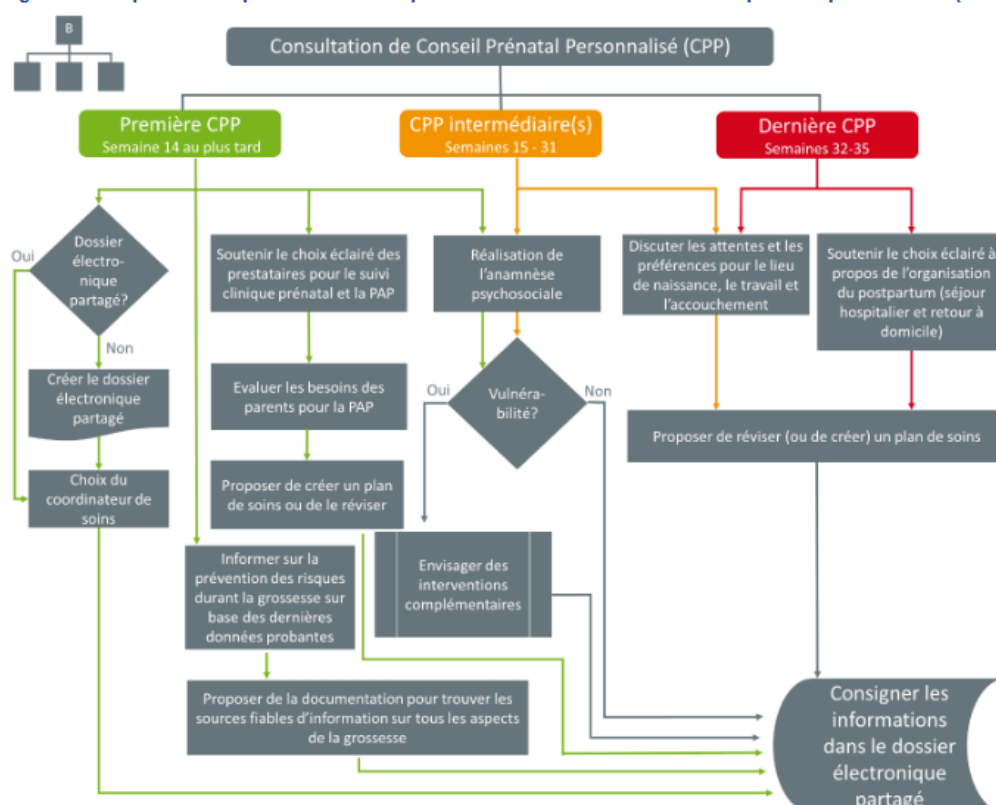
Système recommandé de suivi prénatal



Source : Benahmed N, Lefèvre M, Christiaens W, Devos C, & Stordeur S. (2019). *Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque. Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), KCE Reports 326B.* doi:D/2019/10.273/77

Annexe 9

Figure 4 – Proposition de parcours de suivi prénatal – Consultations de conseil prénatal personnalisé (CPP)



Source : Benahmed N, Lefèvre M, Christiaens W, Devos C, & Stordeur S. (2019). *Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque. Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), KCE Reports 326B.* doi:D/2019/10.273/77

Annexe 10 : Verbatims des dix entretiens

- I. Interview Madame JK- 48’
- II. Interview Madame LV- 70’
- III. Interview Madame CS- 69’
- IV. Interview Madame VM- 40’
- V. Interview Madame OD- 57’
- VI. Interview Madame AB- 54’
- VII. Interview Madame RF- 53’
- VIII. Interview Madame LV- 46 ‘
- IX. Interview Madame LVH- 60’
- X. Interview Madame OB- 30’

