



HAL
open science

**Analyse des pratiques : le soutien à la parentalité par
les sages-femmes dans le post partum. Étude
observationnelle auprès de 108 sages-femmes exerçant
dans le Puy-de-Dôme**

Mathilde Cognet

► **To cite this version:**

Mathilde Cognet. Analyse des pratiques : le soutien à la parentalité par les sages-femmes dans le post partum. Étude observationnelle auprès de 108 sages-femmes exerçant dans le Puy-de-Dôme. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01944121

HAL Id: dumas-01944121

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01944121v1>

Submitted on 18 Dec 2018

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

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

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**ANALYSE DES PRATIQUES : LE SOUTIEN A LA PARENTALITE
PAR LES SAGES-FEMMES EN POST-PARTUM**

Etude observationnelle auprès de 108 sages-femmes exerçant dans le Puy-de-Dôme

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

COGNET Mathilde

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**ANALYSE DES PRATIQUES : LE SOUTIEN A LA PARENTALITE
PAR LES SAGES-FEMMES EN POST-PARTUM**

Etude observationnelle auprès de 108 sages-femmes exerçant dans le Puy-de-Dôme

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

COGNET Mathilde

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



REMERCIEMENTS

Je suis reconnaissante et remercie ma directrice de mémoire, Docteur Angélique BRUNEL, pédiatre, pour son encadrement, son investissement et sa disponibilité durant ce travail.

Je souhaite ensuite adresser mes remerciements à Madame Michelle BALSAN, enseignante à l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand, pour ses conseils et son aide.

Je tiens également à remercier pour leur collaboration, Monsieur Aurélien MULLIEZ, biostatisticien au sein de la délégation en recherche clinique et innovation, sur la partie résultats de ce travail ; ainsi que Madame Nathalie PIÑOL-DOMENECH, sur la bibliographie.

Je remercie les sages-femmes coordinatrices des structures qui m'ont aidé dans la distribution des questionnaires et aussi toutes les sages-femmes, ayant participé à cette étude.

Enfin, je voudrais remercier ma famille et mes amis pour leur encouragement et leur présence tout au long de mes études.

GLOSSAIRE

HAS : Haute Autorité de Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

CNNSE : Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCSI : Perinatal Coping Strategie Inventory

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund

EPS : Education Pour la Santé

PMI : Protection Maternelle Infantile

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

PRADO : Programme d'Accompagnement au Retour au Domicile

CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

UNAF : Union Nationale des Associations Familiales

CPP : Centre de Proximité et de Périnatalité

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

EDIN : Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé

SOMMAIRE

Glossaire	
Sommaire.....	1
Introduction.....	4
1 Revue de littérature	6
1.1 La grossesse et la naissance : l'accueil d'un enfant	6
1.1.1 La grossesse : un nouvel équilibre	6
1.1.2 Le fœtus : un nouvel être en devenir.....	9
1.1.3 A la naissance : rencontre entre les parents et l'enfant.....	10
1.2 Devenir parents : la parentalité.....	13
1.2.1 Quelques définitions autour de la parentalité.....	13
1.2.2 La parentalité à travers l'histoire et le monde	16
1.2.3 La parentalité à risque	18
1.3 La parentalité : le contexte actuel.....	21
1.3.1 La parentalité : un enjeu de santé publique.....	21
1.3.2 Le soutien social en périnatalité.....	23
1.3.3 Le cadre du post-partum et la place des sages-femmes	24
2 Méthodes.....	28
2.1 Etude et objectif(s)	28
2.1.1 Type d'étude, Lieu(x), Durée.....	28
2.1.2 Objectifs.....	28
2.2 Méthode.....	28
2.2.1 Participants.....	28
2.2.1.1 Population cible	28
2.2.1.2 Population source.....	28
2.2.1.2.1 Critères d'inclusion.....	28

2.2.1.2.2	Critères d'exclusion	29
2.2.2	Méthode	29
2.2.2.1	Recueil des données	29
2.2.2.1.1	Critères évalués	29
2.2.2.1.2	Mode d'intervention	30
2.2.2.1.3	Mode de recueil des données et circuit des données	30
2.2.2.1.4	Codage des données	31
2.2.2.1.5	Saisie des données	31
2.2.2.1.6	Contrôle de la qualité des données	31
2.2.2.2	Analyse des données	32
2.2.2.2.1	Tests statistiques utilisés	32
2.2.2.2.2	Logiciel d'analyse utilisé	32
2.2.2.3	Aspects éthiques et réglementaires	32
2.2.2.3.1	Avis de comités consultatifs et des personnes référentes	32
2.2.2.3.2	Information et consentement	32
2.2.2.3.3	Anonymat.....	32
3	Résultats	33
3.1	Diagramme de flux et taux de participation	33
3.2	Descriptif de la population	33
3.3	Résultat principal de l'étude	35
3.3.1	Description des scores.....	35
3.3.2	Score de repérage	36
3.3.3	Score de prévention.....	38
3.4	Résultats secondaires de l'étude	42
3.5	Remarques particulières	46
4	Discussion	48
4.1	Représentativité de la population	48

4.2	Méthode utilisée	50
4.2.1	Mode de distribution	50
4.2.2	Réalisation du questionnaire	50
4.2.2.1	Formulation des questions	50
4.2.2.2	Forme de cas clinique	51
4.3	Pratique du soutien à la parentalité en post-partum	53
4.3.1	Repérage des situations de la vulnérabilité	53
4.3.2	Prévention	55
4.4	Facteurs Influençant	58
4.5	Remarques de la part des sages-femmes	59
5	Projet d'Action	62
	Conclusion	63
	Références bibliographiques	
	Annexes	

INTRODUCTION

D'après le Conseil de l'Europe en 2006, « *la parentalité implique un ensemble de réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de jouer leur rôle de parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur enfant sur le plan physique, affectif, intellectuel et social* ».

Les troubles de la parentalité sont à l'origine de nombreuses difficultés sanitaires et sociales : maltraitance, troubles de comportements, conduites à risque, troubles psychiques, abus de substances psychoactives, absentéisme, échec scolaire, délinquance, criminalité (1).

Au vue de la gravité de ces troubles, l'accompagnement de l'installation de la relation parents-enfant devient un enjeu, particulièrement en post-partum, période durant laquelle les interactions se mettent en place. Cet enjeu porte sur le dépistage, la prise en charge, et la prévention des troubles de la relation parents-enfant (2).

Publiées en 2007 par la Haute Autorité de Santé (HAS), dans le document servant pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles concernant la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP), des objectifs sur le soutien en maternité et le retour à domicile sont définis (3). De part ses compétences dans le suivi postnatal de la mère et de l'enfant, ce document s'adresse aux sages-femmes, actrices clé du post-partum.

Du côté des nouveaux parents, ils expriment un besoin d'écoute et de soutien. D'après la Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant (CNNSE), à propos d'une étude sur la satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement réalisé par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) ; « *15 et 35 %* » des femmes sont « *« plutôt pas » ou « pas du tout » satisfaites des informations et conseils médicaux qui leur ont été prodigués afin d'assurer les soins de suites de couches* » (4).

Devant cet état des lieux, il convenait de se poser la question de la pratique quant au soutien à la parentalité par les sages-femmes en post-partum. En effet, au vu

des conséquences des troubles de la parentalité, et des demandes des parents, le soutien à la parentalité devient un objectif de la prise en charge du post-partum.

L'objectif principal de cette étude observationnelle était de décrire les pratiques des sages-femmes permettant le repérage de la vulnérabilité et la prévention des troubles de la parentalité, en post-partum.

L'objectif secondaire était d'identifier les facteurs qui peuvent influencer ces pratiques.

Dans un premier temps, la parentalité a été étudiée dans la revue de littérature, de l'enjeu de la grossesse et la naissance au cadre actuel en post-partum. La méthode de l'étude a été exposée avant la présentation des résultats. Ces résultats ont ensuite été confrontés aux données de la littérature, dans la discussion. Enfin, un projet d'action a été mis en place.

1 REVUE DE LITTÉRATURE

L'arrivée d'un enfant, qui commence avec le désir d'enfant, se poursuit par la grossesse et par la naissance, est une grande étape dans la vie. Elle met en jeu différents acteurs, à savoir le couple de futur parents, le fœtus - nouveau-né et les professionnels de santé qui encadrent ce processus. Tout au long de cet événement, des ajustements émotionnels, comportementaux mais aussi cognitifs seront nécessaires (5). La grossesse et la naissance seront étudiées en premier, puis la parentalité selon différents aspects et enfin le contexte actuel.

1.1 LA GROSSESSE ET LA NAISSANCE : L'ACCUEIL D'UN ENFANT

1.1.1 LA GROSSESSE : UN NOUVEL EQUILIBRE

Dans notre société, la naissance et la grossesse sont des événements majeurs d'une vie, considérés comme naturels. Elles se doivent de respecter le cadre sociétal avec ses normes et ses représentations. Il en est de même pour la parentalité : elle intervient principalement après la fin des études, l'obtention d'un travail stable, qui est une des conditions primordiales, la mise en couple et la cohabitation. De ce fait, jusqu'à récemment, la naissance représentait la dernière étape du processus de l'entrée à l'âge adulte. Mais suite à de nombreux changements et l'apparition de multiples schémas en fonction des milieux sociaux, ce n'est plus forcément le cas. Les études deviennent plus longues. Le processus de mise en couple subit des évolutions : le partenaire est rencontré plus tardivement, les couples se font et se défont plus souvent, le mariage n'est plus forcément une étape indispensable. Par exemple, dans les milieux populaires, les études sont plus courtes, la rencontre du partenaire a lieu lors des études et le couple cohabite au bout de deux années (6). En France, l'âge des femmes à l'arrivée du premier enfant était de 28,5 ans, en 2015 soit quatre ans et demi plus tard qu'en 1974. En 2012, le premier enfant naissait quatre ans plus tôt chez les moins diplômées (7). Ces changements de société font que la naissance ne représente plus le passage à l'âge adulte des parents. Malgré tout, la grossesse constitue une sorte de rite de passage, à l'instar d'un déménagement. Il se décompose en 3 phases qui sont la séparation de l'état antérieur – la préparation au suivant, la mise en marge et la réintégration. Ces trois phases se retrouvent dans le processus de la grossesse : les interdits concernant la

consommation d'alcool, les changements alimentaires marquent la rupture à l'état ordinaire et la préparation à la naissance et à la parentalité annonce le nouvel état, la mise en marge se retrouve dans le séjour à la maternité et la réintégration se fait lors du retour à domicile. En cela, la grossesse est donc une forme de rite de passage sociétal car elle se situe à la transition entre deux états (6).

Selon J. Kestenberg, la grossesse peut être assimilée à un schéma en 3 phases :

- L'incorporation va de la conception à la perception des premiers mouvements fœtaux. Elle est marquée par les modifications physiques de la grossesse, notamment celle de l'image corporelle par la prise de poids, mais aussi les fluctuations d'humeur entre le plaisir, la sensation d'accomplissement et la dépression légère, les peurs quant au risque de malformations et de fausses couches spontanées. L'acceptation de l'état de dépendance au conjoint du fait de la grossesse qui les lie, peut parfois s'avérer délicate. Cette phase se termine par l'obtention d'une nouvelle identité pour la femme, celle de mère, et l'acceptation du fœtus.
- La rétention commence dès le moment où la grossesse ne peut plus se masquer. C'est à ce stade que les premiers mouvements fœtaux vont permettre une prise de conscience par la future mère de la présence du fœtus. Ceci peut entraîner une anxiété de séparation. Vis-à-vis du fœtus, la future mère adoptera alors une position de protection ou de répulsion qui fera référence à un investissement narcissique fœtal positif ou négatif.
- L'expulsion s'étale sur les derniers mois de grossesse. Elle se caractérise par l'abandon du monde interne et la préparation à la découverte du monde extérieur. Marquée par un inconfort physique dû à la prise de poids et une fatigue, elle expose à un risque d'anxiété et de dépression. La peur de l'accouchement, le souhait de continuer cette grossesse et le désir de rencontrer le futur enfant fait naître chez la mère un conflit, qui va créer des fluctuations de l'humeur. Plus le terme va approcher, plus la mère sera dans une anticipation de l'accouchement (8).

Enfin, la grossesse peut s'envisager comme préparation psychique des futurs parents. En ce qui concerne la future mère, l'état de grossesse permet une réapparition

de tout ce qui a été refoulé, une connexion avec le monde intérieur. M. Bydlowski parle de transparence psychique pour caractériser cet état de sensibilité. Une réorganisation du soi féminin en soi maternel va déséquilibrer la future mère et lui permettre de se construire dans ce nouveau rôle, d'après E. Erikson. Une adaptation du monde interne au monde externe sera constatée. Cet état particulier est appelé préoccupation maternelle primaire par D. Winnicott. Ceci caractérise le comportement que la mère va développer pour répondre à son bébé, pour savoir ce dont il a besoin. C'est ce que l'on appelle l'identification projective. Il s'agit d'un état d'hypersensibilité développé par la mère au cours des dernières semaines de grossesse pour percevoir les intérêts de son enfant. De plus, la grossesse est un état régressif : elle va permettre une réactualisation des conflits passés, des traumatismes et des deuils aboutissant à un processus de maturation. Il y aura une identification à sa propre mère, la future mère va prendre en quelque sorte la place de sa propre mère. Une réconciliation sera possible. Des changements familiaux vont également accompagner la grossesse : la mère va devenir grand-mère... Le modèle familial intervient dans la construction du rôle de parent. Toutefois, de nos jours, du fait d'un éloignement géographique et de la contribution à la vie active, il est parfois difficile à la famille d'être encadrante pour ces nouveaux parents (9,10).

Le futur père va accompagner, soutenir la grossesse à condition que la future mère reconnaisse le père dans sa fonction parentale future. Le désir d'enfant naît des deux parties : il va y avoir une évolution du couple conjugal au couple parental. On peut parler de projet d'enfant (8,11). A l'instar de la mère, le père peut lui aussi rencontrer une réactualisation de conflits passés. Il peut également se placer en rivalité avec son propre père et il n'y aura pas de réconciliation comme chez la mère. Il va développer un comportement protecteur envers le futur enfant et sa conjointe. Le phénomène de couvade prénatale, qui consiste à prendre du poids, aurait pour but de soulager la future mère (5,12).

En tout cela, la grossesse est à la fois un processus et un état qui permettent aux futurs parents de se préparer à l'arrivée de l'enfant.

1.1.2 LE FŒTUS : UN NOUVEL ETRE EN DEVENIR

Durant la grossesse, l'embryon va se développer pour devenir fœtus. On ne parle pas encore de nouveau-né ou de bébé. Toutefois, dans nos sociétés, le fœtus est investi de plus en plus tôt de part une diminution de la mortalité infantile et une programmation de la grossesse qui devient un désir. Cet investissement va par exemple se traduire par un choix du prénom très précoce. Il est très courant que le prénom soit attribué bien avant la naissance. Dans les cas d'interruption médicale de grossesse ou de mort fœtale in utéro, ce choix de prénom est très souvent présent et permet ainsi une reconnaissance du fœtus. Il faut aussi mentionner le fait qu'avec les progrès techniques et médicaux, le fœtus et ses capacités sont de plus en plus connues, notamment le développement de ses compétences sensorielles. Tous les sens du fœtus sont présents durant sa vie intra-utérine, c'est ainsi que certains parents font écouter de la musique à leur enfant in utéro. Parmi les évolutions techniques, l'échographie peut être évoquée, elle va permettre un dépistage anténatal de masse des malformations. Le sexe de l'enfant va pouvoir être connu. Et l'échographie trois dimensions (3D) et quatre dimensions (4D) rend même possible l'obtention de photographies de son futur enfant (13). Malgré tout cet investissement et la reconnaissance très précoce du fœtus, d'un point de vue légal, celui-ci n'est pas considéré comme une personne humaine. Son statut reste controversé. Néanmoins, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit un terme de viabilité à 22 semaines d'aménorrhées et un poids de 500 grammes. Il est possible dans le cas d'une perte fœtale, de réaliser une déclaration à l'état civil de l'enfant-né sans vie dès 15 semaines d'aménorrhée (11,14).

Grâce à cet investissement, durant toute la grossesse, ce fœtus va devenir ce que l'on appelle l'enfant imaginaire se composant de l'enfant fantasmatique, de l'enfant rêvé, de l'enfant narcissique, et de l'enfant mythique ou culturel. L'enfant fantasmatique correspond aux projections des représentations, des scénarios que possèdent les parents, dans une logique de transmission intergénérationnelle. Il appartient à l'inconscient. L'enfant rêvé est l'enfant qui provient des désirs des parents. Il intervient plus tardivement dans la grossesse. C'est une forme d'idéal. Au fil de la grossesse, cet enfant rêvé va se rapprocher de l'enfant réel qui va naître. Parfois, cet écart reste trop important ou se restreint trop, ce qui va entraîner une déception de la part des parents. L'enfant narcissique rassemble les espoirs et les attentes des parents. Il va devoir

rattraper les regrets et frustrations des parents. Enfin l'enfant mythique et culturel va dépendre de chaque société. Dans notre société, il est précieux, car le nombre d'enfant par femme a diminué, et se doit d'être parfait du fait du développement du diagnostic pré et périnatale. Il va devoir être autonome rapidement du fait de la reprise du travail de la mère. L'ensemble correspond à l'image que les parents vont se faire de l'enfant mais à la naissance, l'enfant réel va naître (10,12).

Le lien entre le futur enfant et ses parents va se construire entre le quatrième et le septième mois de la grossesse, et va se poursuivre durant les premières années de vie. Selon E. Badinter, il n'y a pas d'instinct maternel mais une construction de l'amour. La notion d'attachement prénatal est apparue dans les années 1980 et renvoie au lien de la mère à l'enfant. Il concerne les comportements, les pensées que la future mère va développer envers le fœtus et l'enfant en devenir. Il s'agit d'une démarche cognitive : elle va se représenter les interactions et les scènes qu'elle aura en donnant des caractéristiques à son enfant. Cet attachement intervient assez tôt dans la grossesse et se développe lors de la grossesse. Il est à différencier de l'attachement que les parents vont développer à la naissance de cet enfant. Tout au long de la grossesse, le statut du fœtus va également évoluer : il sera un sujet interne psychiquement et physiquement puis un sujet physique qui va commencer de s'extérioriser psychiquement jusqu'à la naissance (5,10).

La grossesse prépare les parents à découvrir ce fœtus investi et imaginé par un attachement prénatal. Mais c'est à la naissance que la rencontre a lieu.

1.1.3 A LA NAISSANCE : RENCONTRE ENTRE LES PARENTS ET L'ENFANT

La relation entre la mère et son bébé qui va se construire à la naissance, en présence du père, reste marquée par la grossesse psychique. Celle – ci jusqu'à présente virtuelle va devenir réelle. C'est à ce moment que les premières interactions vont avoir lieu. L'interaction est un terme qui définit la relation active entre le parent et le bébé. L'archétype des interactions répond à ce que l'on appelle un pattern, un modèle interactif (10).

Il existe six types d'interactions :

- Les interactions biologiques qui concernent les échanges de fluides biologiques comme lors de l'allaitement maternel.
- Les interactions comportementales, avec par exemple le contact tactile, lors du portage de l'enfant par son parent.
- Les interactions affectives ou émotionnelles qui ne se mettent pas en place dès la naissance mais nécessitent un système de signaux qui vont engendrer des réponses. Les signaux et leurs réponses correspondent à l'état émotionnel de leur émetteur. Les réponses peuvent se faire sur un mode immédiat, différé, amplifié ou atténué, unimodale ou multimodale selon le canal de communication. C'est lors de ces interactions que l'accordage affectif naît.
- Les interactions fantasmatiques font références aux fantasmes en tant que représentations et affects des parents, puis de l'enfant. Ceux de l'enfant ne vont se développer que dans un deuxième temps. L'accordage affectif se fait lors de la rencontre entre les deux entités. Par exemple, la mère est marquée par une image masculine particulière correspondant à son père, elle va avoir tendance à réaliser certains comportements envers son fils pour lui transmettre cette vision du masculin. Une forme de transmission inter et transgénérationnelle intervient.
- Les interactions pré et proto-symboliques se réfèrent à des actions que l'enfant va faire et que les parents vont interpréter. Lorsque l'enfant serre le doigt du parent sous l'effet du réflexe d'agrippement, ceci va être interprété comme la reconnaissance de son statut par le parent.
- Les interactions culturelles et mythiques sont en miroir des normes sociétales et vont influencer le comportement du parent envers son enfant.

Ces différents modes d'interactions entre le parent et l'enfant vont permettre la mise en place du lien parent-enfant (10).

Pour comprendre le lien mère-enfant, il faudra décomposer ce lien du point de vue des deux intervenants. Du côté de l'enfant, on va parler de l'attachement, défini par J. Bowlby. L'attachement est un lien permanent et rassemble tous les comportements que l'enfant va mettre en jeu pour assurer sa sécurité et la proximité physique de sa mère. Ces comportements auront une fonction de protection et de sociabilisation. La réponse à

ces comportements de la part de la mère est la réponse à un besoin. On distingue quatre types d'attachement :

- L'attachement sûr ou sécure où l'enfant est en situation de confiance, il sait que le parent est disponible pour répondre si un danger se présente.
- L'attachement anxieux, ambivalent dans lequel l'enfant n'est pas certain de la réponse et de la disponibilité du parent. Il va alors développer une angoisse de séparation.
- L'attachement angoissé, évitant où l'enfant attend d'être repoussé, il n'a pas confiance en sa figure d'attachement.
- L'attachement désorganisé dans lequel l'enfant est perdu, il n'a pas de repère(5).

Une étude menée dans le centre hospitalier Charles Parrens de Bordeaux par F.Boyer-Panos, docteur en psychologie, a montré que l'attachement insécure, qui rassemble tous les types excepté l'attachement sécure, est un facteur de vulnérabilité aux troubles anxieux et dépressifs et aurait également un impact sur les difficultés relationnelles ultérieures (15). Ceci montre donc l'importance de l'attachement sur le développement futur de l'enfant.

Les comportements d'attachement peuvent se décomposer en comportement de signal et comportement d'approche. Les comportements de signal permettent à l'enfant de capter l'attention de la mère et les comportements d'approche permettent une proximité physique. Au cours de la première année de vie de l'enfant, ces comportements d'attachement vont se mettre en place avec différentes personnes, qui seront appelés figure d'attachement. La figure d'attachement offre le réconfort et la sécurité à l'enfant, dans une situation de détresse. De la naissance au troisième mois de vie, il n'y a pas de figure d'attachement particulière, même s'il s'agit souvent de la mère. Du troisième ou sixième mois de vie, il va y avoir la mise en place de figure d'attachement familière envers qui l'enfant va principalement interagir. Il va y avoir une distinction entre la figure étrangère et la figure familière. La fin de ce processus va intervenir vers la troisième année de vie. L'enfant va progressivement se détacher de sa figure familière d'attachement pour gagner son indépendance (16).

Du côté de la mère, il va y avoir deux types de relation avec l'enfant. Le bonding caractérise le lien qui s'instaure dans les premières semaines de vie, avec l'enfant (12). Il renvoie à la composante affective à l'inverse du caregiving qui englobe tous les comportements que la mère va développer envers son enfant pour répondre à ses

besoins, le maintenir en sécurité et à proximité physique et psychologique. L'enfant, en tant qu'être vulnérable, est en position de détresse et le caregiver se rend disponible pour le rassurer (17). Le bonding lui renvoie au premier contact dans les premiers instants lorsque, juste après la naissance, le bébé est posé sur le ventre de la mère, et qu'une première relation s'établit. Cette étape serait primordiale pour un bon établissement de la relation future. Mais cette définition a connu des réorientations à cause de l'implication du père et l'apparition d'études qui montrent que le peau à peau n'a pas plus d'effet bénéfique que lorsque l'enfant est habillé sur sa mère. Par conséquent, cette théorie du bonding demeure malgré tout controversée (12,18).

L'accouchement et la naissance symbolisent le deuil de la grossesse pour la mère, la fin de plénitude, de la relation fusionnelle avec l'enfant. Dans le cas d'un premier enfant, la naissance va s'accompagner de la perte de son statut de fille et d'épouse. Quant au père, il prend une place de plus en plus importante. Il va séparer le bébé de sa mère en coupant le cordon ombilical. Il est de plus en plus présent pour soutenir sa compagne et accueillir l'enfant. C'est lui qui va représenter le lien avec le monde extérieur. La fonction du père est principalement symbolique. Le terme de triade père-mère-enfant est plus souvent utilisé (10,19).

A partir de la naissance, l'enfant va devenir un sujet physiquement externe mais psychiquement interne pour devenir au final un sujet totalement externe. La naissance se caractérise donc par la rencontre de trois être qui vont devoir chacun s'ajuster aux autres. Le terme d'ajustement réciproque pourra être employé : les parents s'ajustent aux besoins de l'enfant en utilisant leurs références et il en est de même pour l'enfant.

1.2 DEVENIR PARENTS : LA PARENTALITE

1.2.1 QUELQUES DEFINITIONS AUTOUR DE LA PARENTALITE

Le désir de l'enfant fait naître chez le parent le processus psychologique du « devenir parent ». Ce concept apparaît dans les années 1960 en France, sous l'influence du psychiatre P-C. Racamier. Il s'agirait d'une étape dans le développement de l'adulte. La parentalité se conçoit comme un développement psycho-affectif, du point de vue psychanalytique et fait référence au « parenthood » (condition de parent). C'est une

notion acquise dès l'enfance, qui s'active à l'adolescence et se réactualise à l'arrivée de l'enfant (1,10).

La parentalité s'organise autour des besoins de développement de l'enfant, qui regroupent les soins physiques, la vie affective et la vie psychique et entraîne la mobilisation des ressources et des capacités parentales dans un contexte familial influencé par des facteurs environnementaux. Dans cette constatation, la parentalité peut être considérée comme un ensemble de fonctions sociales. Elle se traduira plutôt par « parental » (avoir le rôle de parent) (1).

D'un point de vue juridique, la parentalité n'intervient que dans le contexte de coparentalité, en tant qu'exercice de l'autorité parentale. Le terme de parenté sera préféré. La parenté désigne les liens d'alliance, de filiation et de consanguinité organisant la structure familiale. Dans notre société, historiquement, c'est le père qui marque la filiation par le don du nom. La filiation peut se décomposer en filiation biologique et filiation juridique. La première renvoie aux liens qui attachent les parents à leur descendance. C'est le lien du sang, le patrimoine génétique. La filiation juridique est instituée par les lois, elle fait naître chez les parents des droits et des devoirs (1).

Dans le domaine psycho-éducatif, la parentalité fait référence aux capacités parentales, au « parenting » (assurer les soins et l'éducation de l'enfant). La définition de la parentalité est très large et varie selon les domaines (1).

D.Houzel propose lui une définition de la parentalité selon la clinique. Il développe trois aspects : l'exercice, l'expérience et la pratique. L'exercice de la parentalité tombe dans le domaine de la filiation juridique et désigne les droits et les devoirs des parents au sens juridique du terme. L'expérience de la parentalité concerne la part affective, subjective, c'est le sentiment de se sentir parent. Quant à la pratique de la parentalité, elle est mise en place au quotidien et est observable lors des soins, des interactions entre autre (10,19).

Ainsi, la parentalité englobe la maternalité, le « devenir mère » et la paternalité, le « devenir père ». Ces deux concepts vont trouver écho dans les concepts de maternalisation et de paternalisation. Ces deux termes renvoient à l'idée de parentalisation : ce terme regroupe l'influence positive d'un parent et de l'enfant sur le rôle parental de l'autre parent. En effet, la structure père-mère-enfant est décrite comme une triade au sein de laquelle il existe des dyades + un : bébé + mère/père, bébé +

père/mère, mère + père /bébé. C'est dans ce nid triadique que naît l'enfant. Ce dernier est construit durant la grossesse par les deux parents. Il s'agit d'une image pour représenter le contenant psychique dans lequel l'enfant va se développer. Ce nid se compose de l'histoire de chacun des parents. Au sein de cette triade, le concept d'alliance repose sur la participation, l'organisation, la focalisation et le contact affectif. Ce sont les quatre conditions qui vont servir de base à la mise en place des relations, des interactions. Lors de la maternité, il y a une réactivation des conflits et une identification forte. C'est alors que le père intervient comme soutien à la mère, contenant des angoisses, médiateur de la relation mère-enfant et représentation de la figure paternelle. Le père va se montrer heureux et exprimer sa gratitude à sa compagne. Ceci va renforcer le sentiment de compétence chez la mère. Ce comportement correspond à la maternalisation par le père. En ce qui concerne la paternalisation par la mère, une réactivation de la relation avec sa propre mère va avoir lieu. D'un point de vue narcissique, le père va aussi avoir besoin d'une reconnaissance par la mère, de sa place de père et de son implication dans le développement de l'enfant. La mère aura, comme le père dans la maternalisation, un rôle de soutien à jouer. Enfin en ce qui concerne l'enfant, le nouveau-né est le déclencheur de la parentification, la création de l'identité de parent. Avec ses capacités et sa présence, il va adopter des comportements de signalement émotionnel. Il ne va pas interagir de la même manière avec chaque parent. L'attachement ne va donc pas se faire de la même manière. En conclusion, la construction de la parentalité est complexe et fait intervenir trois acteurs qui vont interagir entre eux (10,20).

Devenir parent nécessite une adaptation fonctionnelle, un changement de manière de faire pour répondre aux nouvelles exigences de la situation. Devant toute nouvelle situation, l'individu évalue la situation puis mobilise ses ressources pour s'y adapter. Cette réaction est appelée « coping ». Il s'agit d'un processus dynamique et évolutif. Pour gérer cette situation, différentes stratégies peuvent être mises en place : la modification du problème et la recherche de solution, la régulation des émotions ou la recherche de soutien social. Des facteurs vont influencer ce processus d'adaptation : la personnalité, le vécu, le comportement, l'entourage, les connaissances, les représentations du sujet ... Le coping peut donc s'appliquer lors de l'arrivée d'un enfant. L'échelle Perinatal Coping Strategie Inventory (PCSI) met en avant les

différents comportements adoptés par les parents : éviter de penser au problème/se décourager/regretter, mobiliser ses ressources internes, positiver/relativiser, planifier/anticiper/rechercher de l'information, demander de l'aide à son entourage, suivre les conseils des professionnels. Cette adaptation va permettre la création de la notion de compétence parentale. La compétence est une aptitude, une capacité (5). Huit compétences parentales existent :

- La réponse aux besoins de base de l'enfant
- L'engagement affectif
- L'adoption d'une attitude positive envers l'enfant
- La reconnaissance de l'enfant comme sujet
- L'emploi pertinent du rôle parental
- L'établissement du cadre de vie
- L'établissement de la sociabilisation
- La réponse aux besoins intellectuels et éducatifs de l'enfant (21).

Un parent peut être capable de remplir ses compétences, mais parfois il ne se sent pas un bon parent, pas à la hauteur des objectifs qu'il s'est fixé. Cette notion est le sentiment de compétence, l'auto-efficacité. Ce sentiment n'est pas linéaire, il peut subir des changements. Il est influencé par l'expérience vécue, le modèle de référence, le feed-back des personnes significatives et l'état physiologique et émotionnel. Se sentir un bon parent est de meilleur pronostic pour l'instauration du lien mère-enfant, le bien être, et l'adaptation au rôle parental (5).

La parentalité est un terme complexe à définir avec de nombreuses facettes, selon les domaines où elle intervient. Elle permet de devenir parent, d'obtenir des compétences parentales et un sentiment de compétence. Mais la parentalité n'est pas exercée de la même manière à travers le temps et l'espace.

1.2.2 LA PARENTALITE A TRAVERS L'HISTOIRE ET LE MONDE

Au cours de l'histoire, la parentalité a connu des bouleversements, notamment les rôles et les positions dans le couple. La femme s'est émancipée, elle travaille à présent et est investie dans sa carrière professionnelle, elle ne dépend plus de l'homme. Quant à l'homme, il est plus impliqué dans la vie de famille. Il partage l'autorité parentale. Au sein du couple, le mariage n'est plus un passage obligatoire pour la légitimation du

statut parental. L'amour est devenu le pilier du couple. La reproduction, la transmission des gènes ne sont plus les finalités du couple. Devenir parent est devenu un choix. Grâce au développement et à la généralisation de la contraception, les couples peuvent décider de la période de procréation. Et lorsque la grossesse survient alors qu'elle n'est pas désirée, l'interruption volontaire de grossesse laisse encore le choix à l'individu. A contrario, avec le progrès médical et les techniques d'aide à la procréation, il est permis à des couples, qui ne l'aurait pas pu auparavant, de devenir parent (22). Actuellement, il y a un désir de grossesse avant le désir d'enfant.

En parallèle de ces changements, des nouvelles formes de parentalité ont vues le jour. En effet, le divorce est devenu plus courant. Il concerne une famille sur trois. A l'origine, seul le décès d'un des membres du couple mettait fin au mariage et entraînait la création d'une nouvelle structure familiale avec un beau-père ou une belle-mère. Il y avait alors un remplacement d'une figure parentale par une autre. Dans le cas des familles recomposées, il y aura coexistence de plusieurs figures et une dissociation du couple conjugal et du couple parental. La coparentalité est exercée. Le lien biologique et la dimension affective coexistent. Dans cette même logique, l'adoption ne fait pas intervenir le lien de filiation biologique. Elle est une alternative à la procréation. Le mouvement psychique qui se déroule lors de l'adoption est le même que dans le cas de la parentalité naturelle mais là l'histoire antérieure de l'enfant va souvent influencer ce phénomène. Il peut en être de même avec la non ressemblance physique. Une autre forme de parentalité existe : l'homoparentalité sans différenciation des rôles sexués des deux parents. Les couples féminins donnent plus facilement naissance à une famille grâce au don de gamètes. La gestation pour autrui permet d'envisager une grossesse chez les couples masculins. La question du développement de l'enfant, de son orientation sexuelle reste sujette à controverses, dans ce type de parentalité. Enfin la monoparentalité désigne une famille avec un seul parent. Historiquement, il s'agissait des filles-mères et des veuves. De nos jours, le parent seul est principalement la mère, soit parce que le père est parti, soit par véritable choix. Par une évolution de la société, la parentalité est très diversifiée (12,22).

A l'échelle du monde, la parentalité n'est pas exercée de la même manière. En exemple, le peuple Kongo est une ethnie du Congo. Dans cette société, c'est la mère qui

va donner la parenté, la filiation. Pour ne pas tomber dans l'inceste, cette société a cherché à s'ouvrir aux autres cultures à la recherche du père dans un but de reproduction. L'oncle maternel va lui devenir la figure paternelle de référence. Le père réel doit par contre assumer les besoins matériels et financiers de la mère et de ses enfants (23). Chez les Nuers, une ethnie originaire du Haut Nil, tous les enfants dont la femme va accoucher seront considérés par son mari comme ses propres enfants, même s'ils ne sont pas ses enfants biologiques. Autre cas de figure chez les Nayar, en Inde, où les fonctions paternelles sont décomposées en plusieurs individus : le père symbolique, appelé « père », est l'homme qui a donné à la femme le statut de procréer ; le père biologique qui ne vit pas forcément avec la femme ; et le père nourricier, généralement l'oncle maternel, qui possède l'autorité parentale. Actuellement, avec les flux migratoires de plus en plus importants, les différents modèles de parentalité s'entremêlent et peuvent entrer en conflit les uns avec les autres (24).

La parentalité a évolué dans notre société. Il existe à présent différents types de parentalité dans une société donnée, comme il existe aussi de nombreuses sociétés. Malgré une multitude d'expression, la parentalité demeure une étape clé qui présente des risques.

1.2.3 LA PARENTALITE A RISQUE

La parentalité va se développer notamment dans la période périnatale, allant de la vingt-huitième semaine d'aménorrhée au septième jour de vie post-natale. Cette période expose les nouveaux parents à de nombreux facteurs de stress. Grâce à des échelles, des facteurs de risque ont été mis en évidence. Pour la période prénatale, il s'agit de risques médicaux et obstétricaux, de la santé du fœtus, des changements psychosociaux liés à la grossesse, et des projections vis-à-vis de l'accouchement. Le comportement du bébé, le déroulement de l'accouchement, la fatigue, l'allaitement et la relation aux soignants vont, quant à eux, influencer sur la période post-accouchement. Le post-partum désigne la période allant de l'accouchement au retour de couches. Elle dure environ 6 à 8 semaines. Durant cette période, la fatigue, l'organisation, la relation au bébé, le rapport au corps, l'alimentation de l'enfant, les projections futures et les relations au partenaire sont les facteurs de stress ; qui peuvent entraîner une augmentation de l'anxiété, du risque de dépression post-natale, avoir un impact sur les relations avec l'entourage, sur

les compétences parentales (25). Même sans risque surajouté, la parentalité est donc fortement exposée à des facteurs de stress qui pourront avoir des répercussions sur entre autre, sur le développement de l'enfant (5,19).

La grossesse et la naissance exposent à des risques psychiques. La naissance est considérée comme un traumatisme pour 20 à 30 % des femmes, et va pouvoir occasionner un syndrome de stress post traumatique, retrouvé dans 1,7 à 5,6 % des cas. Le syndrome de stress post-traumatique est un état durable de tension et d'anxiété durant lequel l'évènement traumatique est sans cesse revécu. Ce traumatisme va perturber la bonne instauration du lien parent-enfant. Le vécu de l'accouchement a donc une réelle importance. Le deuxième phénomène est l'anxiété périnatale. Cette anxiété est retrouvée dans un contexte sans danger. Il faut prêter attention à celle-ci afin qu'elle n'évolue pas en troubles anxieux, qui représentent environ 33 % des cas. Cette anxiété va entraîner des difficultés d'adaptation au rôle de parent, durant la grossesse ; des modifications du maternage, paternage et une altération du lien en post-natale. La dépression périnatale concerne 12 à 19 % des nouveaux parents. Elle se définit comme un état de tristesse, d'irritabilité, avec une asthénie, des troubles de sommeil, une anorexie, un manque d'intérêt. Pour ce qui est de la dépression anténatale, elle entraîne une perception négative de la grossesse. Des facteurs de risques existent : les facteurs sociaux, la survenue d'un évènement défavorable, le soutien social, l'enfance, la présence de pathologie médicale chronique et le tabac. Très souvent, la dépression prénatale entraîne une dépression post-natale. Cette dernière est plus importante du dixième jour à la première année de vie avec une grande prévalence au troisième mois de vie. Elle est à différencier du baby blues qui est un état transitoire avec une humeur labile et des pleurs. Il s'étend de quelques jours en post-natal à une à deux semaines plus tard (26). Ces dépressions déclenchent plus de retards cognitifs, de troubles du comportement et de troubles de la personnalité chez le bébé car il y a un dysfonctionnement de l'attachement. La dépression de l'un des deux parents affecte également le stress de l'autre parent. Le dernier risque concernant les parents est le faible sentiment d'auto efficacité parental, faible sentiment de compétence parentale. Les parents, surtout dans un contexte de primiparité ne se sentent pas à la hauteur, se sentent dépassés. Il est primordial de prévenir ce type de pensée car c'est un facteur de risque de maltraitance (5).

Si les risques psychiques développés ci-dessus concernent tous les parents, parfois un sur-risque vient s'ajouter. Durant le post-partum, les troubles de la thyroïde, l'anémie due à une hémorragie ou un allaitement compliqué entraînent une humeur triste et une asthénie. Certains modes d'accouchement comme les modes instrumentaux peuvent être à l'origine de mauvais vécu (26,27). Par exemple, une césarienne chez la mère est une situation fragilisante pour l'établissement des premiers liens. En effet, la mère peut avoir un ressenti négatif de cette situation : elle peut percevoir la césarienne comme un échec, se sentir coupable. Du fait de l'intervention, elle est moins disponible pour son enfant et dans de moins bonnes conditions à cause de la douleur et de l'asthénie. Une étude menée dans le centre hospitalier universitaire de Besançon par E. Belliot a montré que les patientes césarisées présentent plus fréquemment des difficultés d'interaction. Une pathologie de la naissance va donc entraîner une plus grande vulnérabilité de la mère (28).

Quelque fois, le risque ne provient pas du côté des parents mais de l'enfant en lui-même, comme c'est le cas de la prématurité ou des malformations. La prématurité nécessite souvent une séparation précoce des parents avec l'enfant du fait de la nécessité de soin, un isolement de l'enfant du fait de la surveillance qu'il nécessite. Ceci va donc affecter la relation et le processus de parentalité (29). Dans une étude menée sur des prématurées par M. Ibanez en 2003, une relation entre la dépression maternelle durant la première année de vie et des relations d'attachement moins sécurisées que chez l'enfant à terme a été mise en évidence. Les parents ont souffert du risque vital de leur enfant à la naissance (30).

Avec une multitude d'expressions, la parentalité est donc un processus complexe qui présente risque. Les risques proviennent aussi bien du côté des parents, que du côté de l'enfant. C'est pourquoi il est intéressant de replacer ces notions dans le contexte actuel du post-partum.

1.3 LA PARENTALITE : LE CONTEXTE ACTUEL

1.3.1 LA PARENTALITE : UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE

La grossesse, la maternité, la famille qui faisaient partie jusque-là de la sphère privée, deviennent des enjeux publics. Devenu une préoccupation publique, l'appui à la fonction parentale peut se subdiviser en éducation parentale et en soutien à la parentalité. L'éducation parentale rassemble plutôt des interventions de type éducatives. Le but de ses actions est d'apporter de nouveaux savoirs et compétences aux parents. Alors que le soutien à la parentalité est une approche de l'éducation pour la santé. Dans ce dernier cas, l'objectif est d'obtenir une maîtrise des compétences parentales par les parents (31). La démarche d'Education Pour la Santé (EPS) vise à promouvoir la santé des femmes et de leur enfant (32). L'EPS s'inscrit dans le cadre de la prévention universelle, destinée à toute la population (33).

Un cadre juridique fait aussi son apparition. Comme détaillé précédemment, les troubles de la parentalité peuvent avoir des effets sur le développement futur de l'enfant or la réforme de la protection de l'enfant mentionne « *L'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant.* » (Art L112-4 de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 qui réforme la protection de l'enfance) (34). Parmi les droits de l'enfant développés dans la convention internationale des droits de l'enfant, d'après l'United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), les droits d'avoir une famille, d'être entouré et d'être aimé sont mentionnés (35). C'est ce droit qui intervient lors du processus de parentalité.

D'autre part, la reconnaissance de la dimension affective de la grossesse et de la naissance fait son apparition dans la circulaire DHOS/DGS/O2/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité. Cette circulaire se base sur trois objectifs : le travail en réseau, la formation des professionnels et la mise en place de missions pour les personnes spécialistes du domaine psychique en maternité (36).

La loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 qui réforme la protection de l'enfance ainsi que la circulaire DHOS/DGS/O2/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité, mettent l'accent sur la prévention. Il est notamment indiqué la mise en place d'

« actions médico-sociales préventives et de suivi assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressées et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations » (art L. 2112-2) (34,36).

La prévention en santé publique revêt trois définitions, d'après le ministère de solidarité. La prévention primaire rassemble *« l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire [...] les risques d'apparition des nouveaux cas »*. Pour la prévention secondaire, il s'agit de *« diminuer la prévalence d'une maladie dans une population »*. La prévention tertiaire a but de *« réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie »* (33).

Le plan de périnatalité 2005-2007 fait apparaître le terme de sécurité émotionnelle de la mère. Il s'articule autour de l'entretien individuel du quatrième mois, de la prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance et du développement des réseaux en périnatalité (37). En effet, il y a un cloisonnement du domaine médical et du domaine psychologique. Mais avec l'émergence de la notion de sécurité émotionnelle, une collaboration devient nécessaire, qui passe par une notion de continuité et de cohérence des soins. Pour assurer cette sécurité, il faudra dépister les situations de vulnérabilité. C'est à ce niveau qu'intervient l'entretien psycho social du quatrième mois (38). Le dépistage des situations de vulnérabilité est une action de prévention secondaire car il s'agit de détecter la présence de facteur de risque.

Enfin d'un point de vue des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur les enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissements de santé, il faut veiller à l'instauration d'un lien de bonne qualité entre la mère et l'enfant en maternité ou en néonatalogie. Concernant cette prise en charge, les recommandations sont :

« - Identifier les facteurs de risque de maltraitance.

- Assurer la détection et la prise en charge des troubles du post-partum et des femmes suivies en psychiatrie (soins de répit, etc.).

- Former le personnel à la détection des troubles de la relation mère-enfant et aux soins de développement (parents partenaires, limitation du bruit, de la lumière, etc.).

- Détecter les difficultés d'instauration de la relation mère-enfant et mettre en place des actions pour favoriser cette relation. »(39).

L'enjeu de santé publique repose sur une prise en charge de bonne qualité et précoce de la relation parents-enfant et une prise en compte de l'aspect psychique de la grossesse.

1.3.2 LE SOUTIEN SOCIAL EN PERINATALITE

La périnatalité est une période charnière pour le futur développement de l'enfant, de la famille et du couple. C'est une période de profonds bouleversements, qui vont aboutir à la construction du rôle parental. Il a été démontré que la prise en charge psychologique diminue le risque de dépression postnatale, augmente le sentiment d'auto efficacité parentale, de compétence parentale (40). L'accompagnement de cette période revêt donc une grande importance. Il existe différents types d'interventions en périnatalité comme les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, les visites à domiciles en pré ou post-natales. La prise en charge peut être globale ou portée sur un aspect particulier. Comme il existe différents niveaux d'actions, différents acteurs vont intervenir (5).

Le soutien social possède différents aspects : le réseau social, le soutien effectif et le soutien perçu. Le réseau social est le maillage qui se met en place autour des parents et de l'enfant, allant de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) au suivi lors du retour à la maison par le médecin traitant. Le soutien effectif correspond au soutien tel qu'il est dans la réalité. Et le soutien perçu se réfère à une perception qu'à l'individu du soutien. D'autre part, le soutien effectif peut se différencier en quatre composantes : le soutien émotionnel, le soutien informatif, le soutien d'estime et le soutien matériel. Le soutien émotionnel fait référence à la rassurance, au réconfort que le parent peut recevoir. Les informations données, les conseils sont relatifs au soutien informatif. Le renfort

d'estime de soi est le principe du soutien d'estime. Le dernier type de soutien est le soutien matériel : c'est un type de soutien concret (5).

Le soutien à la parentalité consiste à aider les parents en les informant, en les écoutant et en mettant à leur disposition des services et des moyens leur permettant d'assumer leur rôle éducatif. Il s'agit de les encourager dans leurs compétences parentales, de développer les échanges entre eux, de mettre en œuvre des lieux pour les accueillir et leur proposer des dispositifs d'appui et de médiation en cas de difficulté (41).

Le soutien à la parentalité est un exemple de soutien social en périnatalité. L'enjeu de santé publique est donc le soutien à la parentalité. La parentalité devenant concrète à l'arrivée de l'enfant ; le soutien à la parentalité devient nécessaire en post-partum.

1.3.3 LE CADRE DU POST-PARTUM ET LA PLACE DES SAGES-FEMMES

D'après l'article L4151-1 du code de la santé publique,

« L'exercice de la profession de sage-femme comporte [...] la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant [...]. La sage-femme peut effectuer l'examen postnatal [...]. L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention ainsi que d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse [...] »(42).

La sage-femme est donc un professionnel de santé qui accompagne la mère et l'enfant, dans les suites de couche. Si elle peut suivre la mère au-delà de la période postnatale, par le suivi gynécologique en situation non pathologique; la fin du suivi de l'enfant possède des limites moins nettes. Le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) indique que la sage-femme *« peut assurer le suivi du nouveau – né dans les suites de couche jusqu'à la visite postnatale »*, soit dans les deux mois suivant la naissance, en l'absence de toute pathologie. Au-delà de ces deux mois, la sage-femme est à même de *« dans le cadre du suivi de l'allaitement auprès de la mère, réaliser des actes d'accompagnement aux soins de l'enfant »* (43).

Intervenant durant le post-partum, les sages-femmes sont des professionnels clés de la mise en place de la parentalité. Dans les recommandations sur les séances de PNP publiées par la HAS destinées aux sages-femmes, il est retrouvé l'idée suivante :

« une démarche préventive, éducative et d'orientation dans le système de santé qui vise à repérer précocement les difficultés du couple ; accompagner chaque couple, et en particulier s'il existe une situation de vulnérabilité, par des dispositifs qui préviennent les troubles de la relation parents-enfant ; soutenir la parentalité par des informations et des repères sur la construction des liens familiaux et sur les moyens matériels, éducatifs et affectifs qui permettent à l'enfant de grandir et de favoriser une meilleure coordination des professionnels autour et avec la femme enceinte et le couple, de l'anténatal au postnatal » (44).

D'après ces recommandations, un soutien doit être systématiquement mise en place à la maternité après la naissance. Le but est :

*« - d'accompagner la création du lien parents-enfant (attachement) et plus globalement la construction des liens familiaux ;
- de favoriser le transfert des pratiques parentales du contexte d'apprentissage des séances prénatales à celui de l'arrivée de l'enfant et du retour au domicile ;
- de renforcer la confiance des parents dans leur capacité à s'occuper de leur enfant. » (44).*

Deux séances postnatales, entre le huitième jour et la visite postnatale, sont prises en charge. Elles doivent être ajustées aux besoins de la femme et du couple. Néanmoins, ces deux séances sont faiblement rémunérées. Ceci est un obstacle à leur réalisation (45,46). Leurs objectifs sont ainsi définis :

*« - compléter les connaissances, d'accompagner les soins au nouveau-né, de soutenir la poursuite de l'allaitement ;
- favoriser les liens d'attachement ;
- s'assurer du bon développement psychomoteur de l'enfant ;
- rechercher des signes de dépression du post-partum ;
- ajuster le suivi de la mère et de l'enfant en fonction des besoins, et de soutenir la parentalité » (44).*

De plus, le CNOSF, dans son référentiel métier et compétence, définit la situation « Assurer un suivi mère-enfant dans les suites de couches jusqu'à la visite post-natale ».

Il y est indiqué que l'accompagnement du développement du lien mère-enfant est une mission de la sage-femme

« en identifiant d'éventuelles distorsions du lien et en se référant à d'autres professionnels, en répondant aux questions de la mère et en lui donnant des règles d'hygiène et des conseils d'éducation à la santé, en organisant avec la mère les modalités de suivi de son enfant » (47).

Toutefois, même si la sage-femme tient une place de choix dans le post-partum ; une grande multiplicité des acteurs a été relevée par F. Molénat. Il y a un morcellement du couple, de son histoire, de la naissance et à une spécialisation des intervenants. Ainsi, une puéricultrice de PMI dit intervenir en même temps qu'une assistante sociale et qu'un service éducatif sans avoir de contact entre eux. Cette non collaboration des différents intervenants ne facilite pas le dialogue et la mise en confiance de la patiente. La cohérence doit être maintenue pour que la patiente se sente contenue et que les discours de chaque professionnel aillent dans le même sens (48).

Par ailleurs, pour répondre à un objectif budgétaire, les séjours en maternité se sont raccourcis, il a donc fallu proposer de nouvelles solutions pour accompagner le retour à domicile, et ainsi assurer une prise en charge précoce des mères et des enfants. En parallèle de ceci, la fermeture et la fusion des petites maternités ont entraîné une diminution du nombre de lits en maternité (49,50). Débuté en 2010, le Programme d'Accompagnement de Retour à Domicile (PRADO) propose un suivi à la sortie de l'hôpital en proposant une surveillance clinique de la mère et de l'enfant et un accompagnement de la relation parents-enfant (51). Ce système a pourtant des failles : le professionnel ne connaît pas toujours la patiente préalablement, le temps d'écoute est insuffisant et les modalités d'accès ne sont pas les mêmes selon les territoires (45).

Du côté des patientes, le Collectif Inter associatif Autour de la NaissancE (CIANE), dans son dossier sur la sortie de la maternité et le bien-être des femmes, en 2012, a dénoncé une durée de séjour inadaptée, un manque d'accompagnement et a proposé de personnaliser les suites de couches en prenant mieux en compte les souhaits des femmes et en systématisant le suivi à domicile dans le cadre d'un service unifié (52). Il en est de même pour l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF), qui en 2010, dans son enquête sur la sortie de maternité, révèle un sentiment

d'isolement et un besoin d'information de la part des parents au retour à domicile (53). Par la suite, une étude faite sur le vécu des primipares des événements de la naissance dans le post-partum par C. Razuel à Genève montre que les femmes apprécient le soutien émotionnel et d'estime durant le séjour à la maternité et le soutien matériel lors du retour à domicile. Ces femmes déclarent un manque d'accompagnement dans le post-partum à long terme. Le soutien informatif n'est pas suffisant. L'étude montre un écart devant les contraintes rencontrées par les femmes et les structures mises en place pour y répondre (54). De plus, les dispositifs médicaux proposés au retour à domicile sont mal identifiés par les professionnels mais aussi par les parents (45).

La sage-femme, grâce à ses compétences, tient un rôle majeur dans le soutien à la parentalité dans la période du post-partum. Des dispositifs, témoignant d'une prise en compte des besoins des parents, sont mis en place, comme le PRADO ou les séances postnatales de PNP, mais ils ont leurs inconvénients... Les nouveaux parents réaffirment, de leur côté, leur besoin de soutien et d'accompagnement.

De la conception à la naissance, la grossesse met en avant les transformations psychiques des parents qui seront primordiales pour l'accueil de l'enfant. Dès le désir d'enfant, la notion de « devenir parent » émane : c'est la parentalité. Elle prend tout son sens à l'arrivée de l'enfant dans le post-partum. Ce processus physiologique est un événement à risque. Si des difficultés apparaissent, le développement de l'enfant peut être perturbé. C'est dans ce contexte que la notion de repérage et de prévention prend tout son sens. Le rôle de la sage-femme, en tant qu'acteur de proximité, est majeur : elle doit être disponible, à l'écoute et devra se mettre en collaboration avec d'autres acteurs pour assurer un suivi adéquat à chaque parent.

2 METHODES

2.1 ETUDE ET OBJECTIF(S)

2.1.1 TYPE D'ETUDE, LIEU(X), DUREE

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive transversale pour l'objectif principal et observationnelle à visée étiologique pour l'objectif secondaire. Elle s'est déroulée sur deux mois, de septembre 2017 à novembre 2017, dans le département du Puy-de-Dôme.

2.1.2 OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude était de décrire les pratiques des sages-femmes permettant le repérage de la vulnérabilité et la prévention des troubles de la parentalité, en post-partum.

L'objectif secondaire était d'identifier les facteurs qui peuvent influencer ces pratiques.

2.2 METHODE

2.2.1 PARTICIPANTS

2.2.1.1 Population cible

La population cible de cette étude était les sages-femmes exerçant sur le territoire français.

2.2.1.2 Population source

L'échantillon correspondait aux sages-femmes, exerçant dans le département du Puy-de-Dôme, durant la période de l'étude.

2.2.1.2.1 Critères d'inclusion

Ont été incluses toutes les sages-femmes, exerçant dans ce département, dans une structure hospitalière, en libéral, au sein d'un service de Protection Maternelle et Infantile (PMI), ou dans un Centre de Proximité de Périnatalité (CPP).

2.2.1.2.2 Critères d'exclusion

Ont été exclues deux participants, car leur questionnaire était ininterprétable par manque de données.

2.2.2 METHODE

2.2.2.1 Recueil des données

2.2.2.1.1 Critères évalués

Le critère de jugement principal était la conformité avec les différentes recommandations.

Concernant le repérage des situations de vulnérabilité, il était basé sur les facteurs de vulnérabilité définis dans les recommandations professionnelles sur la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) publiée par la HAS en novembre 2005 (annexe I). (44)

Pour le volet portant sur la prévention, les variables étudiées étaient la création du lien parents–enfant, la prévention de la mort inattendue du nouveau-né, le développement de sentiment de compétence parentale, la mise en place d'un relai, les conseils en matière d'allaitement maternel et les conditions de sortie précoce. Les thèmes des variables étaient extraits des recommandations sources d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles de la HAS sur le soutien à la parentalité lors du séjour en maternité et le retour à domicile durant le post-partum (objectifs 4 à 6 des recommandations en annexe II) (3).

L'accompagnement de la création du lien parents – enfant portait « *sur la connaissance des réactions du bébé par une cohabitation avec lui 24 heures sur 24, un contact physique direct entre le bébé, la mère et le père encouragé précocement* » (3).

La prévention de la mort subite du nouveau-né se référait aux « *conditions de couchage de l'enfant* » détaillées dans les recommandations de la HAS sur la prise en charge de la mort inattendue du nourrisson, datant de février 2007.(55)

Le développement de sentiment de compétence parentale se basait sur « *l'évaluation de degré de confiance des parents* ». (3)

Dans les recommandations, il est fait mention qu' « *un recours devrait être accessible en cas de besoin de soutien ou de difficultés par exemple pour l'allaitement* » (3). Les conseils proposés ont été tirés des recommandations sur l'allaitement maternel,

mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie, publié par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), datant de mai 2002 ((56).

La mise en place d'un relai faisait référence à l' « *information ou mise en relation avec des dispositifs d'aide et de soutien auxquels la mère ou le couple peut recourir en cas de besoins tels que [...] soutien à l'allaitement aide-ménagère* » et au fait que le « *suivi sera adapté en fonction des besoins* » (3).

Enfin la dernière variable portait sur la sortie précoce car un des critères est de « *poursuivre les séances de PNP en période post-natale en cas de sortie précoce de la maternité* » (3). Les critères étaient tirés des recommandations de bonne pratique sortie de la maternité après accouchement, publiée par la HAS, datant de mars 2014 (49).

Pour le critère de jugement secondaire, il s'agissait des facteurs influençant cette prise en charge. Les facteurs étudiés étaient les variables « le sexe », « l'âge », « l'existence d'enfants à charge », « l'année de diplôme », « le mode d'exercice », « le type de maternité » pour le mode hospitalier, « les domaines d'exercice », « l'existence de formation complémentaire dans le domaine de la parentalité », « le début du suivi du couple parents-enfant », « la fin du suivi du couple parents-enfant ».

2.2.2.1.2 *Mode d'intervention*

Aucune intervention n'a été réalisée durant cette étude.

2.2.2.1.3 *Mode de recueil des données et circuit des données*

Les données ont été recueillies à travers un questionnaire, divisé en 2 parties : une reprenant les caractéristiques de la population et une présentée sous forme de cas clinique. Les caractéristiques de la population ont été relevées sous forme de classes. En fin de questionnaire, un espace était laissé libre pour les remarques des sages-femmes concernant le sujet, la formation, la communication au sein du réseau, leur souhait et attente. Le questionnaire est présent en annexe IV.

La présentation sous forme de cas clinique permettait de décrire la prise en charge des sages-femmes, pour représenter leur pratique quotidienne.

Un questionnaire a été envoyé à toute sage-femme exerçant dans le département du Puy-de-Dôme. Les données ont été collectées par l'intermédiaire du logiciel Redcap ou par format papier, par l'intermédiaire des coordinatrices des soins en maïeutique des différentes structures. Les questionnaires papiers ont été distribués aux coordinatrices

par envoi postal ou directement en main propre et ont été récupérés selon le même mode.

2.2.2.1.4 *Codage des données*

Le questionnaire permettait de récolter les données. Les modalités de réponses étaient de cocher ou ne pas cocher les propositions.

Les données ont ensuite permis de créer trois scores de conformité aux recommandations, en fonction des variables. La variable « facteurs de vulnérabilité » composait le score de repérage. Les variables « la création du lien parents – enfant », « la prévention de la mort inattendue du nouveau-né », « le développement de sentiment de compétence parentale », « la mise en place d'un relai », « les conseils en matière d'allaitement maternel » et « les conditions de sortie précoce » définissaient le score de prévention. Chaque score a été créé selon le modèle suivant :

- une réponse « cochée » qui correspondait aux attentes était codée « 1 »,
- une réponse « non cochée », qui correspondait aux attentes était codée « 1 »,
- une réponse « cochée », qui ne correspondait pas aux attentes, était codée « 0 »,
- et une réponse « non cochée », qui ne correspondait pas aux attentes, était codée « 0 ».

Le score de repérage était ainsi codé sur 12, le score de prévention sur 24 et le score total sur 36.

2.2.2.1.5 *Saisie des données*

Les données récoltées par format papier ont été saisies sur le logiciel informatique Recap, par l'auteur du mémoire. Une base de données automatique, à l'aide de ce logiciel, a ensuite été générée, via un tableur Excel®.

2.2.2.1.6 *Contrôle de la qualité des données*

Le questionnaire avait fait l'objet d'une étude pilote auprès de cinq professionnels et étudiants. Suite aux remarques, il avait subi quelques changements de syntaxe et ensuite avait été validé par le directeur de mémoire et le co-directeur de mémoire.

2.2.2.2 Analyse des données

2.2.2.2.1 Tests statistiques utilisés

Tous les tests étaient bilatéraux et une p-value < 5% a été considérée comme statistiquement significative.

Les données étaient présentées sous forme de fréquence et pourcentage associés pour les variables catégorielles et sous forme de moyenne (plus ou moins écart type) et médianes et intervalles interquartile et minimum-maximum pour les variables continues. Toutes les données ont été arrondies au centième près.

L'analyse des scores (repérage, prévention, total) a été réalisée à l'aide du test de Student (comparaison de 2 groupes) ou d'analyse de variance (3 groupes ou plus). La normalité de distribution des variables quantitatives a été évaluée graphiquement et à l'aide du test de Shapiro-Wilk

La corrélation entre le nombre de domaine et les scores a été réalisée à l'aide du coefficient de corrélation de Spearman.

2.2.2.2.2 Logiciel d'analyse utilisé

Les statistiques ont été réalisés avec le logiciel Stata v12.

2.2.2.3 Aspects éthiques et réglementaires

2.2.2.3.1 Avis de comités consultatifs et des personnes référentes

Aucun comité n'a été consulté selon les caractéristiques demandées.

Le chef de service et la sage-femme coordinatrice des soins en maïeutique ont été consultés et ont donné leur accord afin que le questionnaire soit distribué auprès de leur équipe.

2.2.2.3.2 Information et consentement

Chaque participant s'est vu remettre une lettre d'information (annexe III).

2.2.2.3.3 Anonymat

Cela n'a pas été nécessaire car aucune donnée sensible n'a été demandée.

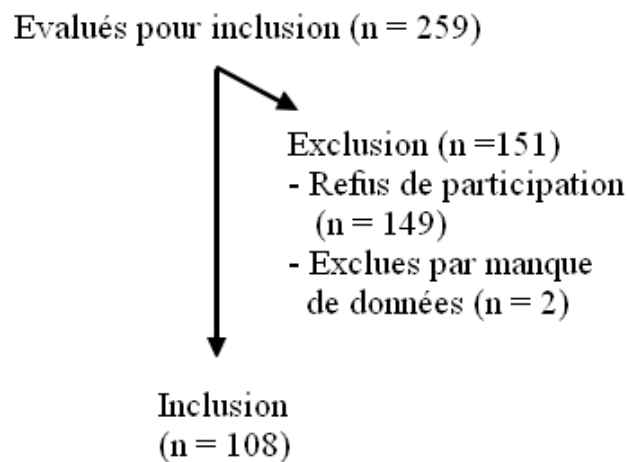
3 RESULTATS

Tout d'abord, un diagramme de flux a été réalisé puis une description de la population de l'échantillon. Pour poursuivre les résultats de cette étude seront décomposés en deux parties : les résultats principaux avec une description détaillée de chaque score et les résultats secondaires.

3.1 DIAGRAMME DE FLUX ET TAUX DE PARTICIPATION

259 sages-femmes ont été recensées par le conseil départemental de l'ordre du Puy-de-Dôme, en juillet 2017. 110 participations ont été enregistrées. 108 ont été retenues comme interprétables. La figure 1 présente le diagramme de flux de cette étude. Le taux de participation pour cette étude était donc de 42 %.

Figure 1 Diagramme de flux



3.2 DESCRIPTIF DE LA POPULATION

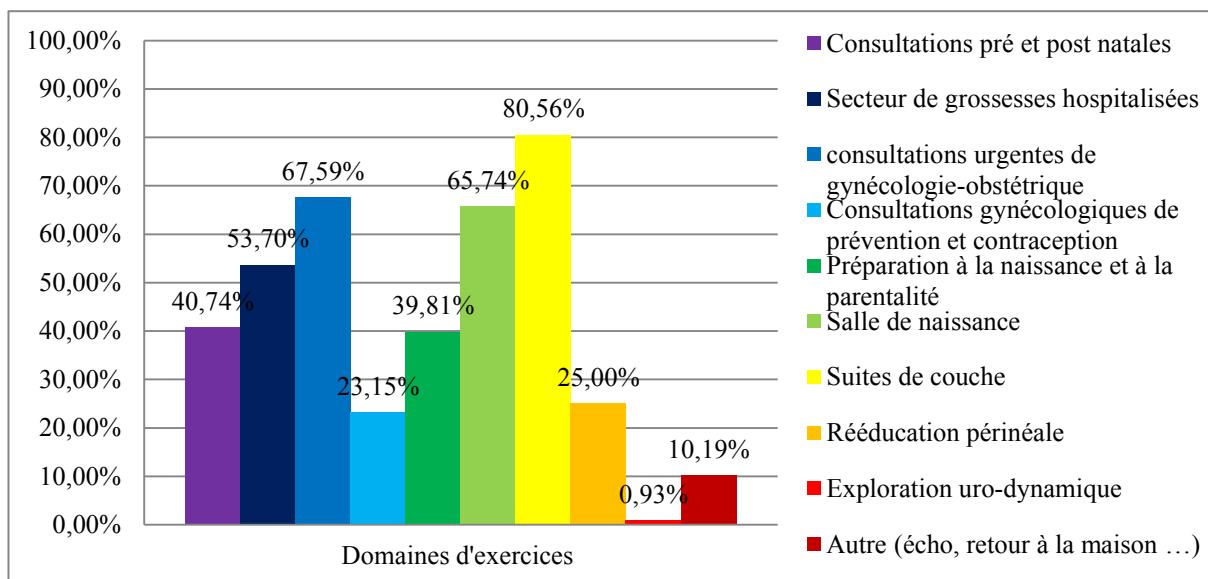
Les caractéristiques de la population de l'échantillon sont présentées dans le tableau I.

Tableau I. Caractéristiques de l'échantillon

Caractéristiques	Effectifs (N total = 108)	Pourcentages (%)
Intervention dans le post-partum (n manquant = 1) :		
- Oui	102	95,33 %
- Non	5	4,67 %
Sexe (n manquant = 1)		
- Homme	5	4,67 %
- Femme	102	95,33 %
Age (n manquant = 0) :		
- 22 – 35 ans	49	45,37 %
- 36 – 45 ans	33	30,56 %
- 46 – 55 ans	18	16,67 %
- 56 – 65 ans	8	7,41 %
- Plus de 65 ans	0	0,00 %
Enfant(s) à charge (n manquant = 1) :		
- Oui	69	64,49 %
- Non	38	35,51 %
Année de diplôme (n manquant = 0) :		
- Entre 1973 – 1985	11	10,19 %
- Entre 1986 – 2001	36	33,33 %
- Entre 2002 – 2003	8	7,41 %
- Entre 2004 – 2011	32	29,63 %
- Après 2011	21	19,44 %
Mode d'exercice : (n manquant = 0)		
- Libéral	18	16,67 %
- Hospitalier (privé ou publique)	81	75,00 %
• Type 1	19	17,59 %
• Type 2	24	22,22 %
• Type 3	38	35,19 %
- Territorial	3	2,78 %
- Centre de périnatalité et de proximité	1	0,93 %
- Libéral et hospitalier	4	3,70 %
- Centre de périnatalité et de proximité et hospitalier	1	0,93 %
Formations complémentaires (n manquant = 2)		
- Oui	17	16,04 %
- Non	89	83,96 %

Les différentes activités exercées par les sages-femmes sont regroupées dans la figure 2.

Figure 2 Histogramme des domaines exercés par les sages-femmes



Les questionnaires ont été distribués sous format papier ou informatique, comme résumé dans le tableau II. Il n'a été retrouvé aucune différence statistiquement significative au sein du mode de distribution.

Tableau II Analyse des scores en fonction du mode de distribution

Type de distribution	Format papier	Format informatique	P value
N total (%) (total = 108)	45 (41,67 %)	63 (58,33 %)	-
Score de repérage	9,00 +/- 1,52	9,48 +/- 1,83	0,16
Score de prévention	17,49 +/- 2,36	17,43 +/- 2,27	0,89
Score total	26,49 +/- 3,17	26,90 +/- 3,11	0.50

3.3 RESULTAT PRINCIPAL DE L'ETUDE

3.3.1 DESCRIPTION DES SCORES

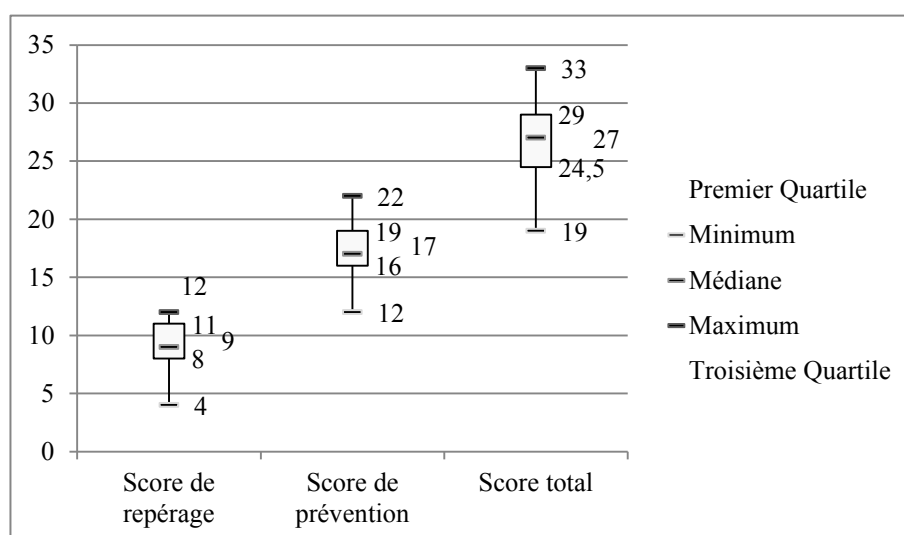
Pour rappel, l'objectif principal était de décrire les pratiques des sages-femmes permettant le repérage de la vulnérabilité et la prévention des troubles de la parentalité, en post-partum. Le critère de jugement était la conformité aux recommandations. Pour cela, trois scores ont été mis en place. Le score de repérage se basait sur l'identification par les sages-femmes des facteurs de vulnérabilité. Le score de prévention consistait à

choisir des conseils ou des actions dans des situations données. Enfin, le dernier score était une réunion des deux précédents. Le score total a démontré une conformité de 74,25 % aux recommandations, en moyenne. Pour le score de repérage, la conformité était de 77,33 % et, celle du score de prévention de 72,70 %, en moyenne. Ces différents scores sont exposés dans le tableau III et dans la figure 3.

Tableau III Description des scores

Scores	Effectif (N)	Moyenne +/- écart-type	Total
Score total	108	26,73 +/- 3,13	36
Score de repérage	108	9,28 +/- 1,72	12
Score de prévention	108	17,45 +/- 2,30	24

Figure 3 Diagramme en boîte des différents scores

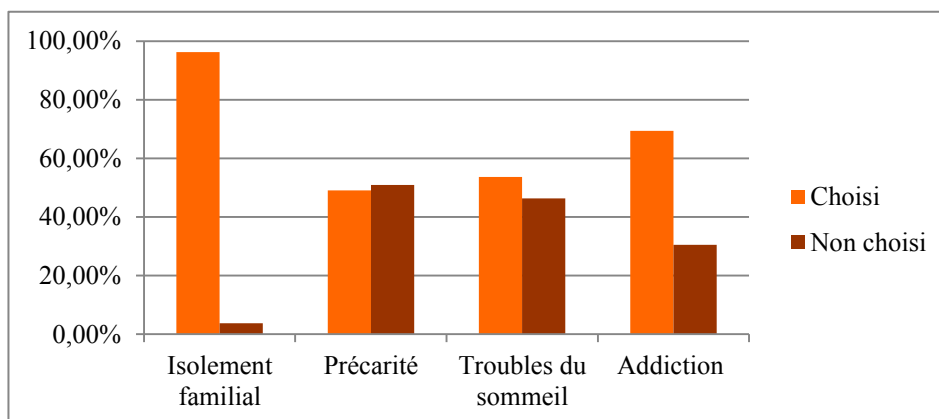


3.3.2 SCORE DE REPERAGE

Pour le score de repérage, les sages-femmes devaient choisir les facteurs de vulnérabilité qu'elles percevaient dans chaque situation clinique.

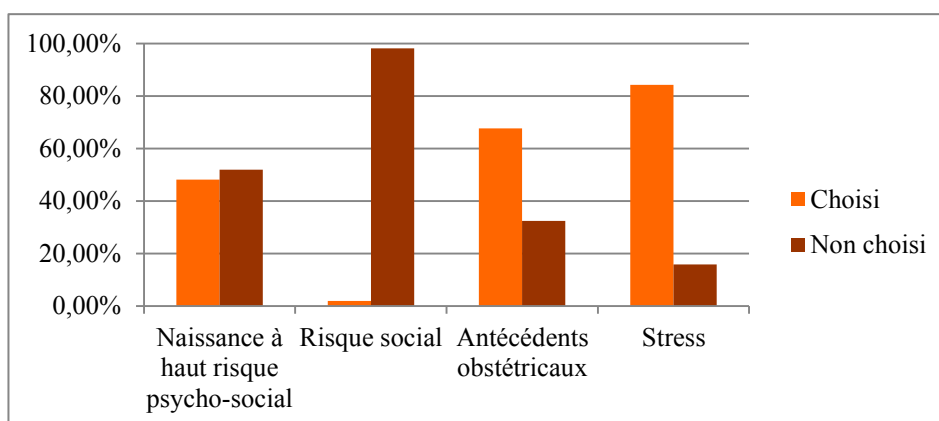
Pour la première situation clinique, les facteurs « isolement familial », « précarité », « troubles du sommeil » et « addiction » étaient présents. Dans ce cas-là, le premier facteur de vulnérabilité identifié était l'isolement, repéré dans 96,30 % des cas, puis l'addiction dans 69,44 % des cas, et enfin les troubles du sommeil dans 53,70 %. La précarité n'était pas considérée comme un facteur de vulnérabilité pour 50,93 % des sages-femmes interrogées, d'après la figure 4. Une sage-femme a mentionné le fait qu'elle aurait aimé connaître la situation financière du conjoint.

Figure 4 Identification des facteurs de vulnérabilité du cas n°1



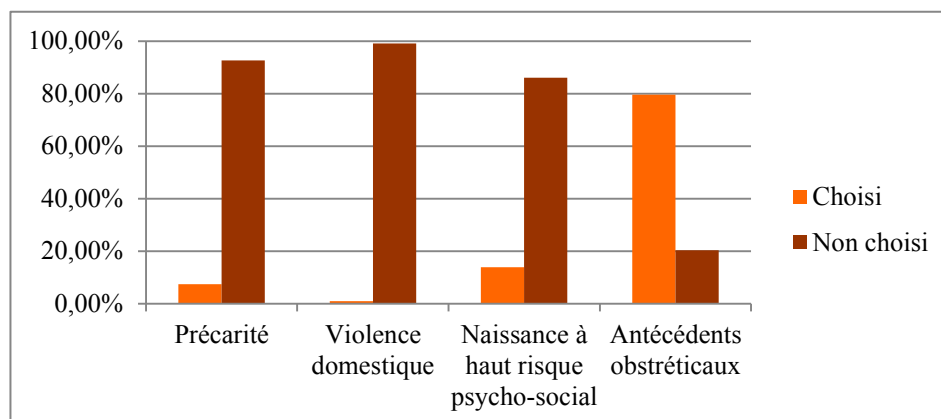
Dans le second cas, les « antécédents obstétricaux » et le « stress » correspondaient aux facteurs de vulnérabilité. Le critère « risque social » n'avait pas été retenu comme facteur de vulnérabilité dans 98,15 % des cas, et la « naissance à haut risque psycho-social », dans 51,85 %. Les sages-femmes avaient, à contrario, choisi le stress et les antécédents obstétricaux, dans respectivement 84,26 % et 67,59 % des cas, comme le montre la figure 5. Cependant, deux sages-femmes auraient souhaité connaître plus précisément les antécédents obstétricaux (césarienne, hémorragie ...).

Figure 5 Identification des facteurs de vulnérabilité du cas n°2



Enfin, concernant le dernier cas clinique, il fallait uniquement relever les « antécédents obstétricaux » comme facteur de vulnérabilité. D'après la figure 6, les sages-femmes n'avaient pas choisi comme facteur, la violence domestique, la précarité et la naissance à haut risque psycho-social mais avaient reconnu les antécédents obstétricaux à 79,63 % en tant que facteur.

Figure 6 Identification des facteurs de vulnérabilité du cas n°3

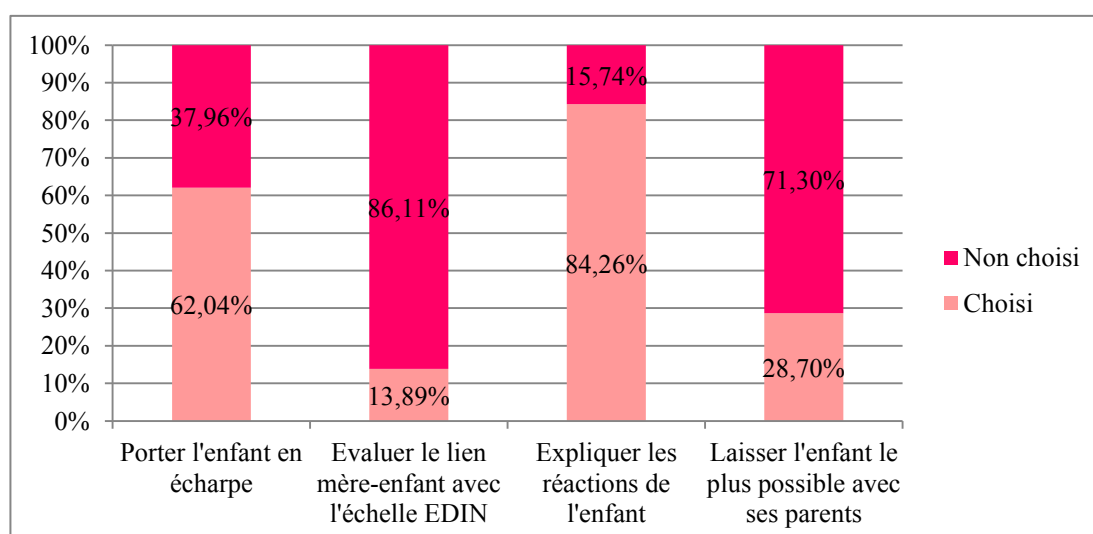


3.3.3 SCORE DE PREVENTION

Pour constituer le score de prévention, six variables avaient été définies.

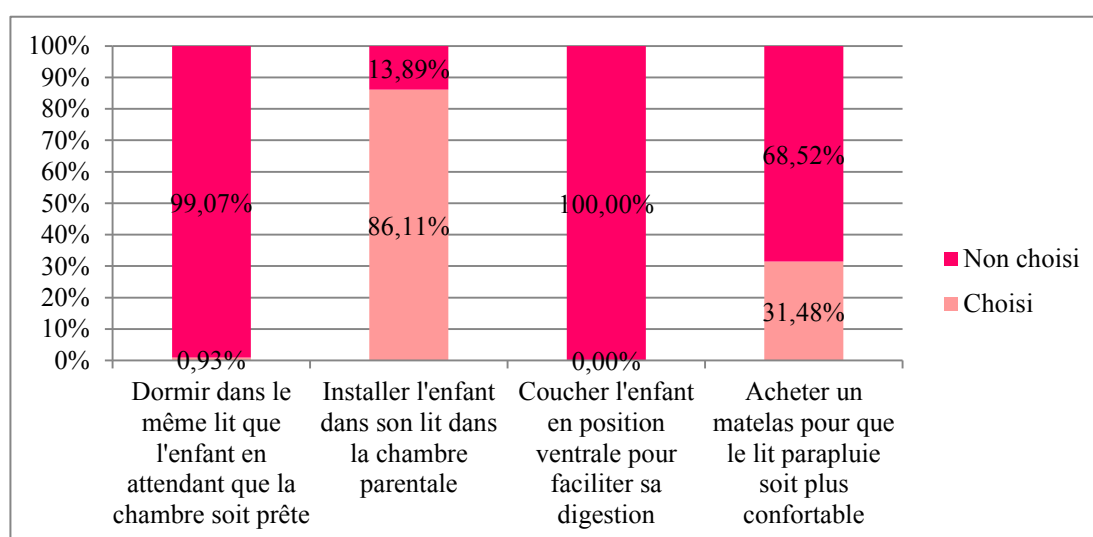
La première variable était la création du lien parents-enfant. Les réponses attendues étaient « porter l'enfant en écharpe », « expliquer les réactions de l'enfant » et « laisser l'enfant le plus possible avec ses parents ». Les sages-femmes mettent plus en évidence la connaissance des réactions de l'enfant puis le contact physique par le portage que la cohabitation 24h sur 24 avec l'enfant, qu'elles ne considéraient pas comme un élément permettant la création du lien, comme le montre la figure 7. L'évaluation du lien mère-enfant ne se fait pas par l'échelle Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né (EDIN), ce que les sages-femmes avaient bien repéré. Bien que deux sages-femmes ont mentionné ne pas connaître cette échelle EDIN. De plus, il a été mentionné dans un cas que les conseils devaient être adaptés à l'âge de l'enfant.

Figure 7 Facteurs influençant la création du lien parents-enfant



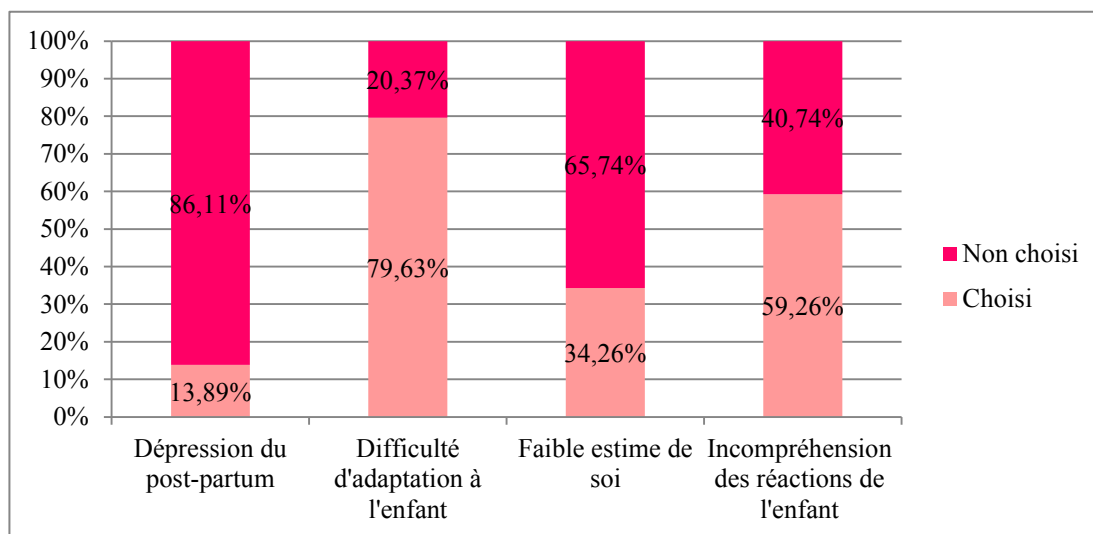
La prochaine variable portait sur la prévention de la mort inattendue du nouveau-né. Dans ce contexte, le seul facteur protecteur était « partage de la chambre parentale ». La position ventrale pour dormir, le co-sleeping et l'ajout de matériel dans le lit étaient des facteurs de risque. Le facteur de risque « position ventrale » a été repéré par l'intégralité des sages-femmes, le « co-sleeping » dans la majorité des cas. L'ajout du matelas a aussi été identifié comme facteur de risque. Le partage de la chambre parentale a été perçu comme un facteur de protection, comme il est vu sur la figure 8. Deux sages-femmes ont mentionné le fait que pour ce cas clinique, il existait un autre facteur de risque : le tabagisme maternel.

Figure 8 Facteurs protecteurs et de risque de la mort inattendue du nourrisson



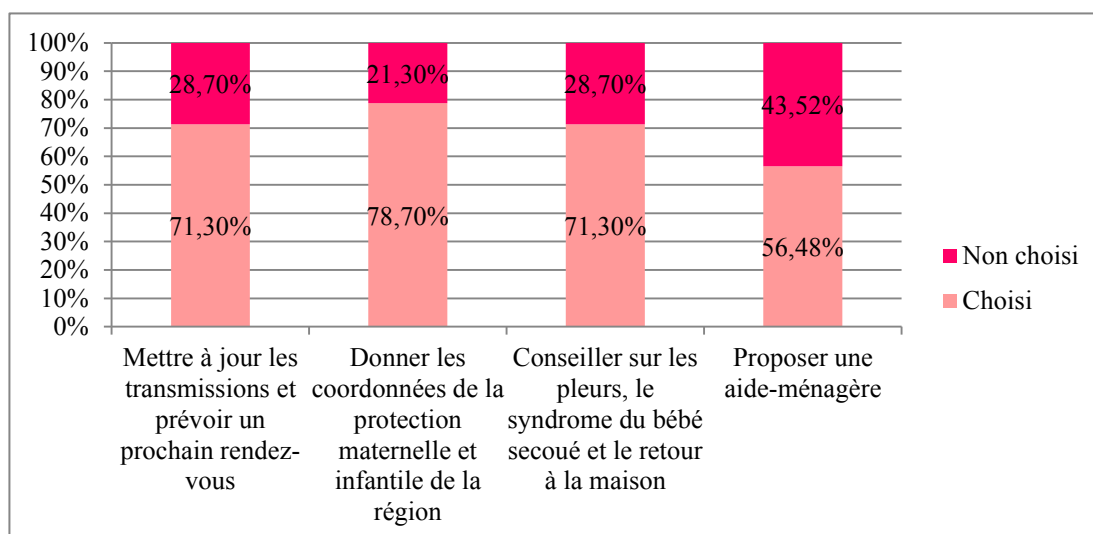
Concernant la variable « sentiment de capacité parentale », les réponses « difficulté d'adaptation à l'enfant », « faible estime de soi », « incompréhension des réactions de l'enfant » étaient adéquates. Dans ce cas, la dépression du post-partum ne pouvait pas être évoquée. Dans cette situation, les sages-femmes avaient mis en évidence la difficulté d'adaptation et l'incompréhension des réactions de l'enfant mais n'avaient pas relevé la faible estime de soi. La dépression du post-partum n'avait pas été retenue par la majorité d'entre elles. Les résultats sont exposés dans la figure 9. Une sage-femme a signalé le fait que ces trois marqueurs s'ils ne sont pas traités peuvent conduire à une dépression du post-partum. Une autre a expliqué qu'il s'agissait d'un besoin d'apprentissage et la nécessité de donner des conseils adaptés à cet enfant. Enfin, une dernière a proposé une consultation médicale si les pleurs persistaient.

Figure 9 Identification des difficultés de sentiment de capacité parentale



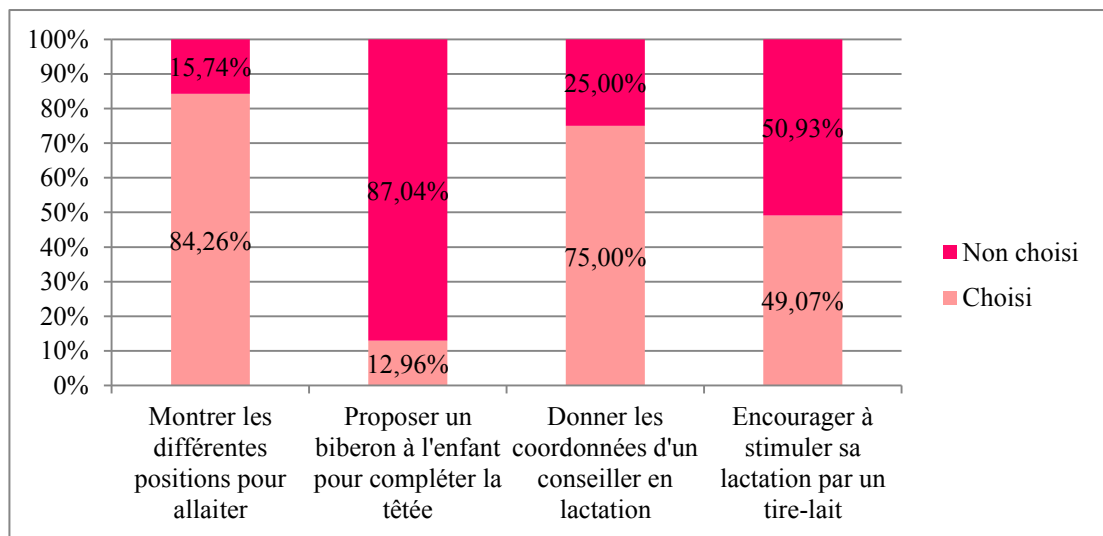
Pour poursuivre, la mise en place de relai et d'aide était observée. Il s'agissait de définir une conduite à tenir en mettant à jour les transmissions et prévoyant un prochain rendez-vous, en donnant les coordonnées de la protection maternelle et infantile de la région, en conseillant sur les pleurs, le syndrome du bébé secoué et le retour à la maison et en proposant une aide-ménagère. La mise à jour des transmissions et le rendez-vous, la proposition de contact avec la PMI et les conseils ont été choisis dans plus de 70 %. L'aide-ménagère a été moins identifiée comme relai possible par les sages-femmes, d'après la figure 10.

Figure 10 Choix d'une conduite à tenir pour mettre en place un suivi et/ou relai



L'une des variables était l'allaitement maternel. Dans cette situation, les sages-femmes devaient identifier les conseils à donner pour stimuler la lactation. La figure 11 présente les choix des sages-femmes. Les réponses attendues étaient « montrer les différentes positions » et « donner les coordonnées d'un conseiller en lactation ». Ces réponses ont été choisies dans trois quart des cas au moins. Les sages-femmes ont assimilé la proposition « proposer un biberon à l'enfant pour compléter la tétée » comme faux dans plus de huit cas sur dix mais une sage-femme a expliqué que cela pouvait être fait si la patiente « n'avait pas assez de lait ». L'utilisation d'un tire-lait n'a pas été choisie seulement pour un peu plus de la moitié des cas. Dans un cas, il a été fait mention que le tire-lait pouvait être utilisé pour stimuler la lactation en plus de la mise au sein. Pour 3,70 % des cas, l'observation d'une tétée était nécessaire ici. Une sage-femme a aussi proposé une stimulation par homéopathie. Des renseignements supplémentaires (la perte de poids totale, l'utilisation de la même balance, le jour, le lieu – maternité ou libérale, le nombre de tétée...) ont été demandés dans six cas, soit 5,56 %. Une sage-femme a aussi insisté sur la singularité de l'allaitement.

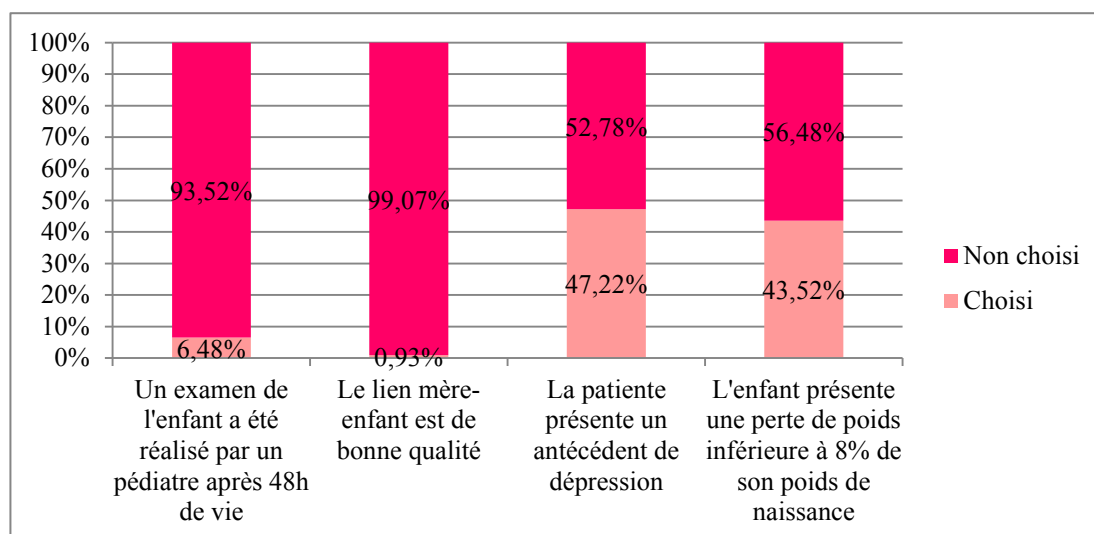
Figure 11 Choix d'une conduite à tenir pour un soutien de l'allaitement maternel



Comme dernière variable étudiée, il avait été choisi les conditions de sortie précoce. Dans ce cas, seul l'antécédent de dépression contre-indiquerait une sortie, et constituait la réponse souhaitée. Les facteurs « examen par le pédiatre » et « lien mère-enfant » n'ont pas été choisis dans plus de un cas sur dix, et, le facteur « perte de poids » dans plus de un cas sur deux. A contrario, le facteur « antécédent de dépression » n'a pas été retenu pour la majorité des cas, alors qu'il était attendu, comme

présenté dans la figure 12. Une sage-femme a souligné le fait que le dispositif de sortie précoce n'était encore qu'expérimental.

Figure 12 Connaissances des contre-indications à une sortie précoce



3.4 RESULTATS SECONDAIRES DE L'ETUDE

L'objectif secondaire de cette étude était d'identifier les facteurs influençant les pratiques des sages-femmes permettant le repérage de la vulnérabilité et la prévention des troubles de la parentalité, en post-partum. Pour y répondre, le sexe, l'âge, l'année de diplôme, la charge d'enfants, le mode d'exercice, les domaines d'exercice, l'existence de formations complémentaires, le début et la fin du suivi du couple parent-enfant ont été étudiées, par l'intermédiaire de l'analyse des moyennes des scores (+/- écart-type), comme présentés dans les tableaux IV à XIII.

Il n'a été trouvé aucune différence statistiquement significative en fonction du sexe, de l'âge, de l'année de diplôme, de la charge ou non d'enfant, du mode d'exercice, du type de maternité au sein des sages-femmes hospitalières, de l'existence d'une formation complémentaire dans ce domaine, d'après les tableaux IV à X.

Tableau IV Analyse des scores en fonction du sexe

Sexe	Homme	Femme	P value
N (%) (total = 107)	5 (4,67 %)	102 (95,33 %)	-
Score de repérage	8,60 +/- 1,95	9,29 +/- 1,71	0,38
Score de prévention	18,40 +/- 3,91	17,41 +/- 2,22	0,35
Score total	27,00 +/- 4,90	26,71 +/- 3,07	0,84

Tableau V Analyse des scores en fonction des classes d'âge

Age	22 – 35 ans	36 – 45 ans	46 – 55 ans	56 – 65 ans	P value
N (%) (total = 108)	49 (45,37 %)	33 (30,56 %)	18 (16,67 %)	8 (7,41 %)	-
Score de repérage	9,39 +/- 1,63	9,09 +/- 1,61	9,67 +/- 1,71	8,50 +/- 2,56	0,37
Score de prévention	17,78 +/- 2,42	17,64 +/- 2,10	16,39 +/- 2,33	17,13 +/- 1,81	0,16
Score total	27,16 +/- 3,01	26,73 +/- 3,13	26,06 +/- 3,28	25,63 +/- 3,58	0,43

Tableau VI Analyse des scores en fonction de la présence ou non d'enfant à charge

Enfant(s) à charge	Oui	Non	P value
N (%) (total = 107)	69 (64,49 %)	38 (35,51 %)	-
Score de repérage	9,25 +/- 1,61	9,34 +/- 1,94	0,79
Score de prévention	17,71 +/- 2,20	17,02 +/- 2,44	0,14
Score total	26,96 +/- 3,22	26,37 +/- 3,00	0,36

Tableau VII Analyse des scores en fonction de l'année de diplôme

Diplôme	Entre 1973-1985	Entre 1986-2001	Entre 2002-2003	Entre 2004-2011	Après 2011	P value
N (%) (total = 108)	11 (10,19 %)	36 (33,33 %)	8 (7,41 %)	32 (29,63 %)	21 (19,44%)	-
Score de repérage	8,45 +/- 2,34	9,39 +/- 1,66	8,88 +/- 1,46	9,41 +/- 1,58	9,47 +/- 1,75	0,47
Score de prévention	16,81 +/- 2,27	17,14 +/- 2,18	17,25 +/- 2,49	18,00 +/- 1,98	17,57 +/- 2,86	0,49
Score total	25,27 3,80	26,53 +/- 3,11	26,13 +/- 3,00	27,41 +/- 2,82	27,05 +/- 3,25	0,34

Tableau VIII Analyse des scores en fonction de l'obtention d'une formation complémentaire ou non

Formation complémentaire dans le domaine de la parentalité	Oui	Non	P value
N (%) (total = 106)	17 (16,04 %)	89 (3,96 %)	-
Score de repérage	9,00 +/- 1,66	9,30 +/- 1,74	0,51
Score de prévention	17,18 +/- 2,27	17,49 +/- 2,33	0,60
Score total	26,18 +/- 3,43	26,80 +/- 3,10	0,45

Tableau IX Analyse des scores en fonction du mode d'exercice

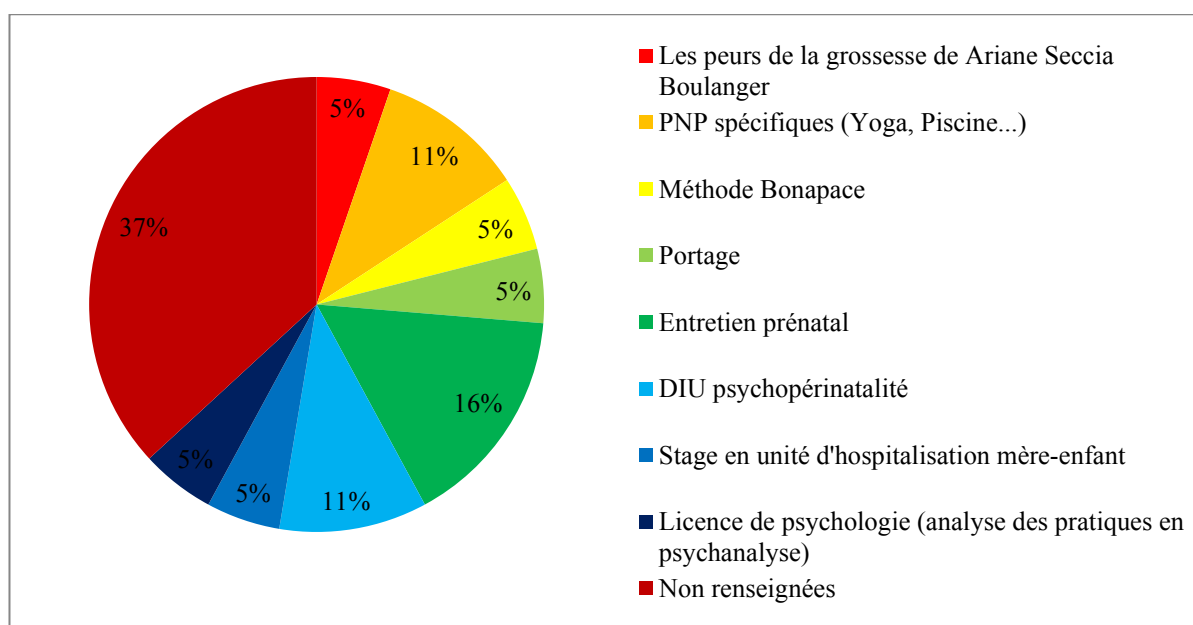
Mode d'exercice	Libéral	Hospitalier	Territorial	CPP	Libéral et hospitalier	Hospitalier et CPP	P value
N(%) (total = 108)	18 (16,66%)	81 (75 %)	3 (2,78 %)	1 (0,93%)	4 (3,70 %)	1 (0,93 %)	-
Score de repérage	9,50 +/- 2,26	9,32 +/- 1,60	7,66 +/-1,15	10,00	8,50 +/- 1,73	9,00	0,56
Score de prévention	17,61 +/- 2,20	17,38 +/- 2,34	15,67 +/- 0,58	19,00	18,75 +/- 2,63	19,00	0,54
Score total	27,11 +/- 3,39	26,70 +/- 3,11	23,33 +/- 1,53	29,00	27,25 +/- 3,09	28,00	0,47

Tableau X Analyse des scores en fonction du type de maternité au sein des sages-femmes strictement hospitalières

Type de maternité	Type 1	Type 2	Type 3	P value
N (%) (total = 81)	19 (23,46 %)	24 (29,63 %)	38 (46,91 %)	-
Score de repérage	8,74 +/- 1,66	9,17 +/- 1,46	9,71 +/- 1,59	0,08
Score de prévention	17,58 +/- 2,17	17,29 +/- 2,60	17,34 +/- 2,32	0,92
Score total	26,32 +/- 3,38	26,46 +/- 3,13	27,05 +/- 3,00	0,64

Pour ce qui est des formations complémentaires dans le domaine de la parentalité, les différentes formations que possèdent les sages-femmes sont présentées dans la figure 13.

Figure 13 Description des différentes formations complémentaires



Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée en fonction des domaines d'exercice, comme montré dans le tableau XI.

Toutefois, plus le nombre de domaines exercés est important, et plus le score de prévention est élevé. Pour les scores de repérage et total, aucune relation n'a été démontrée, comme le présente le tableau XII.

Tableau XI Analyse des scores en fonction des domaines d'exercice

Domaines	N (%) (total = 108)	Score de repérage	Score de prévention	Score total
Consultations pré et post natales :				
- Oui	45 (41,67 %)	9,22 +/- 1,86	17,82 +/- 2,04	27,04 +/- 3,20
- Non	63 (58,33 %)	9,32 +/- 1,63	17,19 +/- 2,45	26,51 +/- 3,08
		p = 0,78	p = 0,16	p = 0,38
Secteur de grossesses hospitalisées :				
- Oui	58 (53,70 %)	9,03 +/- 1,54	17,43 +/- 2,25	26,47 +/- 2,87
- Non	50 (46,30 %)	9,56 +/- 1,88	17,48 +/- 2,38	27,04 +/- 3,41
		p = 0,11	p = 0,91	p = 0,34
Consultations urgentes de gynécologie-obstétrique :				
- Oui	73 (67,59 %)	9,26 +/- 1,52	17,61 +/- 2,22	26,88 +/- 2,85
- Non	35 (32,41 %)	9,31 +/- 2,10	17,11 +/- 2,45	26,43 +/- 3,67
		p = 0,88	p = 0,29	p = 0,49
Consultations gynécologiques de prévention et contraception :				
- Oui	25 (23,15 %)	9,48 +/- 2,12	18,16 +/- 2,30	27,64 +/- 3,53
- Non	83 (76,85 %)	9,22 +/- 1,59	17,24 +/- 2,27	26,46 +/- 2,96
		p = 0,51	p = 0,08	p = 0,10
PNP :				
- Oui	43 (39,81 %)	8,95 +/- 1,93	17,84 +/- 2,02	26,79 +/- 3,16
- Non	65 (60,19 %)	9,49 +/- 1,54	17,20 +/- 2,44	26,69 +/- 3,13
		p = 0,11	p = 0,16	p = 0,87
Salle de naissance :				
- Oui	71 (65,74 %)	9,15 +/- 1,58	17,54 +/- 2,33	26,69 +/- 3,10
- Non	37 (34,26 %)	9,51 +/- 1,95	17,30 +/- 2,26	26,81 +/- 3,23
		p = 0,31	p = 0,61	p = 0,85
Suites de couches :				
- Oui	87 (80,56 %)	9,31 +/- 1,63	17,34 +/- 2,31	26,66 +/- 3,05
- Non	21 (19,44 %)	9,14 +/- 2,08	17,90 +/- 2,23	27,05 +/- 3,49
		p = 0,69	p = 0,32	p = 0,61
Rééducation périnéale :				
- Oui	27 (25,00 %)	9,59 +/- 2,04	17,96 +/- 2,24	27,56 +/- 3,37
- Non	81 (75,00 %)	9,17 +/- 1,60	17,28 +/- 2,30	26,46 +/- 3,02
		p = 0,27	p = 0,18	p = 0,11
Exploration urodynamique :				
- Oui	1 (0,93 %)	11,00	21,00	32,00
- Non	107 (99,07 %)	9,26 +/- 1,72	17,42 +/- 2,28	26,68 +/- 3,10
		p = 0,32	p = 0,12	p = 0,09

Tableau XII Relation entre le nombre de domaine et les scores

	Score de repérage	Score de prévention	Score total
Coefficient de Spearman	- 0,05	0,20	0,10
P – value	0,59	0,04	0,32

Pour le début du suivi et la fin du suivi du couple parent-enfant, aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence, dans les tableaux XIII et XIV.

Tableau XIII Analyse des scores en fonction du début du suivi du couple parent-enfant

Début du suivi	Avant, par suivi gynécologique	Le projet d'enfant	L'existence de la grossesse	L'accouchement	Le retour à domicile	P value
N (%) (total = 105)	6 (5,71 %)	6 (5,71 %)	42 (40,00 %)	47 (44,76 %)	4 (3,82 %)	
Score de repérage	8,67 +/- 2,07	10,33 +/- 1,51	8,83 +/- 1,83	9,51 +/- 1,60	10,00 +/- 0,82	0,12
Score de prévention	18,33 +/- 2,94	18,16 +/- 3,13	17,38 +/- 2,22	17,32 +/- 2,33	17,00 +/- 0,82	0,78
Score total	27,00 +/- 4,73	28,50 +/- 4,46	26,21 +/- 2,88	26,83 +/- 3,13	27,00 +/- 0,82	0,55

Tableau XIV Analyse des scores en fonction de la fin du suivi du couple parent-enfant

Fin du suivi	L'accouchement	Le retour à domicile	La première visite médicale de l'enfant	P value
N (%) (total = 98)	15 (15,30 %)	71 (72,45 %)	12 (12,25 %)	-
Score de repérage	9,53 +/- 1,19	9,14 +/- 1,77	9,67 +/- 2,19	0,51
Score de prévention	17,53 +/- 1,81	17,28 +/- 2,32	17,83 +/- 2,66	0,72
Score total	27,07 +/- 2,31	26,42 +/- 3,15	27,50 +/- 3,71	0,47

3.5 REMARQUES PARTICULIERES

En fin de questionnaire, un espace était laissé libre pour les remarques des sages-femmes. Pour ce qui est de la forme, quatre sages-femmes ont dit avoir un choix de réponses trop restrictif, sans proposition concernant « *un entretien pour comprendre les enjeux relationnels* ». Pour le fond, une sage-femme a mentionné le fait que le sujet est très intéressant mais une autre a affirmé que le sujet était délicat, qu'il ne « *fallait pas mettre les gens dans les cases* ». Pour les deux, il fallait avoir le cas dans sa globalité. Dans 15 cas, à savoir 13,89%, une incompréhension du cas clinique n°3 a été dénoncé : un manque de clarté, une inadaptation des réponses, un manque de précisions sur des éléments importants étaient mis en évidence. Concernant leur formation, deux sages-femmes ont exprimé leur manque de formation continue sur le sujet, et une a souhaité

une « *meilleure sensibilisation des sages-femmes* ». Pour terminer, une sage-femme a expliqué qu'elle souhaiterait « *plus de disponibilité pour mieux évaluer* » les différentes situations.

Dans cette étude, la conformité aux recommandations était de 74,25 %, de manière globale, avec un pourcentage plus élevé pour le repérage et moins élevé pour la prévention. Concernant les facteurs étudiés, seul le score de prévention est lié au nombre de domaines d'exercice car la relation comportait une différence statistiquement significative.

4 DISCUSSION

Malgré de résultats satisfaisants en termes de conformité aux recommandations, cette analyse des pratiques a fait ressortir des points à améliorer. Ce travail va être examiné selon l'angle de la représentativité de l'échantillon, de la méthode utilisée, des différents résultats de l'étude.

4.1 REPRESENTATIVITE DE LA POPULATION

L'étude a été réalisée dans le département du Puy-de-Dôme. Le taux de pourcentage de réponse était de 42%. Ceci est un point fort de l'étude.

Cet échantillon va ensuite être comparé au niveau national. D'après données de la DREES, l'âge moyen des sages-femmes en France était de 41 ans en 2011 et plus de la moitié de la population avait moins de 40 ans (57). Dans cette étude, la classe 22-35 ans, était la plus représentée à hauteur de 45,37 %. Le fait d'avoir fait des classes représente ici un inconvénient pour faire une comparaison.

Pour ce qui du sexe des sages-femmes, au niveau national, 2,6 % de la profession est masculine (58). Dans notre échantillon, les hommes représentaient 4,67 %. Il y avait donc une plus grande proportion d'hommes dans cette analyse des pratiques.

En termes du mode d'exercice, l'échantillon a pu être comparé au niveau départemental puis national, comme le montre le tableau XV (58). Par conséquent, la population interrogée puy-dômoise était représentative de la population française de sages-femmes actives

Tableau XV Comparaison des populations selon le mode d'exercice

Mode d'exercice	Hospitalier	Libéral	Activité mixte : libérale + autre activité	Autre mode
Sages-femmes de l'échantillon	75 %	17 %	4 %	4 %
Sages-femmes exerçant dans le Puy-de-Dôme	70 %	17 %	9 %	3 %
Sages-femmes exerçant sur le territoire français	70 %	19 %	9 %	1 %

Toutefois, on peut noter qu'au niveau national, on compte 35,1 naissances par sage-femme active alors que dans le département du Puy-de-Dôme, seulement 23,3 naissances par sage-femme active sont relevées (58).

Pour ce qui est des activités, le CNOSF définit :

« La sage-femme assure la surveillance et le suivi médical de la grossesse et propose des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Elle assure, en toute autonomie, la surveillance du travail et de l'accouchement.

La sage-femme dispense les soins à la mère et à l'enfant après l'accouchement. Elle pratique la rééducation périnéo sphinctérienne liée à l'accouchement.

Au-delà de la période traditionnelle de la grossesse, la sage-femme accompagne également les femmes tout au long de leur vie en assurant leur suivi gynécologique de prévention et en prescrivant leur contraception. La sage-femme pratique les actes d'échographie gynécologique. » (59)

Une sage-femme peut donc exercer dans de nombreux domaines. Dans l'échantillon, chaque domaine était proposé. L'exercice de l'exploration urodynamique ne correspondait qu'à un cas. L'analyse des scores sur ce domaine n'est donc pas très représentative.

L'échantillon n'étant pas toujours représentatif sur tous les plans, la question de la validité interne et à posteriori de la validité externe, peuvent se poser. En effet en termes de mode d'exercice et d'âge, la population de cette étude est représentative par rapport à la population nationale. Ce n'est pas le cas du sexe.

4.2 METHODE UTILISEE

4.2.1 MODE DE DISTRIBUTION

Toutes les sages-femmes interrogées n'ayant pas de boîte mail individuelle, le questionnaire a été distribué en format papier dans certains centres. Ce qui ne constitue pas un biais puisqu'il n'existe pas de différence statistiquement significative (p compris entre 0,89 et 0,16) entre les deux modes de distribution (informatique ou papier).

4.2.2 REALISATION DU QUESTIONNAIRE

4.2.2.1 Formulation des questions

Dans la première partie du questionnaire, concernant le recueil des renseignements, l'âge et l'année de diplôme ont été présentés en classes, afin de conserver l'anonymat des répondants. Pour l'âge, les classes ont été choisies aléatoirement, par tranche de dix ans, alors que les classes de diplôme ont été choisies selon l'évolution du cursus. Par exemple, l'année 2011 marquait l'insertion des études de sages-femmes dans l'organisation européenne (60). Néanmoins la présentation en classe avait un inconvénient. Les résultats de l'objectif secondaire ne montraient pas de différence statistiquement significative. L'âge ne pouvait pas être retenu comme facteur confondant mais au sein de la classe, il pourrait avoir une valeur qui constituerait une différence statistiquement significative.

De plus, les diplômés entre 2004 et 2011 ont été regroupés. Effectivement, en mai 2003, la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) a permis l'accès aux écoles de sages-femmes (60). Toutefois, le référentiel HAS sur lequel le questionnaire est basé, date de 2007 (3). La question de la différence entre les sages-femmes qui ont bénéficié de ce savoir lors de la formation initiale et les sages-femmes qui l'ont obtenu par la formation continue dans le cadre du développement professionnel continu se pose.

Pour ce qui est de la question portant sur les enfants à charge, l'intérêt était de savoir si l'interrogé exerçait un rôle parental. Sous la forme présentée, une confusion de sens était possible. Par ailleurs, le début et la fin du suivi couple parents-enfant étaient demandés dans le but de classer le type de suivi, c'est-à-dire un suivi de grossesse

prénatal ou postnatal, ou un suivi global de la grossesse ou encore un suivi globale de la femme avec suivi gynécologique. Mais le choix multiple des réponses n'a pas permis d'établir un codage permettant de définir ce suivi. L'analyse des scores selon cette variable n'a donc pas été celui escompté.

Une difficulté de compréhension a été mise en évidence, notamment du dernier cas clinique par 13,83 % des participants. En effet, la présentation sous forme de case à cocher peut être une source d'erreur dans les résultats car quand une sage-femme n'a pas coché une proposition, il n'est pas possible de savoir si elle n'avait pas compris la question ou qu'elle considérait la proposition comme fausse ou qu'aucune proposition ne lui convenait.

4.2.2.2 Forme de cas clinique

Ces cas cliniques n'ont pas été validés par une instance de référence sur le sujet. Il s'agissait d'une approche par comparaison à un référentiel et plus précisément une enquête de pratique. Cette forme fait partie de l'évaluation des pratiques. L'intérêt était « *de décrire la pratique des professionnels de santé dans une situation clinique donnée et de la comparer à une pratique attendue* » (61). Cette forme permettait de faire un état des lieux, d'avoir une connaissance des pratiques et ainsi de sensibiliser les professionnels. Cependant, elle ne permettait de recueillir que des faits déclaratifs.

Se baser sur des recommandations a pu être source de difficultés. Les recommandations ont pour but d'améliorer la qualité de prise en charge et les pratiques professionnelles et d'homogénéiser les pratiques. Mais il est à noter qu'elles sont toutes créées sur la même base, que leur utilisation est multiple et que leur acceptation est professionnel-dépendant. La forme des recommandations est par ce fait perfectible (62). Une sage-femme a fait justement remarquer à qu'il ne faut « *pas mettre les gens dans les cases* » pour ce thème. En effet, les recommandations doivent être adaptées à la singularité du cas (62). C'est aussi l'intérêt de cette présentation sous forme de cas clinique, même si leur rédaction a été difficile. En effet, il ne fallait pas trop orienter les réponses afin que les sages-femmes décrivent leur pratique quotidienne.

Enfin, les cas cliniques ont été élaborés à partir des thèmes proposés dans les critères de qualité pour la PNP, associés à des recommandations sur le sujet. Le document de référence datait de 2007, donc avait plus de dix ans (3). Pour ce qui est des facteurs de vulnérabilité, ils ont été extraits des recommandations pour la PNP datant de 2005 (44). Or, des évolutions ont eu lieu dans la prise en charge en post-partum, notamment avec la création du PRADO et le début de la généralisation des sorties précoces aux populations à bas risque. Effectivement, un des objectifs est « *Poursuivre les séances de PNP en période postnatale en cas de sortie précoce de la maternité ou de difficultés identifiées durant le séjour ou de demande des parents* » (3). Toutefois, les recommandations sur la sortie précoce de la maternité publiées par la HAS, dataient elle de mars 2014 (49). La sortie précoce de 2007 n'était donc pas la même qu'actuellement. En plus, les critères regroupés dans les différents objectifs de l'évaluation et l'amélioration des pratiques concernant la PNP, ont comme niveau de preuve, un accord professionnel ; c'est-à-dire qu'ils n'ont pas été démontrés scientifiquement (3).

Pour chaque cas, quatre affirmations vraies ou fausses étaient soumises aux sages-femmes. Certaines d'entre elles ont proposé des affirmations alternatives, qui sont retrouvées dans les recommandations. Il était donc important d'en tenir compte pour l'analyse des réponses. Le problème était la manière d'en tenir compte car si une nouvelle variable était créée pour la proposition en question, dans un souci d'équité et de bonne méthode, il aurait fallu proposer cette nouvelle affirmation aux autres participants de l'étude, ce qui était impossible. Ces propositions annexes sont donc une limite de l'étude. En exemple, dans la question portant sur la mort inattendue du nourrisson, les facteurs de risque proposés étaient la position ventrale pour dormir, le co-sleeping et l'ajout de matériel dans le lit à contrario le partage de la chambre parentale était un facteur de protection. Deux sages-femmes ont présentés aussi le tabagisme maternel comme facteur de risque, ce qui était le cas dans la situation. Les réponses n'étaient pas exhaustives car un trop grand choix de réponse était possible. D'autre part, les cas cliniques devaient aussi bien s'adresser aux sages-femmes hospitalières que libérales, en particulier le cas n°3.

Le questionnaire peut donc être discuté sur la formulation et la présentation, ce qui a pu engendrer une difficulté de compréhension et d'interprétation.

4.3 PRATIQUE DU SOUTIEN A LA PARENTALITE EN POST-PARTUM

Pour ce qui est de la description des scores, l'écart interquartile a été calculé. Pour le score de prévention, l'écart interquartile était de 3, c'est-à-dire que 50 % des questionnaires ont un score entre 16 et 19, ce qui ne représentait que trois propositions de réponses différentes. Pour le score de repérage, l'écart était de 3 et pour le score total de conformité, il était de 4,5. Les valeurs maximum et minimum ont confirmé aussi que la série n'était pas très étendue. Les sages-femmes avaient un score de conformité aux recommandations de 74,25 %, 77,33 % en matière de repérage des facteurs de vulnérabilité et 72,70 % pour la prévention. En conclusion, les sages-femmes présentaient des meilleurs résultats pour le repérage que la prévention, mais avec des pourcentages demeurant proches. En regard des conséquences des troubles de la parentalité, une conformité maximale serait souhaitable.

Dans notre étude, trois participants sur quatre avaient une pratique du soutien à la parentalité postnatal en toute conformité avec les recommandations, dont 95,33% intervenant en post-partum. Pourtant, dans une étude menée en 2009 par M-R. Bernard et C. Eymard auprès de 498 sages-femmes, « *moins de 30 % des sages-femmes enquêtées (...) ont déclaré accompagner et soutenir le « devenir parents » postnatal* » (32). Dans des situations définies, la pratique du soutien à la parentalité répond aux recommandations mais la question de la proportion de sages-femmes qui accompagnent la parentalité dans leur pratique quotidienne peut être soulevée.

La conformité globale est satisfaisante mais elle peut encore être améliorée. Au vue de la littérature, de nouvelles questions apparaissent.

4.3.1 REPERAGE DES SITUATIONS DE LA VULNERABILITE

Dans le repérage, la vulnérabilité est « *principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacé du fait de circonstance physique, psychologique ou sociologique* ». Il s'agit donc d'une condition délicate à évaluer. Dans cette étude, pour définir la vulnérabilité, il avait été choisi de se baser sur des facteurs, comme dans les recommandations de la HAS. Ces facteurs doivent être repérés durant la discussion avec le couple. Cependant, dans une étude menée en 2006 par M.-H. Fline-Barthes et Al., un auto-questionnaire, basé sur des tests

validés, a été remplis par 1676 patientes pour dépister la vulnérabilité puis comparé au dossier médical. Cet auto-questionnaire pourrait mieux dépister certaines situations de vulnérabilité (63). Il existe donc différents moyens pour repérer la vulnérabilité. Celui utilisé dans le questionnaire, n'est donc peut-être pas forcément le plus adapté.

Dans les trois cas cliniques, seule la précarité n'a pas été identifiée par la majorité des sages-femmes. La précarité est définie dans les recommandations de la HAS sur la PNP, comme « *l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations et leurs responsabilités* » (44). Dans ce cas, selon cette définition, le chômage de la patiente représentait le facteur de précarité. Mais il faut souligner que la précarité est difficile à évaluer et ne peut se résumer qu'à cette seule condition. D'ailleurs, une sage-femme a expliqué vouloir connaître la situation du conjoint pour se positionner sur la précarité. Il faut prendre la situation dans sa globalité pour définir une situation précaire. Le score Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé (EPICES) présente 42 questions sur les conditions matérielles, le logement, la situation professionnelle entre autre. Ce score prend donc en compte toutes les dimensions de la précarité pour la dépister. Par ce score, une grande partie des différentes situations précaires vont être identifiées (64). La précarité n'est donc pas une chose facile à repérer et un outil détaillé peut permettre de mieux la repérer.

Dans cette analyse des pratiques, le repérage a été exploré selon l'angle du post-partum. Pourtant il a été démontré que pour la mise en place d'une prise en charge optimale, le repérage en suites de couche pouvait être trop tardif. De plus, les patientes peuvent souhaiter cacher leur vulnérabilité par peur du jugement (65). Le repérage n'est pas toujours aussi évident dans la pratique quotidienne, que dans cette étude où les faits sont exposés clairement. Dans le quotidien, il faut que la patiente se livre et réponde honnêtement aux questions pour que les facteurs de vulnérabilité puissent être identifiés. Mais F. Molénat met en avant que les patientes ont sans doute plus de facilité à se confier et se livrer, comme les sages-femmes ne sont pas des expertes. Les professionnels doivent prendre le temps pour que les patientes voient leur investissement et se sentent en confiance. L'orientation trop rapide vers un spécialiste n'est pas forcément la solution. Il faut toutefois faire attention à ne pas déresponsabiliser

les parents, en les maintenant dans un système de dépendance. La discussion, la relation avec le couple comporte donc de réels enjeux pour le repérage. F. Molénat met en avant la « *manière d'être et de faire* ». Elle rappelle le fait que, même s'ils ne sont pas des experts du domaine psychique, les intervenants en maternité, ont un devoir d'écoute (48).

Bien que l'intérêt du repérage de la vulnérabilité ait été démontré, il existe différents moyens de dépister et ce n'est toujours pas aussi facile dans la réalité que sur le papier, notamment pour la précarité. En plus, le repérage de la vulnérabilité en post-partum est parfois trop tardif.

4.3.2 PREVENTION

La prévention est complexe dans le domaine de la vie psychique car les textes de loi et recommandations veulent donner un cadre sans créer une sélection et en respectant le fait que chaque situation est différente et qu'elle doit être prise en compte dans sa globalité. Il convient de conserver le caractère éthique de la prévention. Prévenir revient à se protéger de quelque chose de négatif. Il conviendrait donc de transformer cet aspect négatif en aspect positif. Le terme de vigilance pourrait être préféré, d'après F. Molénat (48). Par la suite, ce même auteur développe aussi l'idée que les professionnels sont aussi sujets de leurs émotions. Lors de l'échange, la charge émotionnelle de la personne qui raconte est déplacée sur la personne qui reçoit. Le professionnel va donc recevoir cette charge et devoir la gérer avec son propre vécu et ses affects (66). Dans un domaine comme la prévention des troubles de la parentalité, il faut tenir compte de ce phénomène.

A propos de la création du lien parents-enfant, la proposition n'ayant pas été identifiée, était « laisser l'enfant le plus possible avec ses parents ». Cette proposition se réfère à la prévention de la maltraitance infantile, par l'instauration de bonne qualité du lien mère-enfant dans sa globalité (3). Dans le même but, ces mêmes sages-femmes avaient bien identifiés l'explication des réactions de l'enfant et le contact physique. Dans les recommandations de la HAS sur la PNP, l'idée de « *cohabitation 24 heures sur 24 avec le bébé à la maternité* » permettrait une proximité avec l'enfant pour développer la connaissance des réactions de l'enfant par les parents et le lien (3). Ainsi

une meilleure connaissance de l'enfant, une proximité physique permettraient une prévention de maltraitance. Il convient de se demander pourquoi les sages-femmes n'ont pas choisi cette proposition : est-ce un manque de connaissance ? un sentiment de non implication dans la prévention de la maltraitance ? Pourtant dans son mémoire sur la prévention de la maltraitance infantile, R. Louerat soulève le fait que les sages-femmes sont conscientes de leur place dans la prévention de la maltraitance et dans son travail et aient de bonnes connaissances sur les facteurs de risque généraux. Toutefois, elles ne citent pas de facteur de risque psycho-affectif spécifique (67). Il faut s'interroger sur une différence de connaissance et d'implication selon le territoire d'exercice. En effet, son étude a eu lieu sur la région de Nantes alors que cette analyse des pratiques a porté sur la région du Puy-de-Dôme. Ensuite, les sages-femmes ont choisi l'évaluation du lien parents-enfants par l'échelle EDIN à 37,96 %. La question des connaissances peut quand même se poser.

A propos de la prévention de la mort inattendue du nouveau-né, les sages-femmes ont un bon niveau de pratique. L'existence de campagnes de prévention dans les années 1990, peuvent expliquer ce résultat même si en 2013, aucune action publique de prévention n'avait été réalisée depuis 15 ans (68). Dans cette recherche, uniquement trois facteurs de risque et un facteur de protection avaient été proposés. Ces facteurs concernaient principalement les conditions de couchage, qui s'appuient sur données scientifiques prouvées. Il reste donc d'autre domaine à explorer car la mort inattendue du nouveau-né n'est pas encore clairement expliquée (69) Par conséquent, il faudrait prendre en compte la globalité et la complexité de la mort inattendue.

Le but des actions de soutien à la parentalité est d'aider les parents dans leur fonction parentale en leur transmettant des connaissances et des compétences (31). A propos des compétences parentales, il faut aussi prendre en compte le sentiment d'auto-efficacité, c'est-à-dire le fait de se sentir un bon parent (5). Dans la question portant sur la compétence parentale, les sages-femmes n'ont pas perçues la faible estime de soi, comme présente dans la situation. Toutefois, ceci ne veut pas dire qu'elles ne prennent pas en compte le sentiment d'auto-efficacité mais plutôt qu'elles ne le cherchent pas, ne le détectent pas.

A propos de la mise en place d'un relai, différents types d'actions étaient proposés : des actions de soutien informatif (coordonnées de la PMI données, conseils sur les pleurs, le syndrome du bébé secoué, le retour à domicile) et des actions de soutien matériel (mise à jour des transmissions / prévoir un rendez-vous et proposition d'aide-ménagère). La proposition d'aide-ménagère n'a été faite que par une sage-femme sur 2, alors que les autres par environ sept sages-femmes sur dix. Il est possible de se demander si les sages-femmes ne connaissent pas ce dispositif ou si elles sont moins à l'aise avec le soutien matériel. A contrario, les femmes apprécient le soutien matériel lors du retour à domicile mais déclarent un manque d'accompagnement dans le post-partum à long terme et un soutien informatif, d'après une étude menée par C. Razurel (54). Il peut en découler la question de la délivrance des informations, en terme de temporalité et de manière.

Au sujet de la transmission d'informations, de la mise en place d'un relai ; dans le département de l'Ain, avec le PRADO, un nouvel intervenant, l'agent administratif, fait son apparition. La sage-femme libérale qui va intervenir au domicile, peut aussi être inconnue des couples. Ceci crée un morcellement du suivi à l'encontre du souhait de cohérence, de continuité. De plus du côté des intervenants de la PMI, une perte du suivi de certaines familles vulnérables a été constatée ; population qui de leur avis, ne devrait pas être prise en charge par le PRADO. Un retard dans la prise en charge a aussi été observé. Pour éviter cela, des propositions ont été faites comme le travail en équipe avec la mise en place de staff (70). Dans une autre étude, un manque de reconnaissance des activités de la PMI est signalé (32). Dans cette analyse des pratiques, les sages-femmes proposent un lien avec la PMI. Mais bien qu'elles aient été invitées à s'exprimer sur la coordination au sein du réseau, aucune d'entre elles n'en a parlé. Au vu de la situation actuelle, il faudrait s'intéresser à la communication, la coordination au sein du réseau, dans le Puy-de-Dôme.

Concernant le soutien à l'allaitement maternel, les sages-femmes présentent un accompagnement à l'allaitement approprié pour la majorité d'entre elles. Néanmoins, dans son enquête sur la périnatalité, même si 52 % des femmes se sont senties soutenues efficacement pour leur allaitement, de nombreux commentaires péjoratifs ont été relevés, parmi lesquelles les contradictions des différents professionnels, le manque

d'exhaustivité des informations (53). Comme expliqué par une sage-femme dans notre étude, l'allaitement reste « *tellement différent selon les patientes qu'il faut voir et attendre une tétée pour pouvoir conseiller* ». Ceci peut être une explication entre le bon niveau de pratique des sages-femmes et la vision parfois négative des femmes.

En dernier point, 15 sages-femmes, soit 13,89 %, ont noté une difficulté de compréhension de la question portant sur la sortie précoce, ce que les résultats prouvent. Effectivement, pour la majorité d'entre elles, aucune proposition ne correspondait au cas clinique. Cette incompréhension peut venir de l'utilisation de la négation dans la formulation, mais aussi de la formulation sous forme d'hypothèse, qui pouvaient manquer de clarté. Toutefois, il faut bien noter que c'est un système qui s'adresse à une population à bas risque, que l'accord du couple est nécessaire ; et qu'il n'est pas mis en place dans toutes les maternités. Ce qui peut expliquer le manque d'habitude à pratiquer et à connaître les critères de bas risque (51).

La prévention dans un domaine telle que la parentalité, est cependant difficile à mettre en place. Il ne faut pas mettre de côté la globalité de la situation et sa singularité. Ajouté à cela, le professionnel, acteur de la prévention est lui-même sujet de ses émotions. L'analyse des différentes variables a permis d'interroger sur l'état des connaissances des sages-femmes, la prise en compte de la complexité de certains thèmes, la qualité de délivrance de l'information et la coordination entre les différents intervenants.

4.4 FACTEURS INFLUENÇANT

Concernant les facteurs susceptibles d'intervenir dans le soutien à la parentalité, il n'a été retrouvé qu'une différence statistiquement significative. Il a été montré que plus la sage-femme exerce dans de nombreux domaines, meilleur est son score de prévention. Mais le coefficient de corrélation de Spearman est plus proche de 0 que de 1. Il y a donc une liaison mais cette liaison n'est pas très forte. Ceci peut aussi s'expliquer par le fait que la sage-femme réalise des actions éducatives, pas uniquement lors de la PNP. Effectivement, elle peut aussi en délivrer lors des consultations, de l'hospitalisation, en salle de naissance, à domicile. Mais il est difficile d'en obtenir une preuve car ces actes ne sont pas soumis à une cotation (32). Une hypothèse peut être

avancée : plus la sage-femme va exercer différentes activités, plus elle va dispenser d'actions d'éducation à la santé, et plus elle sera performante en prévention.

L'absence de différence statistiquement significative concernant les autres facteurs témoigne du fait que les sages-femmes ont un degré de connaissance et donc prise en charge similaire en matière de soutien à la parentalité. Il faut aussi convenir que cette étude n'a eu lieu qu'auprès de 108 professionnelles, dans une même région. Il aurait pu être intéressant de savoir l'école de formation des professionnelles, pour savoir si la pratique observée est dépendante du mode de formation. Enfin la liste des facteurs étudiés n'avait pas de valeur d'exhaustivité et a été créée après réflexion de la part de l'auteur du mémoire et différentes lectures sur le sujet.

Dans la littérature, il est retrouvé que la protection maternelle et infantile est une instance clé de l'accompagnement à la parentalité, avec une idée de soutien précoce (71). Toutefois, dans cette analyse des pratiques, aucune relation n'a été mise en évidence. Il faut souligner que seulement trois sages-femmes territoriales ont participé à cette étude. Par la suite, comme expliqué auparavant, tous les participants présentent des scores similaires avec une conformité d'au moins 75 % aux recommandations chez 50 % des sages-femmes de l'étude.

Seulement le nombre de domaine semble être lié au score de prévention. Différentes raisons, comme le nombre de participants sur une région donnée, peuvent expliquer ces résultats.

4.5 REMARQUES DE LA PART DES SAGES-FEMMES

En miroir des acquis et des difficultés des sages-femmes, il faut mettre en avant le manque de formation continue soulevé par deux sages-femmes, et le souhait de meilleure sensibilisation par une sage-femme. Dans l'arrêté fixant le programme des études de sage-femme, il est détaillé « *Soins de puériculture et surveillance du nouveau-né dans les 10 premiers jours, notamment relation parent-enfant* », « *Relation mère-enfant en salle de naissance* », « *Actions de prévention dans le domaine de la santé de l'enfant* », « *Accompagner les couples dans le domaine de la préparation à la naissance et à la parentalité. Aspects physiques et psychologiques liés à la maternité.*

Environnement de la naissance », « *Allaitement maternel* » pour le premier cycle; mais aussi, « *Approfondissement de la symptomatologie de l'enfant en lien avec la relation précoce mère/enfant (prématuré, handicap, séparation, abandon)* », « *Le soutien, la relation d'aide. Une réflexion approfondie sur les thèmes autour de la naissance conduit à l'élaboration d'un projet personnalisé d'encouragement et de soutien à devenir parents* » pour le second cycle (72). Les grands thèmes du questionnaire sont donc inscrits dans la formation initiale reçue après 2001. Il serait intéressant de voir comment ils sont abordés dans la pratique des écoles : sous quelle forme ? pendant combien de temps ? par qui sont-ils enseignés ? En ce qui concerne la formation continue, il existe par exemple, un Diplôme InterUniversitaire psychopérinatalité ouvert aux sages-femmes. Du côté des formations non diplômantes, par exemple, l'organisme Medic Formation propose une formation « *accompagner en équipe le lien parents-enfant* » ou encore « *consultation postnatale ou entretien postnatal précoce* » (73).

D'autre part, une sage-femme hospitalière a également dénoncé un manque de disponibilité pour évaluer la situation. En effet, une étude sur les éducations pour la santé, réalisé en 2009 auprès de 498 sages-femmes, a retrouvé que « *66 % des sages-femmes [...] estiment manquer de temps pour mettre en œuvre des actions éducatives et près de 39 % considèrent leur formation actuelle insuffisante* ». Dans cette même étude, les sages-femmes libérales et de PMI « *sont moins affectées par la parcellisation du travail et la rencontre ponctuelle et parfois unique des femmes, que les sages-femmes exerçant en maternité* » (32). Bien qu'aucune différence statistiquement significative concernant le mode d'exercice n'ait été retrouvée dans cette étude, il semblerait que l'exercice hospitalier soit moins propice à l'évaluation et l'encadrement du soutien à la parentalité.

Pour terminer, quatre sages-femmes mentionnent l'entretien comme moyen de comprendre les enjeux. A l'instar de l'entretien prénatal précoce, un entretien postnatal précoce peut être proposé. Son but est d'« *améliorer le bien-être global du nouveau-né et de ses parents, en ajustant le suivi des familles à leur singularité* ». Dans certains réseaux, cet entretien est déjà proposé mais il reste encore des points à éclaircir comme sa rémunération (74).

Les sages-femmes ont donc soulevées un besoin de formation, un manque de disponibilité et ont proposé un entretien.

Dans cette analyse des pratiques, l'échantillon est représentatif pour le mode d'exercice et l'âge mais pas le sexe, à l'échelle nationale. La question de la généralisation des résultats est soulevée. Concernant le questionnaire, des défauts de formulation et de présentation ont été à l'origine de problème de compréhension et d'interprétation. La méthode employée peut se discuter, comme le choix de la forme basée sur des recommandations, l'ancienneté des textes de référence... La pratique du soutien à la parentalité semble acquise par les sages-femmes, avec des scores de repérage et de prévention supérieures à 70 % en conformité. Toutefois, des points sont à éclaircir comme le repérage de la vulnérabilité, la cohabitation 24h sur 24h, la faible estime de soi provenant des parents, la communication au sein du réseau entre autre. Enfin les commentaires apportés sur le sujet par les sages-femmes semblent s'inscrire dans un contexte actuel, avec la mise en place de l'entretien précoce postnatal.

5 PROJET D'ACTION

Pour faire suite aux remarques de la part des sages-femmes, il conviendrait d'introduire dans leur pratique quotidienne en post-partum, un outil permettant de cibler le lien parents-enfant et ainsi d'obtenir une vision globale de la situation en post-partum. Ce dernier s'adresserait à toutes les sages-femmes exerçant en France, intervenant dans le post-partum.

Un outil est proposé par D. Capgras-Baberon et A. Lefèvre-Penel : l'entretien postnatal précoce. D'une durée de 45 minutes, il se réalise entre le huitième et le quinzième jour après la naissance. Il s'agit d'un lieu d'écoute, de rencontre des parents et de l'enfant, avec les professionnels, qui peut avoir lieu à domicile, en cabinet, en PMI, à l'hôpital lors du séjour. Les objectifs de cet entretien sont :

- « *porter attention au bien-être et à la sécurité* »
- « *soutenir le développement des compétences parentales* »
- « *favoriser la continuité dans l'accompagnement de l'anténatal au postnatal* »

Certains réseaux se sont appropriés cet outil sous forme de visite de sortie. Toutefois, ce dispositif n'est pas mis en place dans toutes les régions (75). Il faudrait donc sensibiliser les sages-femmes à ce dispositif. Pour cela, une intervention de D. Capgras-Baberon et A. Lefèvre-Penel pourrait être proposée au sein des réseaux de santé et des staffs pour présenter les objectifs de cet entretien (annexe IV).

CONCLUSION

Pour rappel, l'accompagnement de la parentalité est un véritable enjeu de santé publique. En effet, des programmes d'appui de la fonction parentale, d'éducation pour la santé ont vu le jour depuis quelques années, au vu des conséquences des troubles de la parentalité. En tant qu'intervenant de la période du post-partum, acteur de la PNP, garant des soins de la mère et du nouveau-né, la sage-femme détient un rôle primordial dans le soutien à la parentalité, notamment en post-partum.

Face à un besoin de soutien et d'accompagnement des patientes malgré l'existence de recommandations, la question portait sur la pratique du soutien à la parentalité par les sages-femmes en post-partum. L'objectif principal de cette analyse des pratiques était de décrire les pratiques des sages-femmes permettant le repérage de la vulnérabilité et la prévention des troubles de la parentalité, en post-partum. L'objectif secondaire était d'identifier les facteurs qui peuvent influencer ces pratiques.

Cette analyse des pratiques a montré une conformité totale de 74,25 % aux recommandations, en moyenne ; de 77,33 % en matière de repérage ; et de 72,70 % pour ce qui est de la prévention. Les pratiques en matière de soutien à la parentalité en post-partum sont donc conformes aux recommandations en partie. Pour le repérage de la vulnérabilité, une attention particulière à la définition de la précarité et de sa détection est à apporter. A propos de la prévention, le soutien à l'allaitement maternel, la mise en place d'un relai, la prévention de la mort inattendue du nouveau-né sont pratiqués de manière conforme chez la majorité des sages-femmes. Les axes à améliorer sont la prévention de la maltraitance infantile par une cohabitation 24h sur 24h, la prise de conscience de l'importance du sentiment de compétence parentale et les critères de sortie en cas de sortie précoce.

L'originalité de cette étude résidait principalement dans la forme de cas clinique, mais la formulation et la présentation étaient perfectibles.

Concernant l'objectif secondaire, seul le nombre de domaine d'exercice était lié à la prévention. Il est à noter que le rôle pourtant crucial dans le soutien à la parentalité de la PMI, n'a pas été démontré dans cette étude.

Enfin le critère de jugement se basait sur des recommandations datant de 2005 et 2007.

Or, depuis quelques années, le cadre postnatal a subi des changements, notamment avec la diminution de durée du séjour en maternité, les multiples intervenants, le manque de coordination, la mise en place de sortie précoce... Il convient donc de se demander si ces recommandations sont toujours d'actualité dans un contexte qui a subi de nombreux changements.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Lamboy B. Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? *Devenir*. 23 mars 2009;21(1):31-60.
2. Conclusions des États Généraux de la Naissance. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 9 mars 2008;32(7):599-605.
3. Haute Autorité de Santé (HAS). Evaluation et Amélioration des pratiques professionnelles : la préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. 2007 [cité 14 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/criteres_qualite-pnp.pdf
4. Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant (CNNSE). Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2013 [cité 2 juill 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_organisation_continuite_soins_sortie_maternite.pdf
5. Razuel C. *Se révéler et se construire comme mère : l'entretien psycho-éducatif périnatal*. Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène; 2015. 135 p.
6. Oria N, Camus J. Avoir un premier enfant : un rite d'institution. *Rech Fam*. 19 mars 2012;(9):49-59.
7. Volant S. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 [Internet]. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). 2017 [cité 10 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>
8. Abdel-Baki A, Poulin M-J. Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. *Psychothérapies*. 2004;24(1):11-16.
9. Mrayan L, Cornish F, Dhungana N, Parfitt B. Transition to parenthood during the transition to modernity in Jordan: New parents' views on family and healthcare support systems. *Appl Nurs Res*. nov 2016;32:139-143.
10. Golse B, Moro MR. *Le développement psychique précoce : de la conception au langage*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2014. 337 p.
11. Clavandier G, Charrier P. La naissance en mutation, un enjeu pour la sociologie ? *Rech Fam*. 8 juin 2015;(12):165-174.
12. Dayan J, Andro G, Dugant M. *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015. 422 p.
13. Israël J. Bébés d'hier et d'aujourd'hui. *Spirale*. 9 juin 2009;2(50):51-63.

14. Le Gal C, Monleaud J. Le statut du fœtus : entre reconnaissance civile et hostilité pénale. *Éthique Santé*. 1 juin 2009;6(2):104-113.
15. Boyer-Panos F. Attachement maternel et qualité des interactions mère-bébé. *J Psychol*. 1 janv 2011;8(261):29-33.
16. Lamas C, Guedeney N. Constitution des liens d'attachement. *J Pédiatrie Puériculture*. 1 mai 2006;19(3):111-114.
17. Tereno S. La théorie de l'attachement dans un contexte pédiatrique. *Arch Pédiatrie*. 1 juin 2010;17(6):721-722.
18. Guedeney N, Lamas C, Bekhechi V, Mintz AS, Guédeney A. Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère. *Arch Pédiatrie*. 1 juin 2008;15(1):12-19.
19. Missionnier S. *La consultation thérapeutique périnatale*. Paris: Erès; 2003. 255 p.
20. Lotz R, Dollander M. Dynamique triadique de la parentalisation. *Devenir*. 2004;16(4):281-293.
21. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). *Grossesse et accueil de l'enfant - Parents, enfants : les premiers ajustements* [Internet]. 2010 [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3o.pdf>
22. Belleau H. Être parent aujourd'hui : la construction du lien de filiation dans l'univers symbolique de la parenté. *Enfances Fam Génér* [Internet]. 2004 [cité 8 déc 2016];(1). Disponible sur: <http://id.erudit.org/iderudit/008891ar>
23. Bubote EN. La querelle père/oncle maternel chez les migrants kongos en France. *L'Autre*. 2016;17(2):212-222.
24. Ottino S von O. Tous parents, tous différents. Parentalités dans un monde en mouvement, All parents, all different. Being parent in a changing world, Todos padres, todos diferentes. Parentalidad en un mundo en movimiento. *L'Autre*. 2011;12(3):304-315.
25. Johansson M, Thomas J, Hildingsson I, Haines H. Swedish fathers contemplate the difficulties they face in parenthood. *Sex Reprod Healthc*. 1 juin 2016;8:55-62.
26. Bydlowski S. Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance : recommandations. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 déc 2015;44(10):1152-1156.
27. Entsieh AA, Hallström IK. First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation-A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. *Midwifery*. 1 août 2016;39:1-11.

28. Belliot E. Impact des césariennes en cours de travail sur les interactions précoces. *Vocat Sage-Femme*. août 2015;14(115):22-26.
29. Abergel M, Blicharski T. Naissance prématurée et lien mère-enfant : attachement de l'enfant, état de stress post-traumatique maternel. *Devenir*. 29 avr 2013;25(1):49-64.
30. Ibáñez M. La prise en charge des parents en périnatalité : éléments pour une discussion. *Spirale*. 2004;1(29):123-133.
31. Delawarde C, Briffault X, Usubelli L, Saïas T. Aider les parents à être parents ? Modèles et pratiques des programmes « evidence-based » d'aide à la parentalité. *Ann Méd-Psychol*. 19 juin 2014;172(4):273-279.
32. Bernard M-R, Eymard C. L'éducation pour la santé en périnatalité : enquête auprès des sages-femmes françaises. *Santé Publique*. 5 déc 2014;26(5):591-602.
33. Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport Flajolet - Annexe 1 : La prévention : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationale [Internet]. *solidarites-sante*. 2001 [cité 12 févr 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
34. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance | Légifrance. *JORF n°55 (2007)*.
35. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). Les droits de l'enfant, et leur « Convention internationale » (CIDE) [Internet]. 2015 [cité 13 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/dossier/convention-internationale-des-droits-de-lenfant>
36. Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C no 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. [cité 11 déc 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-08/a0080026.htm>
37. Plan périnatalité 2005-2007 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2004 [cité 13 juin 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
38. Molénat F. Le tournant du Plan Périnatalité 2005-2007. *Contraste*. 15 nov 2012;(26):127-135.
39. Haute Autorité de Santé (HAS). Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissements de santé [Internet]. 2011 [cité 14 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/20120213_guide_pec_enfant_ado.pdf
40. Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, Dewey M, Blair M, Robinson J, et al. Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Arch Dis Child*. juin 2000;82(6):443-451.

41. Inspection générale des affaires sociales. Evaluation de la politique de soutien à la parentalité (MAP-volet 1) [Internet]. Ministère des affaires sociales et de la santé. 2013 [cité 14 nov 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-igas0c6d.pdf>
42. Article L4151-1 | Légifrance. Code de la santé publique (2016).
43. Moulinier M-C. Les compétences des sages-femmes et les soins postnataux dispensés au nouveau-né. In: Assemblée générale. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF); 2014.
44. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations professionnelles : préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) [Internet]. 2005 [cité 14 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
45. Capgras-Baberon D, Lefèvre-Penel A. Le “désert” de l’accompagnement postnatal. *Vocat Sage-Femme*. 12 juill 2014;13(109):12-14.
46. L'Assurance Maladie. Accompagnement par une sage-femme : du nouveau pour les mères en 2008 [Internet]. Réseau périnatal Aurore. 2008 [cité 6 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.aurore-perinat.org/wp-content/uploads/2017/07/CPAM-Avril-2008.pdf>
47. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). Référentiel métier et compétences des sages-femmes [Internet]. 2010 [cité 13 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf>
48. Molénat F. Naissances : pour une éthique de la prévention. Paris: Erès; 2016.
49. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandation de bonne pratique : Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet]. 2014 [cité 26 janv 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/v3-bat_reco2clics_sortie_de_maternite-120314.pdf
50. Maria B, Dauplain G, Gaucherand P, Cohen H, Vige P, Berthet J, et al. Accoucher et naître en France : propositions pour changer les naissances. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 9 mars 2008;32(7):606-616.
51. L'Assurance Maladie. Le programme d’accompagnement de retour à domicile [Internet]. ameli.fr pour les sages-femmes. [cité 24 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sage-femme/exercice-liberal/services-patients/programmes-retour-domicile>
52. Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE). Sortie de maternité et bien-être des femmes [Internet]. 2012 [cité 14 juin 2017]. Disponible sur: http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/11/CP_sortie_maternite_Novembre2012.pdf

53. Union Nationale des Associations Familiales (UNAF). Enquête périnatalité : Regards de femmes sur leur maternité [Internet]. 2010 [cité 28 sept 2017]. Disponible sur: https://www.unaf.fr/IMG/pdf/ENQUETE_PERINATALITE.pdf
54. Razurel C, Benchouk M, Bonnet J, Alama SE, Jarabo G, Pierret B. Comment les mères primipares font-elles face aux événements de la naissance dans le post-partum ? Une démarche qualitative. *Rev Sage-Femme*. 28 oct 2010;9(5):240-249.
55. Haute Autorité de Santé (HAS). Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans) [Internet]. 2007 [cité 1 août 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/argumentaire_mort_inattendue_nourrisson.pdf
56. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Allaitement Maternel : mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant [Internet]. HAS. 2002 [cité 1 août 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf
57. Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. *Etudes Résultats*. 2012;791:1-8.
58. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). Données démographiques de la profession [Internet]. [cité 23 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>
59. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). Les compétences des sages-femmes [Internet]. [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
60. Morin C, Leymarie M-C. Évolution de la formation des sages-femmes. *Doss Obstétrique*. août 2014;41(440):28-32.
61. Haute Autorité de Santé (HAS). Evaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé [Internet]. 2005 [cité 12 janv 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_epp_juin_2005.pdf
62. Gimbert V, Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.). Département Questions Sociales. Paris. FRA. Les recommandations médicales : un outil pertinent pour faire évoluer les pratiques des professionnels de santé ? *Note Anal*. oct 2012;(291):1-12.
63. Fline-Barthes M-H, Vandendriessche D, Gaugue J, Urso L, Therby D, Subtil D. Dépistage des situations de vulnérabilité psychosociale et toxicologique pendant la grossesse : évaluation d'un auto-questionnaire par comparaison aux données du dossier médical. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 25 avr 2015;44(5):433-442.

64. Labbé É, Moulin JJ, Guéguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. *Rev Ires*. 2007;(53):3-49.
65. Mahieu-Caputo D. Prise en charge des femmes enceintes et nouveau-nés en situation de vulnérabilité sociale : faut-il une prise en charge spécifique ? *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 15 févr 2010;38(2):83-91.
66. Molénat F. Logique des émotions et sentiment continu d'exister. *Spirale*. 2001;2(18):69-76.
67. Louerat R. La prévention de la maltraitance infantile : place de la sage-femme dans le service de suites de couche. [Nantes]: Ecole de sages-femmes; 2015.
68. Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant (CNNSE). Mort inattendue du nourrisson : une (re)mobilisation est nécessaire : évitons l'évitable [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2013 [cité 10 avr 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/17_10_2013_MIN_Briand_Huchet_CNNSE_par_6.pdf
69. Briand-Huchet E. Mort inattendue du nourrisson. *EMC Pédiatrie -Mal Infect*. 26 juill 2010;4-002-T-06:1-13.
70. Jacquet-Francillon S, Pacallet É. Les soins postnataux : place du Prado, place de la PMI, quelle coordination ? *Vocat Sage-Femme*. 9 mai 2016;15(120):41-43.
71. Bellas Cabane C. La place des PMI dans le dispositif de soin. *Enfances Psy*. sept 2008;(40):35-42.
72. Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme | Légifrance. *JORF n°294 (2001) déc 19, 2001*.
73. Formation professionnelle pour Sages-Femmes. [Internet]. *Medic Formation*. 2018 [cité 13 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.medicformation.fr/formations/formation-sages-femmes-c1-2018.htm>
74. Capgras-Baberon D, Lefèvre-Penel A, Dugnat M. Enjeux et objectifs de l'entretien postnatal précoce. *Vocat Sage-Femme*. 12 juill 2014;13(109):17-20.
75. Väänänen C. De l'entretien prénatal à l'entretien postnatal. *Vocat Sage-Femme*. 12 juill 2014;13(109):11.

ANNEXES

Annexe I : Définition et liste des principaux facteurs de vulnérabilité, tirés des recommandations professionnelles sur la PNP (HAS, Novembre 2005)

Encadré 4. Définition et liste des principaux facteurs de vulnérabilité

► Définition de la vulnérabilité

La vulnérabilité est une caractéristique « principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacé du fait de circonstance physique, psychologique ou sociologique ».

► Principaux facteurs de vulnérabilité

- *Les antécédents obstétricaux mal vécus* : précédente grossesse ou naissance compliquée ou douloureuse.
- *Les problèmes de type relationnel, en particulier dans le couple* : avec comme conséquence l'isolement et un sentiment d'insécurité par absence de soutien de l'entourage.
- *La violence domestique*, en particulier conjugale.
- *Le stress* traduit la relation entre une situation qui se modifie et une personne confrontée à cette situation : challenge à surmonter ou menace à laquelle elle peut succomber. Le stress est sous-tendu par la perception personnelle à la fois des exigences de la situation et de ses capacités.
- *L'anxiété* est un processus de blocage cognitif avec des manifestations somatiques, à la différence de la peur (de l'accouchement par exemple) qui se nomme et peut être exprimée par la femme enceinte.
- *Les troubles du sommeil du début de grossesse* peuvent être un signe d'alerte d'une anxiété ou d'une dépression.
- *Un épisode dépressif durant la grossesse* se caractérise par une perte d'intérêt ou de plaisir (perte de l'élan vital) pour presque toutes les activités.
- *La dépression du post-partum* est fréquente. Selon les études, sa prévalence varie de 3 à 10 % selon le moment du *post-partum* où elle est étudiée. Elle se dépiste au moyen d'un instrument d'auto-évaluation, validé et traduit en français (EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*), son utilisation avant la naissance n'est pas recommandée.
- *La dépendance ou l'addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments)* entraîne des effets néfastes physiques ou psychologiques chez la femme enceinte et des conséquences physiques chez le nouveau-né qu'il convient d'anticiper.
- *La précarité* est l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations et leurs responsabilités.
- *Le risque social* est lié à des événements dont la survenue incertaine et la durée variable pourraient mettre en danger la capacité d'un individu ou d'un ménage à répondre à ses besoins à partir de ses ressources disponibles financières ou autres (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé ou rupture conjugale).
- *La naissance à haut risque psycho-affectif* après l'annonce pré et postnatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap.

Annexe II Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles – PNP (HAS, Décembre 2007)

Objectif 4. Proposer à la femme lors de son séjour à la maternité des actions de soutien à la parentalité visant à accompagner la création du lien parents-enfant

Critère n° 20. Mise en œuvre d'un soutien à la parentalité après la naissance de l'enfant

Recommandation source : les exemples d'actions de soutien à la parentalité, en particulier l'accompagnement de la création du lien parents-enfant, sont les suivants : le respect de l'intimité parents-enfant dans les premières heures qui suivent la naissance, un contact physique direct entre le bébé, la mère et le père encouragé précocement après la naissance, la mère encouragée à apporter une réponse chaleureuse et attentionnée aux besoins du bébé (caresser, bercer, parler tendrement, chanter, réconforter, jouer et interagir avec lui), la connaissance des réactions du bébé par une cohabitation avec lui 24 heures sur 24 (se reporter au paragraphe 5.3 des recommandations).

Grade de la recommandation de référence : accord professionnel

Justification du choix du critère : le lien parents-enfant s'il est soutenu dès la naissance favorise l'attachement.

Précision d'utilisation du critère : le critère est atteint si des actions sont mises en œuvre à la maternité pour soutenir la parentalité. Ces actions sont décrites dans un document de référence pour la pratique. En cas de situation de prématurité ou de séparation mère-enfant, le critère est atteint si une aide est proposée et des réponses envisagées pour favoriser le lien mère-enfant.

Objectif 4. Proposer à la femme lors de son séjour à la maternité des actions de soutien à la parentalité visant à accompagner la création du lien parents-enfant

Critère n° 21. Accompagnement de l'autonomie dans les pratiques parentales pour préparer le retour à domicile

Recommandation source : l'occasion est donnée à la femme de s'occuper de son bébé le plus souvent possible : réalisation des soins d'hygiène, couchage de l'enfant par exemple (se référer au paragraphe 5.3 des recommandations et à l'annexe 3). Une guidance et un soutien individuel ou des séances collectives thématiques peuvent être proposés à la maternité en fonction des besoins et des attentes des femmes et des couples et des possibilités locales.

Grade de la recommandation de référence : accord professionnel

Justification du choix du critère : accompagner l'apprentissage des gestes et l'observation du nourrisson renforce la confiance de la mère et du père dans leur capacité à s'occuper de leur enfant.

Précision d'utilisation du critère : le critère est atteint si des transmissions sont retrouvées dans le dossier de la femme. Ces transmissions concernent l'acquisition de compétences par la mère, les pratiques à soutenir dans la période postnatale.

Objectif 4. Proposer à la femme lors de son séjour à la maternité des actions de soutien à la parentalité visant à accompagner la création du lien parents-enfant

Critère n° 22. Réalisation d'une évaluation individuelle pour compléter si besoin la PNP par un contenu ciblé à domicile

Recommandation source : l'utilité de compléter la PNP par un contenu ciblé (séances à domicile) ou un accompagnement spécifique est systématiquement évaluée avant la sortie de la maternité (se reporter au chapitre 6 des recommandations).

Grade de la recommandation de référence : accord professionnel

Justification du choix du critère : un recours devrait être accessible en cas de besoin de soutien ou de difficultés par exemple pour l'allaitement, les soins à l'enfant, la sécurité et le bien-être à domicile, les difficultés d'adaptation aux exigences de l'enfant, la fatigue, la prévention du risque de maltraitance (enfant secoué en particulier), le dépistage du risque de dépression du *post-partum*, etc.

Précision d'utilisation du critère : le critère est atteint si une synthèse est élaborée, ou un document de liaison, et si ce compte rendu précise les compétences qui doivent être soutenues à domicile ou les dispositifs d'aide qui doivent être poursuivis ou mis en place.

Objectif 4. Proposer à la femme lors de son séjour à la maternité des actions de soutien à la parentalité visant à accompagner la création du lien parents-enfant

Critère n°23. Avant la sortie de la maternité, information ou mise en relation avec des dispositifs de soutien et d'aide auxquels la mère ou le couple peut recourir en cas de besoin

Recommandation source : les coordonnées des services de la PMI, de professionnels du secteur libéral, des services de soins à domicile, et des dispositifs tels que : associations, « femmes relais », soutien à l'allaitement, service d'écoute téléphonique et de réponses expertes, technicienne d'intervention sociale et familiale, aide-ménagère, structure de soutien à la parentalité, etc. sont données à la mère et au couple avant la sortie de la maternité. Des contacts sont pris en présence de la femme et du couple si nécessaire avec leur accord (se reporter au paragraphe 5.3 des recommandations).

Grade de la recommandation de référence : accord professionnel

Justification du choix du critère : la femme doit pouvoir trouver une réponse en cas de besoin d'aide ou de soutien, à proximité de chez elle, à partir de coordonnées remises avant la sortie de la maternité.

Précision d'utilisation du critère : le critère est atteint si le dossier de la femme comporte une mention des dispositifs conseillés et des éventuels contacts pris avec des professionnels pouvant intervenir à domicile.

Objectif 5. Poursuivre les séances de PNP en période postnatale en cas de sortie précoce de la maternité ou de difficultés identifiées durant le séjour ou de demande des parents

Critère n°24. Réalisation de séances complémentaires après la naissance en cas de besoin et en coordination avec les professionnels qui suivent la mère et l'enfant

Recommandation source : en cas de sortie précoce ou de besoins particuliers décelés pendant la grossesse ou reconnus après la naissance ou en réponse à des demandes des parents, des séances complémentaires sont proposées à la femme. Elles peuvent porter sur : un accompagnement des soins au nouveau-né, un soutien à l'allaitement, une vérification du bon développement psychomoteur de l'enfant, un soutien à la parentalité et à la confiance en soi, une recherche des signes de dépression du *post-partum*, une adaptation du suivi en fonction des besoins (se reporter au paragraphe 5.3 et à l'annexe 3 des recommandations).

Grade de la recommandation de référence : accord professionnel et réglementation (convention entre l'assurance maladie et les sages-femmes – 2007).

Justification du choix du critère : la poursuite des séances en période postnatale permet d'apporter des réponses à des besoins identifiés à la maternité.

Précision d'utilisation du critère : Le critère est atteint si la réalisation de séances complémentaires est notée dans le dossier ainsi que les contacts pris pour la continuité de la démarche.

Objectif 6. Poursuivre les séances de PNP en période postnatale en cas de sortie précoce de la maternité ou en cas de difficultés identifiées durant le séjour ou en cas de demande des parents

Critère n° 25. Réalisation d'une évaluation individuelle des séances de soutien et des suivis complémentaires mis en œuvre à domicile

Recommandation source : l'évaluation renseigne sur l'amélioration des connaissances, le degré de confiance des parents, la qualité de la coordination des acteurs (se reporter au chapitre 6 et à la figure 3 des recommandations). S'il subsiste des difficultés ou des facteurs de vulnérabilité qui nécessitent la mise en place d'actions coordonnées, le suivi sera adapté en fonction des besoins (contenu ciblé ou accompagnement spécifique) en lien avec le médecin traitant et la PMI par exemple.

Grade de la recommandation de référence : accord professionnel

Justification du choix du critère : l'évaluation permet de s'assurer que la PNP a répondu aux besoins de la femme et du couple, de poursuivre la démarche de prévention et d'éducation et de la clore.

Précision d'utilisation du critère : le critère est atteint si un retour d'informations est retrouvé dans le dossier de la femme.

Annexe II Lettre d'information

LETTRE D'INFORMATION

La place des sages-femmes du Puy-de-Dôme dans le soutien à la parentalité en post-partum

Investigateurs :

... , étudiant(e) sage-femme à Clermont-Ferrand

sous la direction de ...

Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à me contacter par mail à l'adresse :

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée « La place des sages-femmes du Puy-De-Dôme dans le soutien à la parentalité en post-partum ».

Une étude sur la prise en charge du soutien à la parentalité en post-partum par les sages-femmes du Puy-de-Dôme est engagée au sein ... Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de ...

1. Pourquoi cette étude

Le post-partum, commençant dès la naissance, est la période durant laquelle les acteurs de la triade parents-enfant vont se rencontrer. C'est alors à cette période que le couple va devenir parent d'un enfant. La parentalité est l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de jouer leur rôle de parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur enfant sur le plan physique, affectif, intellectuel et social, définition proposée en 2006 par le Conseil de l'Europe. Elle peut être soumise à des difficultés. La sage-femme, acteur clé notamment du post-partum, trouve toute sa place dans le soutien à la parentalité.

2. L'étude en pratique

Cette étude se compose d'un questionnaire en version papier ou informatique. Le questionnaire se compose d'une première partie regroupant des renseignements généraux et d'une seconde partie de cas cliniques. La forme de cas clinique permet l'observation d'une pratique. Les données recueillies seront ensuite comparées avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Cette étude comporte deux objectifs : décrire la prise en charge de la prévention et du dépistage des troubles de la parentalité durant le post-partum par les sages-femmes du Puy-de-Dôme et connaître les facteurs influençant cette prise en charge.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles (si recueillies) seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait (aucune modification de prise en charge).

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 7 août 2004, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement la destruction de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à ... Ecole de sage-femme de Clermont-Ferrand, Site Universitaire Duant-5^{ème} étage-R1, 28 place Henri Dunant, BP 28, 63 000 Clermont-Ferrand Cédex 1

5. Obtention d'informations complémentaires :

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter le responsable principal pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

..., étudiante sage-femme : ...

La place des sages-femmes du Puy de Dôme dans le soutien à la parentalité dans le post-partum

Bonjour,

Je suis actuellement étudiante sage-femme à l'école de Clermont-Ferrand. Je vous contacte dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude portant sur la place des sages-femmes du Puy-de-Dôme dans le soutien à la parentalité dans le post partum, sous la direction du Docteur Afin de réaliser mon enquête, je vous propose de répondre notamment à quelques cas cliniques. En effet, ils sont basés sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé et permettent d'observer une prise en charge. La durée moyenne de ce questionnaire est de 10 minutes.

Je reste disponible pour toute question ou demande à l'adresse mail suivante : ...

Merci de votre participation.

Renseignements Généraux

1. Intervenez-vous dans le post-partum ? (1 réponse possible)
 - Oui
 - Non

2. Vous êtes : (1 réponse possible)
 - Un homme
 - Une femme

3. Vous avez entre : (1 réponse possible)
 - 22-35 ans
 - 36-45 ans
 - 46-55 ans
 - 56-65 ans
 - + de 65 ans

4. Avez-vous des enfants à charge ? (1 réponse possible)
 - Oui
 - Non

5. Vous avez obtenu votre diplôme : (1 réponse possible)
 - Entre 1973-1985
 - Entre 1986-2001
 - Entre 2002-2003
 - Entre 2004-2011
 - Après 2011

6. Quel est votre mode d'exercice ? (plusieurs réponses possibles)
 - Libéral
 - Hospitalier (public ou privé)
 - Territorial
 - Centre de périnatalité et de proximité
 - Autre : _____

7. De quel type de maternité dépendez-vous principalement ? (1 réponse possible)
- Type I
 - Type II
 - Type III
8. Quels sont vos domaines d'exercice ? (plusieurs réponses possibles)
- Consultations pré et post natales
 - Secteur de grossesses hospitalisées
 - Consultations urgentes de gynécologie-obstétrique
 - Consultations gynécologiques de prévention et contraception
 - Préparation à la naissance et à la parentalité
 - Salle de naissance
 - Suites de couches
 - Rééducation périnéale
 - Exploration uro-dynamique
 - Autre : _____
9. Avez-vous des formations complémentaires dans le domaine de la parentalité ? (1 réponse possible)
- Oui : _____
 - Non
10. Vous assurez le suivi du couple parent-enfant dès : (1 réponse possible)
- Avant, par le suivi gynécologique
 - Le projet d'enfant
 - L'existence de la grossesse
 - L'accouchement
 - Le retour à domicile
11. Jusqu'à ? (plusieurs réponses possibles)
- L'accouchement
 - Le retour à domicile
 - La première visite médicale de l'enfant
 - Autre : _____

CAS CLINIQUE 1

Mme F, 25 ans, G1P1, a donné naissance à 39 SA à Thomas, à qui elle donne le biberon. Elle ne présente aucun antécédent particulier. Parmi les dépendances, elle consomme du tabac (15 cigarettes par jour avant la grossesse qu'elle a réduit à 5-6 cigarettes à présent). Elle est actuellement au chômage. Le couple vient d'emménager dans la région suite à la mutation de son mari. Sa grossesse a été marquée par des difficultés d'endormissement en début de grossesse.

1. Quels facteurs de vulnérabilité concernant la parentalité et le lien parent-enfant identifiez-vous ? (plusieurs réponses possibles)
- Isolement familial
 - Précarité
 - Troubles du sommeil
 - Addiction

Il s'agit de la première fois que vous rencontrez cette patiente et son enfant. Le père est présent.

Le couple semble épuisé et la mère vous parle de sa détresse quant à l'alimentation de Thomas et ses difficultés à digérer. En effet, elle a constaté des pleurs récurrents après le biberon.

2. Concernant la création du lien parent-enfant, lorsque vous rencontrez ce couple pour la première fois, que proposez-vous ? (plusieurs réponses possibles)
 - Porter l'enfant en écharpe
 - Évaluer le lien mère-enfant avec l'échelle EDIN
 - Expliquer les réactions de l'enfant
 - Laisser l'enfant le plus possible avec ses parents

Mme F vous indique alors que la chambre de l'enfant n'est pas prête. Pour le moment, elle n'a qu'un lit parapluie. Elle souhaite des conseils.

3. Que lui conseillez-vous ? (plusieurs réponses possibles)
 - Dormir dans le même lit que l'enfant en attendant que la chambre soit prête
 - Installer l'enfant dans son lit dans la chambre parentale
 - Coucher l'enfant en position ventrale pour faciliter sa digestion
 - Acheter un matelas pour que le lit parapluie soit plus confortable

CAS CLINIQUE 2

Mme G, 32 ans, G3P3, a eu une césarienne pour pré-éclampsie à 35 SA. Louise est en néonatalogie au vue de son terme. Elle n'est pas allaitée. Mme G est architecte à son compte et vit en couple avec M G et leurs deux filles de 2 et 3 ans, pour lesquelles elle garde un mauvais vécu de ses grossesses. Elle n'a pas d'antécédent particulier et le couple ne présente pas de dépendance.

1. Quels facteurs de vulnérabilité concernant la parentalité et le lien parent-enfant identifiez-vous ? (plusieurs réponses possibles)
 - Naissance à haut risque psycho-social
 - Risque social
 - Antécédents obstétricaux
 - Stress

Mme G revient de néonatalogie où elle a été voir sa fille. Elle vous signale que Louise ne fait que pleurer, lorsque le couple va lui rendre visite. Lors de votre entretien, le couple vous confie "ne pas être à l'aise avec un si petit bébé".

2. Que suspectez-vous ? (plusieurs réponses possibles)
 - Une dépression du post-partum
 - Une difficulté d'adaptation à l'enfant
 - Une faible estime de soi
 - Une incompréhension des réactions de l'enfant

Il s'agit de la dernière fois que vous voyez cette patiente du fait de son activité, elle va reprendre le travail le lendemain.

3. Quelle est votre conduite ? (plusieurs réponses possibles)
 - Mettre à jour les transmissions et prévoir un prochain rendez-vous

- Donner les coordonnées de la protection maternelle et infantile de la région
- Conseiller sur les pleurs, le syndrome du bébé secoué et le retour à la maison
- Proposer une aide-ménagère

CAS CLINIQUE 3

Mme D, 42 ans, G4P2, ayant des antécédents de fausses couches spontanées (2 consécutives avant cette grossesse), a un premier enfant de 13 ans d'un précédent conjoint. Lola est née à 38 SA. Ils travaillent tous les deux comme ouvriers. Il n'y a pas de dépendance dans le couple. Sa grossesse s'est déroulée sans particularité.

1. Quels facteurs de vulnérabilité concernant la parentalité et le lien parent-enfant identifiez-vous ? (plusieurs réponses possibles)
 - Précarité
 - Violence domestique
 - Naissance à haut risque psycho-social
 - Antécédents obstétricaux

Lors de votre visite, vous constatez que Lola a perdu du poids (3920g) par rapport à la veille (3970g), alors qu'elle en avait repris la veille. Toutefois, vous remarquez que Lola a 4 selles par jour, des couches mouillées, ne présente pas de fièvre et a un examen clinique normal par ailleurs. Mme D dit "ne pas avoir assez de lait".

2. Vous décidez : (plusieurs réponses possibles)
 - De lui montrer les différentes positions pour allaiter
 - De proposer un biberon à l'enfant pour compléter la tétée
 - De lui donner les coordonnées d'un conseiller en lactation
 - De l'encourager à stimuler sa lactation par un tire-lait

La patiente vous informe qu'elle souhaite une sortie précoce.

3. Quelles raisons pourraient contre-indiquer la sortie de cette patiente ? (plusieurs réponses possibles)
 - Un examen de l'enfant a été réalisé par un pédiatre après 48h de vie
 - Le lien mère-enfant est de bonne qualité
 - La patiente présente un antécédent de dépression
 - L'enfant présente une perte de poids inférieure à 8 % de son poids de naissance

Remarques particulières

Merci de me faire part de vos remarques concernant votre formation, la communication au sein du réseau, vos souhaits et attentes concernant le sujet :

Merci d'avoir pris le temps de répondre ! Bonne journée.

Annexe IV : Objectifs de l'entretien postnatal précoce d'après un outil de formation développé par D. Capgras-Baberon, A. Lefèvre-Penel et A. Battut (vocation sage-femme n°109, juillet-août 2014)



RESUME

Introduction : Face à la gravité des troubles de la parentalité et aux besoins des nouveaux parents, le soutien à la parentalité est devenu un enjeu, dès le post-partum. L'objectif principal était de décrire les pratiques des sages-femmes permettant le repérage de la vulnérabilité et la prévention des troubles de la parentalité, en post-partum. L'objectif secondaire était d'identifier les facteurs qui peuvent influencer ces pratiques.

Méthode : Dans cette étude observationnelle, un questionnaire basé sur des cas cliniques a été établi à partir de documents de référence sur la PNP et proposé aux sages-femmes exerçant dans le Puy-de-Dôme. Puis des scores de conformité ont été élaborés par comparaison aux documents de référence, et analysés selon des facteurs.

Résultats : La conformité totale était de 74,25 % aux recommandations, en moyenne ; de 77,33 % pour le repérage de la vulnérabilité et de 72,70 % pour ce qui concerne la prévention. Seul le nombre de domaines d'exercice a été identifié comme facteur influençant la prévention ($p = 0,04$).

Discussion : La forme du questionnaire a entraîné des incompréhensions et des difficultés d'interprétation. Bien que la pratique soit conforme en matière de prévention, la communication au sein du réseau de périnatalité, la transmission de l'information aux parents restent des sujets actuels.

Conclusion : Malgré une conformité satisfaisante, les sages-femmes décrivent un besoin de formation et de temps, dans un contexte de sortie précoce, de multiplicité des acteurs...

Mots-Clés : parentalité, soutien à la parentalité, pratique des sages-femmes, post-partum, prévention.

SUMMARY

Introduction : In front of the seriousness of parenthood disorders and the need of the new parents, the support to parenthood has become an issue, at the beginning of postpartum. The main aim was to describe the practices by the midwives allowing the identification of the vulnerability and the prevention of parenthood disorders, in post-partum. The secondary aim was to identify the factors which can influence these practices.

Methods : In this observational study, a questionnaire, based on clinical cases, was created from reference documents about birth and parenthood preparation and suggested to midwives practicing in Puy-de-Dome. Then, conformity scores were worked out by comparison with reference documents, and tested according to factors.

Results : The total conformity was from 74.25 % to recommendations, on average; from 77.33% for the identification of the vulnerability; and from 72.70 % for prevention. Only the number of domains of activity was identified as a factor influencing to the prevention ($p = 0.04$).

Discussion : The shape of the questionnaire led to misunderstandings and difficulties of interpretation. Although the practice conformed with the recommendations, the communication within the perinatal network, the data transmission to parents remain topical subjects.

Conclusion : Despite a satisfactory conformity, midwives describe a need for training and for time, in a context of early discharge, of multiplicity of actors...

Key-words : parenthood, parenthood support, practice of midwife, postpartum, prevention.