



HAL
open science

Vécu et accompagnement de la femme dans le post-partum : comment pouvons-nous, en tant que professionnel de santé, aider, prévenir et accompagner nos patientes pour un meilleur vécu du post-partum ?

Julie Bistarelli

► To cite this version:

Julie Bistarelli. Vécu et accompagnement de la femme dans le post-partum : comment pouvons-nous, en tant que professionnel de santé, aider, prévenir et accompagner nos patientes pour un meilleur vécu du post-partum ?. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04069652

HAL Id: dumas-04069652

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04069652v1>

Submitted on 14 Apr 2023

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.



École de Sages-Femmes de Nice

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR

Faculté de Médecine

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

Vécu et Accompagnement de la Femme dans le Post-Partum :
*Etude qualitative descriptive auprès de 22 accouchées de la Maternité du
Centre Hospitalier Universitaire de Nice*

Julie BISTARELLI

Née le 22 Octobre 1998

A Nice, Alpes Maritimes

Mémoire présenté et soutenu le 7 Mars 2022

Directeur de mémoire : Vittorio LONIGRO

DIPLÔME D'ÉTAT de SAGE-FEMME

2022

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier très sincèrement mon directeur de mémoire le Docteur Vittorio LONIGRO, Médecin-Chef Psychiatre du Pôle de Psychopathologie de la Crise SMPR-USIP, pour son accompagnement bienveillant, sa disponibilité et pour ses précieux conseils lors de la réalisation de cet ouvrage. Vous avez accepté de m'aider pour ce mémoire sans aucune hésitation. Je ne saurai vous être assez reconnaissante pour votre soutien.

Je remercie toutes les personnes qui ont participé à ma formation. Merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique et administrative de l'Ecole de Sages-Femmes de Nice, et notre Directrice, Madame MACCAGNAN. Merci aux professionnels de santé des différents lieux de stages que j'ai pu rencontrer, qui m'ont formée, accompagnée et encouragée tout au long de ces années.

Merci à nos remarquables cadres, nos mamans de cœur, qui nous ont apporté tout leur savoir et expériences professionnelles durant ces quatre années : Madame GIGLIO-MAGNES, Madame PIGNATO, Madame BLAYAC, Madame MUSSO et enfin, Madame BOURGEOIS.

Je souhaite adresser mes remerciements à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Je remercie enfin mes proches qui m'ont supportée (et auront encore certainement à le faire), tout particulièrement mes parents et mon frère, qui ont été à l'écoute de mes péripéties et de mes doutes pendant déjà plus de 23 ans.

Et bien sûr une pensée pour mon bouledogue-français, Max, ma boule anti-stress.

« C'est impossible, dit la Fierté

C'est risqué, dit l'Expérience

C'est sans issue, dit la Raison

Essayons, murmure le Cœur. »

William Arthur Ward

Table des matières

Remerciements	2
Liste des Tableaux et Figures	5
Liste des Tableaux	5
Listes de Figures	5
Liste des abréviations	6
1. Introduction	7
2. Matériel et Méthode	13
2.1 Type d'étude	13
2.1.1 Méthode Qualitative	13
2.1.2 Elaboration de l'étude	13
2.2 Population	14
2.2.1 Echantillonnage	14
2.3 Recueil de données	15
3. Résultats	16
3.1 Caractéristiques générales de la population	16
3.2 Synthèse des principaux résultats	17
3.2.1 Santé physique	17
3.2.2 Santé psychique	26
3.2.3 Consultation du PP	36
4. Discussion	38
4.1 Comprendre les résultats	38
4.1.1 Manque d'information	38
4.1.2 Quelles sont les sources d'informations des patientes interrogées ?	39
4.1.3 Sujets tabous	40

4.1.4 La douleur : facteur subjectif.....	41
4.1.5 Santé psychique et estime de soi	42
4.1.6 Suivi à domicile.....	44
4.1.7 Prise en charge proposée aux femmes.....	47
4.1.8 Sexualité	47
4.1.9 Partage de l'expérience	48
4.1.9 Le soutien : La place du père.....	49
4.1.10 Ressenti et vécu du PP.....	50
4.2 Perspectives	51
4.2.1 Améliorer et approfondir les pratiques de la Sage-Femme.....	51
4.2.2 Information et Prévention.....	53
4.2.3 Fatigue et manque de temps : Aide à la maison et rallongement du congés maternité.....	54
4.2.4 Groupe de paroles et ateliers en suite de couches	54
4.2.5 Réseau périnatal	54
4.3 Limites de notre étude	56
5. Conclusion.....	57
Bibliographie	I
Annexe I	IV
Questionnaire amenant à des réponses ouvertes durant les entretiens avec notre échantillon.	IV
Annexe II.....	VII
Suivi de la Consultation du Post-Partum.....	VII

Liste des Tableaux et Figures

Liste des Tableaux

Tableau I : Répartition des âges des participantes.

Tableau II : Métrorragie supérieure à 10-15 jours

Tableau III : Troubles urinaires

Tableau IV : Incontinence anale

Tableau V : Les tranchées

Tableau VI : Les douleurs

Tableau VII : Dyspareunies

Listes de Figures

Figure n°1 : Evocation du Post-partum dans les cours de préparation à la naissance.

Figure n°2 : Répartition du niveau de douleurs chez les participantes durant les deux premières semaines de leur Post-Partum.

Figure n°3 : Types de douleurs en Post-Partum.

Figure n°4 : Nombre de personnes interrogées ou non sur la présence de troubles urinaires durant le Post-Partum.

Figure n°5 : Nombre de personnes interrogées ou non sur la présence d'incontinence anale durant le Post-Partum.

Figure n°6 : Planification de la préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandation de la Haute Autorité de Santé.

Figure n°7 : Définition du bas risque maternel pour un retour à domicile après une durée de séjour standard. Recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Figure n°8 : Principales causes des décès maternels (de la conception jusqu'à un an après l'accouchement).

Figure n°9 : Brochure Post-Partum Santé mentale de Pascale Tremblay et Émilie Côté *Institut universitaire en santé mentale de Québec.*

Liste des abréviations

EPDS : L'Edinburgh Postnatal Depression Scale

EPP : Entretien Périnatal Précoce

EVA : Echelle Visuelle Analogique

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PP : Post-Partum

1. Introduction

Après la grossesse et l'accouchement, arrive une période particulière dans la physiologie féminine : les suites de couches ou post-partum. Souvent méconnues et peu prises en compte, les suites de couches qui débutent deux heures après l'accouchement et durent environ 6 semaines, sont associées à des caractéristiques physiologiques particulières.[1] Elles sont premièrement définies par d'importants changements physiques. En effet, la grossesse et l'accouchement ne sont pas sans conséquences sur le corps. Il y a un impact au niveau des muscles abdominaux et périnéaux, mais aussi sur la colonne vertébrale ainsi que le bassin, qui subissent des modifications pour pallier la croissance du fœtus. Ces modifications causeront éventuellement des troubles aussi durant le post-partum, du fait de l'élasticité augmentée des tissus par les hormones, du poids et du passage du fœtus dans le bassin et la filière génitale, et des changements physiologiques de l'organisme pour s'adapter à la création d'un nouvel individu. Considérés comme physiologiques durant une période donnée, mais pathologiques si persistant dans le temps, ces changements, peuvent devenir un réel handicap, et impacter ultérieurement, la psyché des patientes et de son entourage. Ils peuvent se traduire par des lochies, des tranchées, des douleurs mammaires et périnéales, des fuites urinaires et anales, des dyspareunies, des hémorroïdes, des sautes d'humeurs, des variations de température corporelle (sueurs froides, bouffées de chaleurs), etc. [1]

Deuxièmement, il y aussi des changements psychiques. A la fin du troisième trimestre, le taux d'hormones est mille fois plus élevé qu'en temps normal. Il influence le bien-être émotionnel de la femme enceinte en jouant sur le système nerveux comme des antidépresseurs et des stabilisateurs naturels de l'humeur. Cependant, il chute drastiquement dans les heures qui suivent l'expulsion du placenta, ce qui influence les émotions de la femme.[2] Le psychisme maternel est modifié par ce qu'on nomme la transparence psychique, état de sensibilité particulier, qui prépare la future mère à la rencontre de son enfant et à la compréhension de ses besoins. Associé à des modifications hormonales et physiques, il peut aussi rendre l'accouchée plus vulnérable aux complications psychiques. Le stress intense provoqué par l'accouchement et l'arrivée de bébé amène alors de l'anxiété, et un oubli de soi pour répondre correctement aux besoins de l'enfant. Ces phénomènes peuvent exacerber le risque de colère, de dépression, causant des risques de troubles relationnels mère-enfant, ou même des difficultés conjugales.[3] Cette anxiété, associée à la fatigue de l'accouchement et des premiers jours de vie le nouveau-né, altérant l'état psychique de la mère, amène dans

environ 30 à 80% des cas, à un babyblues, typiquement entre le troisième et le dixième jour suivant la naissance. [4] Il se définit comme un état d'hypersensibilité transitoire, un trouble émotionnel fugace caractérisé par une labilité de l'humeur (irritabilité, inquiétude, fatigue, pleurs, ...). Il se résoudrait spontanément et est dit non pathologique. S'il devient intense et prolongé, il peut s'associer à un risque augmenté de dépression du post-partum. [5] L'entourage l'attribue souvent à une « fatigue normale après une naissance ». La mère par conséquent, peut estimer que ses troubles sont liés à la fatigue, et les banaliser. Elle peut aussi se culpabiliser, craindre que l'entourage lui reproche de ne pas éprouver la « joie normale de toute mère qui vient de donner la vie » ou qu'ils la perçoivent comme une « mauvaise mère », ce qui l'incite à masquer ses troubles, voire les dénier. Elle ne demande généralement pas directement de l'aide, mais centre ses demandes sur les « difficultés de l'enfant ». Les conséquences possibles sur l'état de santé de la mère (évolution chronique, récurrences lors de grossesses ultérieures), de l'enfant (difficulté en termes d'attachement et de performance cognitive) et du conjoint (dépression) justifient le repérage précoce de ces troubles. [3] Précisément, un peu plus d'une mère sur dix à une dépression du postpartum dans l'année suivant la naissance. En 2016, « 29,6% des femmes ont déclaré des symptômes dépressifs ». [6]

La dépression du post-partum se traduit par des symptômes envahissants qui durent : pleurs, angoisse, anhédonie, sensation d'incapacité, de dévalorisation, isolement social, perte d'envie et repli sur soi, durant au moins deux semaines consécutives. [7] Elle implique une altération de la relation mère-enfant, car la figure d'attachement, la mère, n'est pas apte à répondre aux besoins primaires du nouveau-né. Ces troubles d'interactions précoces se manifestent sur le développement de l'enfant par des troubles du comportement, et une instabilité psychomotrice. [8] Pour la période 2013-2015, 262 décès maternels ont été identifiés, soit un décès tous les quatre jours en France d'une cause liée à la grossesse, à l'accouchement ou à leurs suites. Le résultat marquant de ce rapport est la place prépondérante des maladies cardiovasculaires et des suicides : les deux premières causes de mortalité maternelle, responsables d'environ un décès par mois chacune. Un autre résultat important est la poursuite de la diminution de la mortalité par hémorragie obstétricale, divisée par deux en 15 ans, en particulier par baisse des hémorragies mortelles par atonie utérine. [9] Il est intéressant d'observer que 24% des décès maternels surviennent entre 42 jours et un an du post-partum. Cette proportion a doublé depuis la dernière période 2010-2012 (12%). [10] 60 à 80% de ces suicides surviennent entre 42 jours et un an du post-partum.

Paradoxalement, le post-partum est vécu par de nombreuses femmes mais, il reste un sujet tabou dans la société depuis plusieurs générations. Nous avons pu constater qu'il n'y a pas beaucoup d'études réalisées et de revues de littérature qui le décrivent. C'est un sujet souvent flou, peu médiatisé parfois inconnu pour certaines femmes. Depuis le 15 février 2020 se sont répandus sur les réseaux sociaux les témoignages de femmes décrivant avec des mots réalistes, leur corps et leur psychisme dans les jours qui ont suivi leur accouchement. La sociologue et féministe Illana Weizman, aux côtés d'Ayla Saura, Morgane Koresh et Masha Sacré sont à l'origine de cet appel à témoins, lancé sous l'hashtag #MonPostPartum : « Le but étant de libérer la parole en dénonçant ce tabou sociétal, un sentiment d'injustice, de honte, de solitude, lever le voile sur un post-partum loin des images véhiculées par la société ». De surcroît, lors de la soirée des Oscars 2020, la Motion Picture Academy a refusé de diffuser une publicité dédiée aux soins post-accouchement Frida Mom, spot jugé "*Too graphic*" (= "Trop explicite"). On y voit en effet une mère qui se réveille en pleine nuit, en entendant les pleurs de son bébé, et se dirige vers les toilettes. Elle porte une serviette hygiénique épaisse, maintenue par une culotte en filet. Son ventre est encore rond, elle semble avoir accouché il y a quelques jours. Sur la cuvette, elle tente de s'appliquer une lotion, et le rituel a l'air compliqué. On devine cette douleur si typique à sa démarche et à la difficulté qu'elle a de s'asseoir. Mais il n'y a pas de sang, pas de nudité : « Et nous nous demandons pourquoi les nouvelles mamans ne se sentent pas préparées », déplore Frida Mom. [11] Il en est de même pour l'exposition des pubs de protections hygiéniques où l'on peut voir des vulves dessinées, représentées avec des fruits ou faites en pelote de laine, où les règles sont montrées, avec des produits rouges, anciennement bleus. Publicité volontairement "choquante" « qui avait pour objectif de montrer la réalité brute ». [12] « Le CSA a reçu plus de 1000 saisies » à la suite de sa diffusion à la télévision. Ces informations laissent à penser que les professionnels de santé devraient occuper une place plus importante dans l'accompagnement de ses femmes et l'éducation des plus jeunes. En effet, les professionnels de périnatalité ont un rôle à jouer dans la prévention et le repérage du mauvais vécu du post-partum. Le plan de périnatalité 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité » [13] recommande aux professionnels de santé de prendre en compte l'environnement psychique de la mère et de dépister les facteurs de risque psycho-sociaux dès que possible. La Sage-Femme est en première ligne pour repérer les situations de vulnérabilité par l'évaluation de l'état psychique maternel, pendant la grossesse, à l'accouchement, dans le post-partum et au sein de la relation mère-enfant. La périnatalité fait partie des « axes majeurs d'interventions » et est ainsi un moment important

dans le repérage des troubles psychique. [14] Les compétences de la sage-femme comportent une surveillance clinique rigoureuse, une prise en charge globale mère /enfant, mais aussi la prévention, l'éducation et le dépistage des complications médicales, psychologiques et/ou sociales. Le "regard" et l'accompagnement de la sage-femme permet de déceler chez la patiente, des sentiments de tristesse, d'angoisse, voire même de dépression et donc amener à une prise en charge précoce et adaptée. Elle est le premier contact auprès de la patiente, et est donc un outil essentiel. [14] Certains outils sont déjà mis en place pour préparer et accompagner la future mère, et futur père dans la parentalité :

- **L'entretien prénatal précoce**

Outil mis en place par le plan périnatalité de 2005-2007. Il se fait avec un professionnel médical durant le quatrième mois de grossesse. Remboursé par la sécurité sociale, il permet de connaître les doutes, et questionnements du couple. C'est un lieu d'échange créant un environnement propice à l'échange et de s'assurer de la sécurité somatique, psychique et émotionnelle de la femme. Pourtant, « seules 28,5% des femmes déclarent en avoir eu un. » [15]

- **La préparation à la naissance et à la parentalité**

Permettrait aux femmes d'obtenir des informations aussi sur le post-partum. Pourtant, les cours aujourd'hui délivrés ne semblent pas suffisamment ou même pas du tout informer sur l'après-naissance.

- **L'entretien post natal précoce**

Selon les recommandations « Sortie de maternité après un accouchement ». [16] L'article L. 2122-1 du code de la santé publique : Deux séances postnatales peuvent être réalisées entre le huitième jour suivant l'accouchement et la visite postnatale. Elles permettent d'aider, d'accompagner et de revenir sur des besoins particuliers des parents ou de l'enfant suite à des difficultés ou situations de vulnérabilité rencontrées qui perdurent. Elles permettraient de renforcer le besoin d'accompagnement des mères, d'exprimer leur vécu et dépister les dépressions du post-partum, afin que le suivi puisse être ajusté et adapté grâce au réseau de santé en périnatalité. Elles sont actuellement prises en charge intégralement au titre de l'Assurance Maternité. Afin de renforcer le besoin d'accompagnement des mères, un entretien post-natal précoce existe entre le huitième et quinzième jour après l'accouchement, mais n'est pas généralisé à l'échelle nationale et reste encore peu pratiqué. « Recommandé

depuis 2014 par la HAS et par le rapport de la commission des 1000 premiers jours de la vie, il est encore trop méconnu. » [1] « Il pourrait durer une heure et se dérouler dans le premier mois après la sortie de la maternité et être renouvelé à deux mois si besoin » (recommandation de la commission des 1000 premiers jours de la vie).

- **Et la/les visite(s) post-natale**

La visite post-natale est réalisée six à huit semaines après l'accouchement. Elle permet de faire le point sur l'état de santé global de la femme. Visite obligatoire et évoque de nombreux sujets (alimentation, rééducation périnéale, contraception, ...). Néanmoins, 46 % des primipares, se sentaient désemparées, angoissées ou incertaines au retour à la maison, se sentant souvent démunies. [17]

Ces points nous ont amené à vouloir étudier le vécu des femmes découvrant le post-partum et à réfléchir sur comment pouvons-nous, en tant que professionnel de santé, aider, prévenir et accompagner nos patientes pour un meilleur vécu du post-partum ? Quels moyens peuvent permettre une meilleure prise en charge ?

Différentes hypothèses se présentent. La principale serait que la patiente s'adapte difficilement après son accouchement, elle présenterait des signes de détresse autant psychologiques que physiques. La seconde porterait sur la prise en charge apportée par la consultation du post partum qui ne serait pas optimale car elle n'aborderait pas tous les points et doutes de la nouvelle mère. Quelques sujets peuvent être oubliés. La patiente ne serait pas forcément correctement encadrée et suivie. L'objectif principal de notre étude est d'étudier le vécu du post-partum des patientes par des témoignages, concernant sa santé physique (douleurs, métrorragie, troubles urinaires, rééducation, contraception, autre symptôme) et sa santé psychologique (estime de soi, babyblues, dépression, reprise d'une sexualité, traumatisme, doutes et questionnements). L'objectif secondaire est d'analyser le niveau de prise en charge de la femme et de son suivi lors du post-partum. Savoir si la consultation du post-partum est bien menée, adaptée et si elle prend en considération toutes les attentes de la patiente. Le but étant de trouver des moyens pour une meilleure prise en charge du post partum, mais aussi une médiatisation plus importante sur ce sujet tabou. Observer, si par exemple, il serait intéressant d'informer plus précocement les patientes ; voire même, éduquer et sensibiliser d'avantage la population sur le post-partum en le médiatisant à plus grande échelle. Une meilleure connaissance de son corps pourrait amener à une meilleure adaptation de la femme après son accouchement.

La phénoménologie va être notre outil de travail. Elle est l'approche scientifique des expériences vécues. Telle qu'elle a été initiée par Husserl au XX^{ème} siècle. La recherche qui s'appuie sur la phénoménologie est par essence qualitative ; elle « vise à comprendre un phénomène, à en saisir l'essence du point de vue des personnes qui en ont fait l'expérience ». Ce type d'analyse va déboucher sur un récit compréhensif et non sur une démonstration. » Étudier l'expérience, c'est étudier la vie ». [18] La méthode phénoménologique a pour objectif de décrire le sens accordé à un phénomène. Elle donne la priorité au vécu de l'individu, à sa perception. Décrire le phénomène, c'est saisir son unification par la Personne, le sens que celle-ci lui donne et comment elle le lui a donné. Ainsi, les données subjectives ne sont plus un biais, mais bien le matériel narratif que la méthode sollicitera et analysera. [19]

2. Matériel et Méthode

2.1 Type d'étude

2.1.1 Méthode Qualitative

Pour la réalisation de notre étude concernant le vécu et l'accompagnement de la femme durant le post-partum, nous nous sommes appuyés sur une méthode qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels semi-directif avec codage thématique et analyse phénoménologique. Il nous a paru approprié d'utiliser cette méthode de recueil pour saisir au mieux, leurs souvenirs, ressentis et émotions. Notre revue de la littérature a été établie grâce à différentes bases de données comme PubMed, Cairn, PsycInfo, PsycArticles et Persée. Ainsi que de la littérature grise à partir de la Haute Autorité de Santé, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), Santé Publique France. Les principaux mots clés recherchés étaient : Post-partum, maternité, paternité, dépression, babyblues, sexualité, corps.

2.1.2 Elaboration de l'étude

La première étape de notre étude s'est fondée sur un entretien téléphonique rétrospectif semi directif, individuel du vécu du post-partum chez les patientes. Le choix de l'entretien par téléphone a été choisi par raison de praticité avec les disponibilités des participantes et d'organisation face à l'épidémie de la COVID-19. Il comporte des questions ouvertes pour favoriser le discours mais aussi des questions dichotomiques. Certaines questions sont inspirées de l'Echelle de dépression postnatale d'Edimbourg [20] ; 10 questions servant au dépistage de la dépression dans le post-partum. Avec leur consentement, les patientes interrogées, ont été recontactées 6 semaines plus tard, à la suite d'une première rencontre en service de maternité. Nous avons choisi une période proche du post partum car les souvenirs sont encore récents, et permettront alors de minimiser les biais liés à la perte de mémoire. Il est important de noter que les retours et pensées négatives des patientes ont pu être relativisés et minimisés par rapport à l'événement qu'engendre une naissance désirée. L'entretien individuel téléphonique a été divisé en trois grandes parties :

- La santé physique : s'intéressant à la présence de métrorragie, de tranchées, de troubles urinaire, d'incontinence anale, de douleurs, et le choix de l'alimentation pour le nouveau-né (allaitement maternel, artificiel ou mixte) et ses raisons.

Nous avons analysé s'il y avait présence ou non de ces troubles chez la patiente, ainsi que de sa connaissance du risque d'être touchée par ces derniers durant le post partum (connaissance sur le sujet, grâce au corps médical ou par des outils extérieurs, tels qu'internet, livres documentations, proches). Et par conséquent, étudier si les différents risques encourus et problèmes que nous rencontrons en post-partum, ont été découverts avant la grossesse, pendant la grossesse ou sur le moment, durant le post partum.

- La santé psychique : questions inspirées de l'outil de dépistage de la dépression du post-partum L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) [20], se rapportant sur l'anxiété, l'estime de soi, abordant aussi le rapport au corps et à la sexualité. Certaines questions ont été reformulées. [Annexe 1]

- Et la transmission de leur vécu, et de leur expérience : Le partage d'expérience en société, avec les jeunes femmes, les futures mères, la relation mère-fille. En résumé, le vécu, le ressenti du post partum selon ce qu'elles ont découvert et traversé, en étant plus ou moins préparée.

La deuxième étape de l'étude s'est basée sur l'observation du déroulement de la visite post-natale, se déroulant 6 semaines après l'accouchement. [Annexe 2] Le but étant d'apprécier si la consultation était bien menée, si les sujets ont été tous abordés, comme le recommande la Haute Autorité de Santé (retour de couche, contraception, douleurs, reprise des rapports, troubles urinaires, incontinence anale, rééducation du périnée, traitement, moral) [17], si le suivi a été adapté (traitement, prise en charge adaptée, lien avec professionnel de santé), et évaluer le degré de satisfaction de la patiente après son rendez-vous (s'il subsiste encore des doutes, des questionnements après la séance).

2.2 Population

2.2.1 Echantillonnage

La population cible correspondait à des femmes ayant accouché par voie basse en France, primipares d'une grossesse singleton et physiologique. Les critères de non-inclusion ont été les personnes ne parlant pas le français, les multipares, les grossesses multiples, les césariennes, et les femmes dont le nouveau-né a été hospitalisé en service de réanimation ou en service de néonatalogie. Le site d'étude était le Centre Hospitalier Universitaire de l'Archet II à Nice, plus précisément dans le service de maternité pour le recrutement des

participantes, mais aussi dans le service de consultations pour assister à la visite post-natale.

Les paramètres de bases étudiés étaient :

- L'âge des femmes questionnées.
- La présence ou non d'un compagnon.
- La participation à des cours de préparation à la naissance.
- L'évocation du post partum durant les cours de préparation à la naissance.
- Avoir eu un accouchement sans particularité ou compliqué.
- Et la possibilité ou non d'avoir des visites en suite de couches (période covid / restrictions dans les services).

2.3 Recueil de données

Les entretiens téléphoniques ont été reportés par écrit. Les entretiens avec les compagnons des femmes interrogées n'ont pu être exploités car l'échantillon était trop mince (quatre pères pour 22 femmes interrogées). Les compagnons étaient absents lors de l'entretien, ou ne souhaitaient pas participer. De même, la présence de l'investigateur durant les visites post-natales était précisée à la patiente avec consentement préalable de cette dernière. Il est important de spécifier la neutralité de l'investigateur durant la consultation, auprès de la patiente mais aussi du professionnel de santé.

3. Résultats

3.1 Caractéristiques générales de la population

Nous avons pu réaliser 22 entretiens entre le 19 Juillet et le 8 Octobre 2021. Les entretiens ont duré en moyenne 36 minutes. Le plus court enregistré a duré 15 minutes et le plus long, 58 minutes. Les entretiens téléphoniques se sont déroulés six semaines après l'accouchement de chacune des participantes. Notre échantillon comportait des primipares âgées de 20 à 38 ans. La majorité des participantes avait entre 31 et 35 ans (36,8%).

		Total = 22 n
Caractéristiques maternelles		
	Age maternel	
	15 - 20 ans	1
	21 - 25 ans	5
	26 - 30 ans	6
	31 - 35 ans	7
	36 - 40 ans	3
	41 - 45 ans	0

Tableau 1 : Répartition des âges des participantes.

Parmi notre échantillon, nous avons constaté qu'une seule participante n'a pas été accompagnée par le père de l'enfant durant le post-partum. Sur 22 patientes, 16 ont participé aux cours de préparation à la naissance, et parmi celles-ci, 11 affirmaient ne pas avoir eu notion du post-partum durant ces cours. Les cinq autres femmes ayant eu des cours mentionnant le post-partum, précisaient qu'il s'agissait d'informations sur les soins apportés au nouveau-né et des conseils pour la mise en place de l'allaitement.

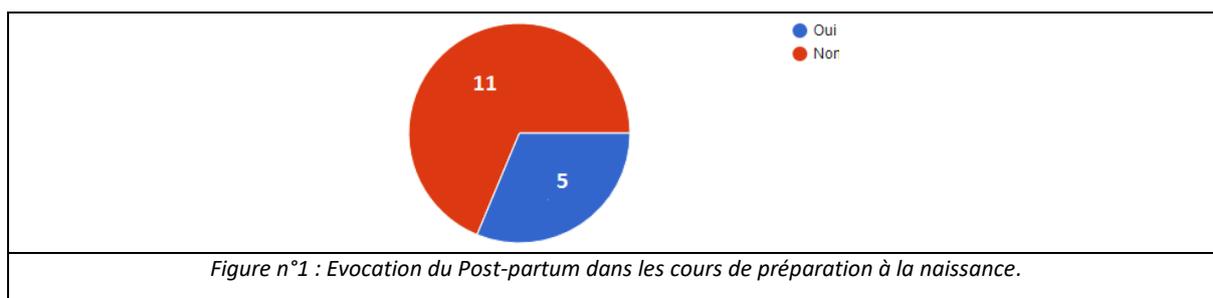


Figure n°1 : Evocation du Post-partum dans les cours de préparation à la naissance.

En outre, quatre participantes de notre panel, estimaient avoir eu un accouchement compliqué mais non traumatisant (deux accouchements instrumentaux, anxiété à la suite de décélération répétées du fœtus durant les efforts de poussées, et un déclenchement prolongé). Il est important de noter que face à l'épidémie de la COVID-19, les visites dans le service de maternité de l'Archet II durant l'étude, étaient limitées à celle du compagnon et aux enfants en bas-âges.

3.2 Synthèse des principaux résultats

3.2.1 Santé physique

Les métrorragies supérieures à 10-15 jours

Nous avons pu remarquer que 16 personnes avaient eu des métrorragies pendant plus de 10-15 jours. Six n'en n'étaient pas atteintes. Parmi les 16 personnes atteintes, nous avons pu observer que huit d'entre elles, avaient eu connaissance de ce risque avant de le vivre dans le post-partum. Sept l'avaient appris grâce à un moyen extérieur au milieu médical (magazines, reportages, ami(e)s, autre). Dans le cas des huit personnes l'ayant découvert pendant le post-partum, nous avons observé une parité entre la découverte via l'extérieur et le médical. Parmi les six personnes non atteintes, seulement trois personnes étaient au courant du risque avant de le vivre potentiellement durant le post-partum, soit deux par l'extérieur et une par le médical. Trois personnes non atteintes n'avaient aucune connaissance de ce risque. Les résultats peuvent être classifiés sous cette forme :

Patientes atteintes de métrorragies supérieures à 10-15 jours		16
Patientes ayant connaissance du risque avant le Post-Partum		8
	via médical	1
	via extérieur	7
Découverte du risque durant le Post-Partum		8
	via médical	4
	via extérieur	4
Patientes non atteintes de métrorragies supérieures à 10-15 jours		6
Patientes ayant connaissance du risque avant le Post-Partum		3
	via médical	2
	via extérieur	1
Absence de connaissance du risque		3

Tableau II : Métrorragie supérieure à 10-15 jours.

Les troubles urinaires

Concernant les troubles urinaires, correspondant aux fuites urinaires possibles après un accouchement : Trois participantes en étaient atteintes. Ces trois personnes n'ont eu connaissance de ce risque qu'au moment de le vivre, c'est-à-dire, durant le post-partum. Deux d'entre elles, ont obtenu plus d'informations grâce au personnel médical en maternité et par le suivi à domicile ; la troisième participante atteinte par ce trouble a pu l'identifier grâce à une personne extérieure au médical (amie proche ayant déjà eu une grossesse). Parmi les 19 patientes qui n'ont pas été atteintes par ce trouble urinaire, 12 participantes avaient connaissance de ce risque avant d'être dans la période du post-partum (quatre grâce à un apport du personnel médical, et huit par des facteurs extérieurs). Les sept autres femmes n'avaient pas connaissance de ce risque.

Patientes atteintes de troubles urinaires		3
Patientes ayant connaissance avant le Post-partum, du risque de troubles		3
	via médical	2
	via extérieur	1
Patientes non atteintes de troubles urinaires		19
Patientes ayant connaissance du risque avant le Post-Partum		12
	via médical	4
	via extérieur	8
Absence de connaissance		7

Tableau III : Troubles urinaires.

L'incontinence anale

Dans notre échantillon, nous avons pu noter l'absence de patiente présentant une incontinence anale. Donc, parmi les 22 patientes non atteintes, une seule personne avait connaissance de ce risque avant la période du post-partum, informée par le médical et l'entourage extérieur. Trois personnes ont obtenu le renseignement par le personnel médical durant la période du post-partum. Les 18 autres participantes n'avaient pas connaissance de cette affection avant l'entretien.

Patientes atteintes d'incontinence anale	0
Patientes non atteintes	22
Connaissance du risque d'incontinence, avant le Post-Partum	1
via médical	1
via extérieur	1
Découverte du risque pendant le Post-Partum	3
via médical	3
Absence de connaissance du risque	18

Tableau IV : Incontinence anale.

Les tranchées

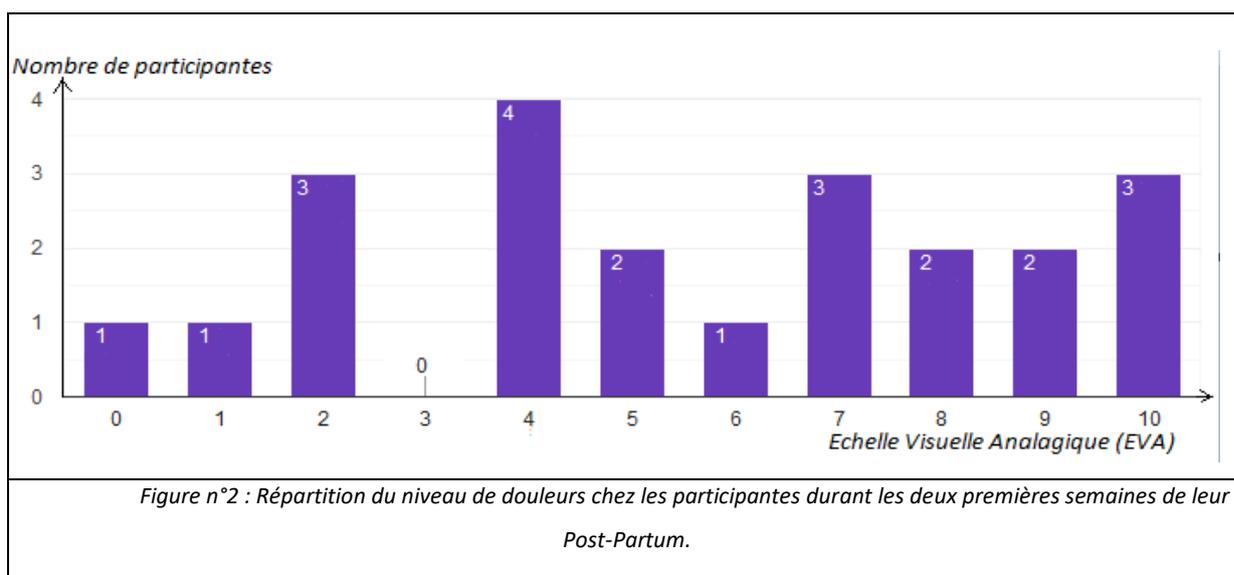
A propos des tranchées (les contractions utérines apparaissant en suite de couches, qui permettent à l'utérus de retrouver sa taille et sa position initiale), 14 patientes en ont été atteintes, dont trois en avaient eu connaissance avant de les ressentir en post-partum (une a été informée par l'entourage extérieur, et deux par le personnel médical). Les 11 autres patientes atteintes, ont découvert ce que sont les tranchées durant leur post-partum. Parmi ces 11 participantes, trois ont obtenu des explications par l'extérieur, cinq par le médical et les trois dernières à la suite de notre entretien. Concernant les huit patientes non atteintes : grâce à l'extérieur, trois avaient connaissance de ce risque avant d'être dans la période de suite de couche, trois l'ont appris pendant le post-partum par le médical et deux n'en ont pas eu connaissance jusqu'ici.

Patientes atteintes de tranchées	14
Connaissance du risque d'avoir des tranchées avant le Post-Partum	3
via médical	2
via extérieur	1
Découverte du risque pendant le Post-Partum	11
via médical	5
via extérieur	3
découverte pendant l'entretien	3
Patientes non atteintes par les tranchées	8
Connaissance du risque avant le Post-Partum	3
via extérieur	3
via médical	0
Connaissance du risque durant le Post-Partum	3
via médical	3
Absence de connaissance du risque	7

Tableau V : Les tranchées.

Les douleurs

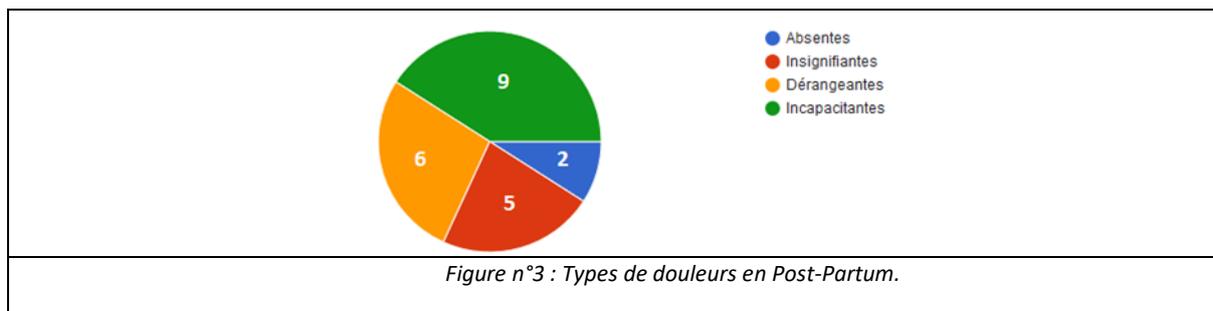
Nous avons choisi de catégoriser le niveau de douleur ressenti durant les deux premières semaines de post-partum, en deux parties. Celles qui ont eu une Echelle Visuelle Analogique (EVA) supérieure ou égale à cinq et celles qui ont eu une EVA inférieure ou égale à quatre. De ce fait, 13 patientes ont eu une EVA supérieure ou égale à cinq. Parmi elles, 10 ont eu une EVA strictement supérieure à sept, dont cinq participantes avec une EVA supérieure ou égale à neuf. Les femmes ayant eu une EVA inférieure ou égale à quatre étaient au nombre de huit.



Types de douleurs

Les patientes ont pu par la suite, décrire le type de douleurs qu'elles ont eues durant les deux premières semaines du post partum en quatre classifications : Douleur absente, douleur insignifiante, dérangement, incapacitante.

La majorité des parturientes, neuf sur 22, décrivaient des douleurs incapacitantes. Six exprimaient une douleur dérangement, cinq un mal insignifiant, et les deux restantes déclaraient une gêne quasi inexistante.



Concernant les patientes ayant des douleurs, nous avons essayé de savoir si elles avaient été soulagées par des antalgiques. Par conséquent, 11 participantes sur 20 algiques ont été apaisées par l'utilisation de médicaments. Dans ce groupe, trois avaient connaissance avant le post-partum du risque de douleurs (deux étant informées par l'extérieur, et une par le médical). Contrairement aux autres, neuf accouchées étaient algiques et non soulagées. Cinq avaient eu notion du risque avant de le vivre (quatre par l'extérieur, une par le médical) et quatre ont découvert le risque durant le post-partum.

Patientes algiques, soulagées par prise de médicaments		11
Connaissance du risque de douleurs, avant le Post-partum		3
	via médical	1
	via extérieur	2
Patientes non soulagées par prise de médicaments		9
Connaissance du risque de douleur avant le Post-Partum		5
	via médical	1
	via extérieur	4
ont découvertes pendant le Post-Portum		4
Absence de douleur		2

Tableau VI : Les douleurs.

Séquelles physiques

Nous avons voulu savoir si les patientes avaient eu la notion que le corps peut se modifier après une grossesse et un accouchement. De ce fait, 17 des participantes en avaient connaissance. Toutes avaient eu l'information par des facteurs extérieurs et quatre d'entre elles avaient eu aussi des éclaircissements venant du médical. A l'inverse, cinq personnes ne

savaient pas que le corps pouvait changer. Groupes confondus, 11 femmes ont partagé un sentiment de peur et d'angoisse à ce sujet.

L'allaitement

Dans notre échantillon 17 participantes sur 22 ont souhaité un allaitement maternel. 15 participantes soulignent les bienfaits de ce lait, son côté naturel et six expriment l'envie de créer un contact intime avec l'enfant, lui apporter une présence réconfortante.

« Ce qui m'a poussé à allaiter c'est tout ce qu'on a pu entendre de positif pour le bébé. » (E.21)

« Le contact avec mon bébé déjà, ça me fait passer un bon moment avec lui, et puis tous les bienfaits naturels pour sa santé, pour grandir, c'est mieux. » (E.19)

Les cinq autres participantes ont plutôt choisi un allaitement artificiel exclusif, les deux idées mises en exergue, étaient soit, pour faciliter l'alimentation du nouveau-né, soit par déplaisance.

« Le biberon peut être donné par tout le monde et je peux graduer quelle quantité le bébé a pris. Ça me rassurait pour son poids. » (E.13)

« J'aimais pas l'idée de donner le sein, la sensation et ce côté animal. » (E.1)

La peur d'allaiter dans la rue : La projection des phénomènes sociaux

Parmi notre échantillon, nous avons pu isoler différents types de ressenti. Certaines femmes subissaient un regard extérieur négatif lors de l'allaitement, relatant une certaine angoisse et appréhension de l'agression physique.

« Quand j'allaitais mon bébé à une terrasse, y avait des regards... le regard des autres personnes, parfois dérangeants. » (E20)

« Ça m'a beaucoup stressé l'histoire à la télé qui disait qu'une femme avait été frappée car elle donnait le sein à son enfant à une terrasse d'un café, j'avais du mal à me libérer sur ça. J'ai arrêté de le faire. » (E.7)

« Je me cachais dans les toilettes pour allaiter, avec un linge. Il tombait tout le temps. Des fois mon mari m'aidait à le tenir. Sinon je préparais un biberon avec mon lait avant de sortir. » (E.8)

Une participante a expliqué qu'il y a souvent un point de vue négatif dans les médias à allaiter dans la rue.

« C'est mal vu alors que c'est naturel. On voit souvent sur les réseaux qu'on censure la poitrine de toute façon. » (E.2)

D'autres femmes ont précisé que l'allaitement maternel ou artificiel était influencé culturellement par des traditions et coutumes familiales.

« Dans ma famille on est obligé d'allaiter pendant au moins 6 mois. » (E.6)

« J'ai eu beaucoup de pression de ma famille par rapport au fait que mon allaitement était compliqué, que je ne savais pas faire alors que pour les autres c'était simple. » (E.10)

A l'inverse, 11 femmes ont affirmé ne pas avoir peur, ou ressentir de gêne à allaiter en public.

« Aucune gêne, je suis libre de ce que je veux faire ou non. Si on commence à avoir peur, alors là ! » (E.14)

L'organisation avec un tire lait a été plusieurs fois citée.

L'organisation

Dans la majorité des cas, les participantes arrivaient à s'organiser, grâce aux conseils des proches et du personnel médical.

« Je suis plutôt à l'aise maintenant. Avant j'étais dépassée, j'ai appris à demander de l'aide à mon mari et des conseils à ma mère. » (E.4)

« La douleur qui était compliquée à gérer au début, ma sage-femme m'a donné des astuces pour me simplifier la vie genre la conservation du lait. » (E.7)

L'idée de la préparation de biberons avant de sortir pour éviter d'allaiter à l'extérieur est revenue pour cinq patientes. De plus, nous avons pu souligner que l'organisation relatif à l'alimentation du nouveau-né se compliquait durant la nuit. Les différents moments d'éveils entraînaient de la fatigue ou même l'arrêt de l'allaitement maternel.

« J'ai arrêté car c'était compliqué à gérer, et j'étais trop fatiguée. » (E.22)

Les douleurs

La grande majorité des participantes nous ont exprimé la notion de douleur durant l'allaitement (11 sur 17). Trois femmes nous ont confié être atteinte de crevasses encore aujourd'hui.

« Ça tire, ça pique, la joie des crevasses... Pourtant j'hydrate. » (E.20)

Parmi elles, une patiente a ressenti un sentiment d'incapacité et de frustration quant à son désir d'allaiter.

« Mon enfant n'arrivait pas à prendre du poids suite au retour à la maison, on a dû consulter plusieurs fois un pédiatre à Lenval. Je me suis sentie coupable car je n'arrivais pas à le nourrir avec mon lait, qui était trop insuffisant en quantité. J'ai dû passer à un allaitement mixte. Mon mari et ma sage-femme m'ont beaucoup aidé à remonter la pente. » (E.7)

Discussion avec l'entourage

Souvent le choix de l'allaitement est discuté en amont avec le compagnon. Deux décisions sont ressorties des entretiens. La première reposait sur le souhait de vouloir partager le rôle nourricier du nouveau-né, et par conséquent inclure le compagnon dans le duo mère-enfant par l'utilisation du biberon.

« Je tirais mon lait, comme ça on avait des biberons en réserve qu'il pouvait donner ou alors je donnais le sein directement. » (E.8)

La deuxième décision était de faire un allaitement maternel exclusif au sein, avec un père soutenant et veillant au confort de sa compagne.

« Il était en admiration et ému de nous voir en osmose. C'était magique et apaisant »

Trois compagnons étaient plutôt réfractaires à l'allaitement maternel exclusif.

« Il se sentait exclu, et avait l'impression de ne pas être utile pour sa fille. Ça ne me dérangeait pas et en plus je n'étais pas forcément attirée par l'allaitement. » (E.11)

« Il n'aimait pas, et j'ai arrêté pour lui, mais je l'ai énormément regretté... C'était dur et j'ai pleuré pendant plusieurs jours. Je le regrette toujours aujourd'hui. » (E.13)

« Mon mari a refusé catégoriquement que j'allaitte, on s'est disputé de nombreuses fois à ce sujet. » (E.22)

Impressionnées par cette nouvelle sensation, deux participantes ont notifié l'aide importante de leur sage-femme libérale conseillère en lactation pour conseils sur l'organisation avec des « discussions rassurantes ».

« Ça faisait tellement mal, j'avais pas réussi à être à l'aise en sortant de la maternité et je me sentais nulle face aux axillaires. » (E.2)

« Sans ma sage-femme, je n'aurais pas réussi. Elle m'a redonné confiance, et j'ai pu redémarrer mon allaitement. » (E.6)

Transmission de la mère

Quelques femmes ont eu droit à des conseils de leur mère mais ceci ne concerne qu'un tiers de l'échantillon.

« Ma mère n'a pas allaité, donc je n'ai pas vraiment eu de conseils, mais elle m'encourageait à essayer. » (E.18)

« Elle m'a dit de bien manger, de bien boire, et de manger beaucoup de fromage. » (E.14)

« J'ai eu droit à des remarques pas très sympas. Elle était contre l'allaitement. » (E.8)

La découverte du post-partum

Lors de notre entretien, nous avons demandé aux patientes si elles étaient au courant pendant leur grossesse ou même avant, de ce qu'elles allaient vivre durant le post partum ou si elles l'ont découvert sur le moment, en le vivant. Ainsi, 10 femmes ont découvert ce qu'il allait se passer pendant le post-partum durant la grossesse ; 12 ont découvert ce qu'il se passait pendant le post-partum en le vivant, et aucune femme n'avait des connaissances sur le post partum avant la grossesse.

En résumé, la moitié des patientes étaient au courant de la présence de métrorragies durant le post-partum. Cependant, aucune d'elles n'avaient connaissance du risque de fuites urinaires ainsi que pour le risque d'incontinence anale. Il en est de même pour les tranchées, bien que la moitié en ont souffert. Les informations sur le post-partum étaient majoritairement transmises par l'extérieur. Concernant l'allaitement, plus de la moitié l'ont souhaité, avec un besoin d'accompagnement pour faire face aux idées reçues de l'extérieur.

Il est important de noter qu'aucune femme n'était au courant du post-partum avant leur grossesse. La moitié l'ont découvert pendant leur grossesse et l'autre moitié le découvre en le vivant.

3.2.2 Santé psychique

Parmi les participantes, 16 se sont senties confiantes et heureuses.

« Oh bah oui, j'ai donné la vie. » (E2)

« Oui, les premiers jours étaient compliqués c'est sûr, le fait de se retrouver seule avec le bébé, mais avec le temps on arrive à s'organiser. » (E1)

Six ont émis une anxiété, une certaine remise en question.

« Je suis soucieuse pour le confort de mon bébé. Pour l'avenir très proche je ne suis pas très confiante. » (E7)

« J'ai beaucoup de stress, beaucoup de choses à penser, je m'oublie souvent. » (E14)

Parmi elles, deux femmes ont exprimé un sentiment de doute, d'incertitude.

« J'ai peut-être fait la faute de ma vie. » (E6)

« Non, bof, comme tout nouveau parent, on sait pas comment s'y prendre. Notre vie s'arrête, je ne sais toujours pas comment elle va reprendre. » (E22)

L'accomplissement

Toutes les participantes se sont senties fières de ce qu'elles avaient accompli.

Le sentiment de tristesse, de détresse, de mal être durant le post-partum

Sept patientes sur 22 n'ont pas ressenti de tristesse ou mal être durant le post partum. Contrairement aux 15 autres femmes. En effet, la tristesse, l'impuissance et les doutes accompagnés de la douleur et de la solitude étaient les mots principalement utilisés dans leur discours, illustrant alors une souffrance générale. De même, les pleurs du nouveau-né semblaient créer une certaine angoisse chez les parents.

« Oui, j'ai énormément pleuré. Je me retrouvais toute seule le lendemain. »
(E1)

« Je suis débordée, et dépassée. Je pense être pas loin de la dépression. » (E4)

« J'ai eu vraiment une période compliquée, qui s'est calmée depuis cinq, six jours maintenant... Tous les jours vers 19h, je pleurais pour aucune raison. Je me disais mais qu'est-ce que tu as foutu d'avoir fait un enfant ? » (E6)

« Je me sens impuissante quand il pleure. Heureusement que mon mari m'aide beaucoup à la maison. Il fait les courses le ménage, les repas... Je n'y arrive plus. » (E10)

« C'est un épuisement physique général, entre les pleurs, la douleur, les angoisses, tout ça, ça apporte de la mélancolie. » (E21)

« Déjà à la maternité je me sentais mal... Je me sentais seule, pas assez aidée et incompétente, on est isolée, on voit pas les autres mamans pour qu'on se soutiennent. J'aurais voulu plus d'explications, moins de jugements. [...] Mes journées paraissaient interminables. » (E22)

Sentiment de solitude

Nous avons observé que six patientes ont exprimé un sentiment de solitude durant leur Post-partum.

« On se sent vide, les angoisses arrivent plus facilement quand on se retrouve seule face aux demandes de bébé. » (E.13)

« Avec la fatigue et la douleur je dors et je n'ose pas en parler à ma famille. Ils ne me comprennent pas de toute façon. » (E.7)

Le reste de l'échantillon a apprécié pouvoir bénéficier du congé de paternité augmenté cette année 2021.

« Vingt-huit jours de congés paternels, ça aide beaucoup. Il peut profiter de son enfant et de son nouveau rôle. » (E.15)

Les événements

Les participantes se sont divisées en deux groupes égaux face à cette question. Pour les 11 qui se sont senties dépassées par les événements, la difficulté était de « s'occuper du nouveau-né, malgré le manque de sommeil, les angoisses sur le devenir, l'isolement, et le manque d'informations ». « On se sent lâchés dans la nature. » (E.21)

« J'ai énormément pleuré, j'avais mal, je dormais pas, je ne savais pas pourquoi il pleurait. » (E.13)

« Pas le temps de prendre la douche, de manger. On apprend à s'oublier. J'avais besoin de réconfort, qu'on me dise juste ça va aller, tu t'en sors très bien, c'est comme ça pour tout le monde. »

« J'aurais adoré une aide-ménagère pendant les premières semaines. » (E.1)

Sentiment de culpabilité

Huit émettaient un sentiment de culpabilité, provoqué pour sept d'entre elles par l'échec de l'allaitement et l'impuissance devant les pleurs de leur enfant.

« Ça commence déjà en maternité ou on nous dit que le bébé perd du poids. Je n'avais pas de montée de lait, je stressais tellement et je me sentais mal, je me sentais anormale. On veut direct donner le biberon. J'aurais voulu voir comment les mamans à côté se débrouillaient, moi j'étais nulle à ça. » (E.19)

« J'ai beaucoup culpabilisé d'avoir arrêté l'allaitement. J'étais vraiment nulle à la maternité. J'en ai parlé à la sage-femme qui venait à la maison, par rapport à ça. Elle m'a beaucoup rassuré, je ne me sentais pas jugée et elle m'a dit que je n'étais pas incompétente. » (E.21)

L'impact sur le sommeil

Les problèmes de sommeil ont été récurrents pour les jeunes mères. 14 d'entre elles ont éprouvé de la fatigue liée aux nuits coupées et au manque de repos. Le sommeil a été altéré par les nombreux réveils nocturnes du bébé. La mort inattendue du nourrisson a induit de l'anxiété auprès des parents. De même, les tâches ménagères ont impacté sur la sensation d'épuisement.

Les idées noires

Il est important de signaler que deux personnes ont avoué avoir eu des idées noires durant leur post-partum. L'une d'entre elle nous a informé qu'elle était suivie pendant sa grossesse pour de l'anxiété.

« Oui, à un moment donné, les choses se compliquent. J'ai eu en plus un mauvais vécu à la maternité. J'avais droit à des remarques du personnel... Ce n'est pas forcément très méchant, mais quand on vient d'accoucher on prend tout en négatif, ça part très vite... on est très émotive. » (E19)

« Au début j'étais révoltée et puis maintenant je suis très triste. Au début les gens écoutent et puis après notre mal être est banalisé, du coup ça nous énerve, et les remarques deviennent blessantes. Mon compagnon me disait 'ce n'est pas grave allez' bah si c'est grave. » (E19)

« Oui j'ai eu une accumulation de fatigue je pense. J'ai consulté la psychologue du service, déjà même pendant la grossesse. J'en aurais vraiment besoin aujourd'hui mais je n'ai plus de contact depuis le retour à la maison et je ne sais pas qui aller voir. Les séances chez le psy devraient être proposées obligatoirement. Je ne m'en rendais pas compte avant. » (E22)

Mutilations ou pensées suicidaires

Forte heureusement aucune participante n'a pensé à se faire du mal.

« Non mais peut être taper dans les murs m'aurait fait du bien. » (E22)

Besoin d'aide d'un professionnel de santé

Parmi les femmes interrogées, sept d'entre elles n'ont pas eu recours à un professionnel de santé pour pallier aux problèmes rencontrés durant le post-partum. Néanmoins, les 15 autres femmes souhaitaient l'aide d'un professionnel. En effet, plusieurs ont exprimé un manque d'information concernant la prise en charge du nourrisson à la maison, mais aussi un sentiment d'isolement, se sentant outrepassée, et dans le désarroi.

« Ah je ne savais pas que je pouvais les contacter pour ça. C'est vrai que je manquais d'infos, c'était flou... » (E.21)

« Ce n'est pas une mauvaise chose de demander de l'aide, je n'osais pas au début et finalement j'ai réalisé que je n'aurais pas dû attendre. » (E.22)

Quelques-unes nous racontaient qu'elles avaient contacté une sage-femme à domicile qui ont pour la majorité, réussies à les rassurer.

« J'étais tellement stressée, j'ai eu des moments compliqués dans ma vie. J'avais besoin de me confier à ma sage-femme pour avancer. »

« J'avais mes amies qui avaient accouchées mais la sage-femme qui est venue à domicile m'a donné pleins de conseils. J'ai pu lui parler de choses intimes alors que je ne pouvais pas avec les autres ni mon mari. Je l'ai vu quatre cinq fois à la maison. Je trouve ça génial, je ne me sentais pas de revenir à la maison seule. »

Nécessité d'un suivi plus adapté, un accompagnement durant le post-partum

Il est important de signaler que 17 mères auraient voulu avoir un suivi plus adapté durant leur post-partum. Dans leurs demandes, nous pouvons citer :

- Le souhait d'une augmentation du nombre de visites de la sage-femme à domicile

« Se déplacer est une vraie expédition, je ne peux pas aller consulter en cabinet. »

« J'ai demandé à ma sage-femme de venir au moins six sept fois, sans compter les sms, j'avais trop d'inquiétudes. » (E.22)

« Ça a été génial pour moi. On se sent en intimité, proche, on peut se confier facilement quand on est autour d'un café à la maison. Elle a fait mon suivi de grossesse, Elle était prévenante et bienveillante. Il n'y a pas que les saignements et l'allaitement qui comptent, j'avais besoin de parler » (E.19)

« Je ne l'ai vu que deux fois, et c'était surtout focalisé sur le poids du bébé. »

« On se sent tellement seule et lâchée dans la nature, on a plus de suivi après, alors que j'avais au moins un rendez-vous par mois quand j'étais enceinte. » (E.16)

- D'une information systématisée sur le fait que la sage-femme peut venir autant de fois que la mère en éprouve le besoin. En sachant que les premières visites sont remboursées intégralement et les visites supplémentaires sont remboursées à 70%.
- La possibilité d'avoir un suivi régulier en PMI (Protection Maternelle et Infantile) pour se rassurer sur le développement correct du nouveau-né.
- L'accès facilité et l'information systématique de disposer d'un suivi psychologique en maternité.

« Ah oui j'aurais pris un rendez-vous avec le psychologue au lieu de me morfondre. » (E.4)

Revivre l'expérience du post-partum lors d'une prochaine grossesse

Seulement trois participantes ont expliqué qu'elles ne sentaient pas de revivre cette expérience forte en émotions.

« Je dois d'abord me sentir mieux. » (E.19)

Pour celles répondant positivement à cette question, les patientes déclaraient se sentir mieux préparées, et moins angoissées.

« Oui, maintenant je sais à quoi m'attendre. » (E.16)

« Il faut être motivé, être solide. Je sais comment m'accrocher pour palier au stress et à la fatigue. » (E.6)

Reprise du travail

Onze interrogées souhaitaient ne pas reprendre le travail. Elles envisageaient de prolonger leur congé parental pendant plusieurs mois, voire un an.

« Je veux me laisser du temps, déjà pour être avec mon bébé, et ensuite parce que niveau organisation et garde c'est compliqué. »

Rêve sur la maternité

Quelques patientes ont eu des cauchemars durant leur grossesse, en rapport avec l'accouchement et la mort.

« J'ai fait un rêve où je voyais mon bébé, enfin ce que j'imaginai être mon bébé, mort étouffé, tout bleu. » (E5)

« Horrible, un cauchemar où j'accouchais et le bébé sortait sans tête. » (E8)

« Je me voyais noyer mon bébé dans la baignoire. » (E21)

Appréhension pour se regarder dans le miroir

Dix des primipares manifestaient une appréhension pour se regarder dans le miroir. L'acceptation du corps était difficile.

« Ça reste encore très difficile pour moi de voir mon corps, je ne suis pas très contente de moi. » (E.9)

« J'ai peur quand je suis devant le miroir, je l'évite. J'ai peur que mon mari me trompe, me laisse et de le dégouter. » (E8).

« Avec mon ventre qui ne part pas, les montés de lait, c'est compliqué. » (E.8)

Se sentir bien dans son corps

Huit déclaraient se sentir belle durant leur maternité.

« J'ai retrouvé mon corps. » (E15)

« Complètement, je dirais même plus qu'avant. » (E.10).

Une des personnes interrogées soulignait l'intérêt de la rééducation précoce en maternité par la méthode de Gasquet qui a eu un réel bénéfice sur l'acceptation de son corps.

« Oui surtout grâce à ma tante qui est sage-femme. Elle m'a parlé des méthodes de Gasquet pour remettre son corps après l'accouchement. Ça m'a fait énormément de bien. Personne ne m'en avait parlé. Je sentais mes organes tomber. Ça devrait être fait et expliqué en maternité. » (E.22)

L'acceptation du corps

Néanmoins les 14 participantes ne se trouvant pas belles durant leur maternité manifestaient plusieurs complexes : la présence de « vergetures » (E.3/16/17), « les kilos en trop » (E.12/4/6), « les cuisses » « le ventre » (E.2/3/4/8/11/15/18/20/21), amenant alors à un abattement. « Ça joue vraiment sur le moral, et les premières semaines sont compliquées. » (E.3) Il est intéressant de noter que 11 femmes sur 22 ne s'accordent pas du temps pour elles. La raison principale est par manque de temps.

« Non juste cinq minutes pour prendre ma douche. »

Les autres femmes décidaient de confier l'enfant au père lorsqu'il est présent.

« Je prends le temps de me maquiller, me coiffer et de me mettre du vernis quand le papa est de repos. »

Le miroir depuis l'accouchement

Treize des participantes révélèrent ne pas avoir regardé leur sexe depuis l'accouchement. Une grande majorité de ce groupe nous confiaient qu'elles ne l'avaient jamais fait auparavant. Le reste de ce groupe a révélé une certaine appréhension et crainte à l'idée de le faire.

« J'ai vraiment peur de voir les points, la cicatrice, de ne pas revoir la même chose qu'avant l'accouchement et d'être déformée. »

A l'inverse, les neuf autres candidates nous ont livré leur expérience du miroir. Certaines ont exprimé un choc, du stress.

« Ça m'a impressionné, j'ai regardé en rentrant à la maison car je n'osais pas demander à la sage-femme, il y avait comme une béance, avec des points comme des filets de viande. Sur le coup j'ai pleuré j'étais choquée. Au bout de quelques jours c'est passé mais je n'en ai parlé à personne. » (E7)

« Ma mère m'a rassurée en me disant que ça se remet avec le temps. » (E13)

D'autres ont « échoué » leur tentative. (E8) Cinq femmes n'ont pas remarqué de différence par rapport à avant.

Rapport au poids

La prise de poids était un des facteurs déstabilisants rencontrés durant ces entretiens.

« Je ne rentre plus dans mes vêtements. Et quand je dois en acheter, je me dégoûte quand je vois que je ne rentre que dans les tailles du dessus. Les larmes montent. » (E.21)

Certaines précisaient qu'elles ont perdu le nombre de kilos pris pendant la grossesse, mais leur silhouette s'est modifiée.

« J'ai récupéré mon poids d'avant grossesse, mais je le sens flasque, mes hanches restent larges. »

Le regard des d'autres sur soi

Le regard des autres n'était pas vécu comme une source d'angoisse. Une grande partie du groupe exprimait un désintérêt des avis extérieurs, sauf celui du conjoint. L'impression d'un regard bienveillant venant de la famille et des proches était aussi soulignée.

Le désir

Treize femmes sur 22 se sentaient désirées par leur conjoint. Les sept autres participantes témoignaient ressentir du déplaisir et du mépris pour elle-même.

« Non on n'en parle pas, il ne dit rien, alors que mon corps a vraiment changé. » (E14).

« Lui il me trouve aussi attirante, voir même plus qu'avant, moi non je me plais pas du tout. » (E7)

La reprise de la sexualité

Dix femmes sur 22 n'ont pas repris les rapports sexuels avec leur compagnon. Les appréhensions retrouvées ont été en majorité l'appréhension de la douleur, liée par les points des sutures et le « choc de l'accouchement » (E3), le manque de temps, et les métrorragies. Une femme a notifié qu'elle attendait l'accord du médecin avant de pouvoir retrouver une sexualité.

« Moi je ne sais pas si ça s'est tout bien remis en bas. Ça se trouve le vagin n'est pas bien recousu, et les cicatrices vont s'ouvrir. » (E8)

La masturbation

Aucune des patientes concernées.

Présence de douleurs pendant les rapports

Douze patientes ont été atteintes de dyspareunie. Neuf d'entre-elles avaient connaissance du risque avant d'être dans la période du post-partum (trois ont eu cette information par le médical, cinq par l'extérieur). Dix patientes n'étaient pas atteintes de ce trouble. Parmi celles-ci, six avaient connaissance du risque avant le post-partum, quatre n'étaient pas au courant de ce risque avant l'entretien.

Patientes atteintes de dyspareunie	12
Connaissance du risque de dyspareunie, avant le Post-Partum	9
via médical	3
via extérieur	5
Patientes non atteintes de dyspareunie	10
Connaissance du risque, avant le Post-Partum	6
Absence de connaissance du risque	4

Tableau VII : Dyspareunies.

Partage d'expérience

L'intégralité du groupe se sentait de parler ouvertement du post-partum à leurs proches.

« Oui c'est important. Il faudrait même en parler beaucoup plus à la télé. »

« C'est encore un vrai tabou à notre époque. Il faut que les femmes en parlent. C'est utile de le savoir avant de le vivre pour bien se préparer ne pas être angoissé ou se sentir perdue ou seule. »

Trois d'entre elles ne souhaitaient se confier qu'à leurs sœurs ou mère.

Soutien extérieur

Les personnes interrogées se sont toutes senties soutenues, que ça soit par le compagnon, par des amies, et/ou la famille.

Implication du père dans la relation

La grande majorité était largement satisfaite de l'implication du père dans la relation avec l'enfant. Pour sept personnes, le père ne se sentait pas à l'aise avec le nouveau-né, et n'ose pas le toucher ni le changer par peur de le blesser. Le terme de la « fuite » est revenu de nombreuses fois dans leur discours. Seulement quatre pères pour 22 femmes interrogées étaient présents lors de l'entretien et ont voulu y participer.

Enfin, concernant la question : auriez-vous préféré connaître les risques et affections du post-partum avant votre grossesse ou pendant votre grossesse ? Nous avons pu observer une écrasante majorité, 18 personnes voulaient connaître les risques du post-partum durant la grossesse. Parmi celles-ci, huit personnes souhaiteraient en être informées avant la grossesse (quatre personnes avant et pendant).

« J'aurais voulu le savoir pendant la grossesse car si c'était avant je n'aurais pas fait d'enfant ! » (E16)

« Je pense qu'avant d'être enceinte on ne s'intéresse pas vraiment à la grossesse et à tout ce que cela implique dans le futur. On ne se sent pas concerné. » (E14)

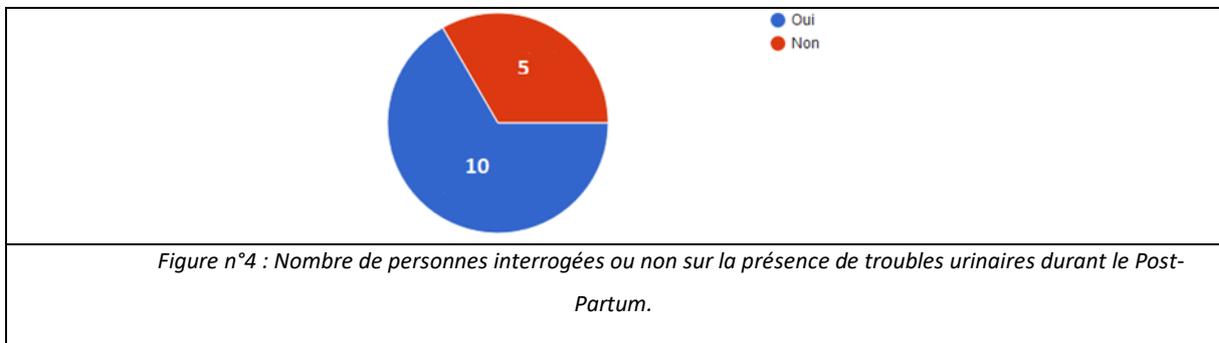
Vécu et ressenti du Post-Partum

Nous avons évalué le ressenti des femmes sur le vécu du post-partum grâce à une échelle visuelle analogique de 1 (très mauvais vécu) à 5 (très bon vécu). Ces femmes ont été séparées en deux groupes : celles qui avaient été informées des risques et du déroulement du post-partum avant de le vivre ; celles qui ont découvert le post-partum sur le moment. Concernant le ressenti des femmes informées des risques pendant la grossesse (dix personnes) nous avons constaté un ressenti moyen de 4,1 sur 5. Concernant le ressenti des femmes

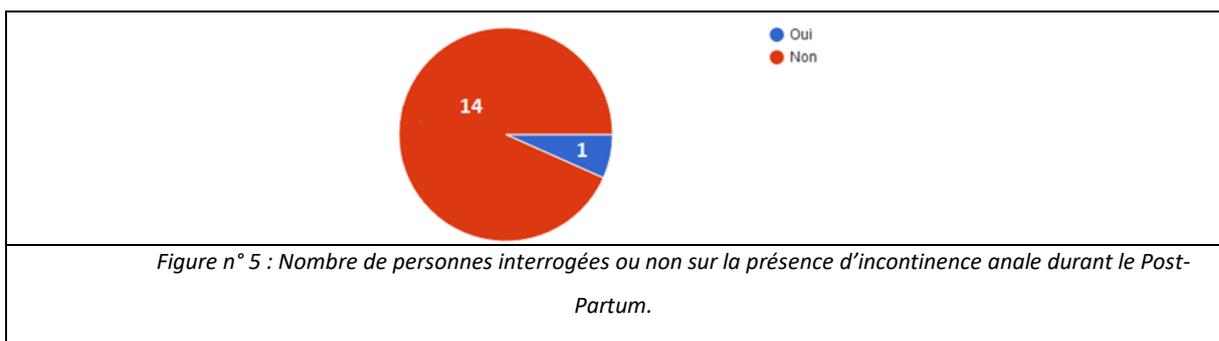
découvrant les risques pendant le post-partum (12 répondants), nous avons obtenu une moyenne de 3 sur 5.

3.2.3 Consultation du PP

Parmi notre échantillon de 22 patientes interrogées, 15 ont réalisé leur consultation du post-partum. Différents points sont à aborder durant ce rendez-vous, pourtant nous pouvons constater qu'aucune des 15 consultations n'a abordé tous les sujets recommandés par la Haute Autorité de Santé. L'unique sujet abordé durant toutes les consultations concernait la contraception. Quatre personnes sur 15 n'ont pas eu de questions concernant la persistance de douleur. A propos du retour de couches quatre des rendez-vous ne l'ont pas abordé. Concernant la reprise ou non des rapports, 12 patientes ont été questionnées. La question sur le souhait de réaliser les séances de rééducation du périnée a été posée pour 14 des patientes. La question des troubles urinaires n'a pas été demandée durant cinq consultations.



Nous avons pu remarquer que seulement une personne a été interrogée sur la présence ou non d'incontinence anale.



Concernant le moral, les patientes ont dans la majorité, huit patientes sur 15, utilisé le mot « superficiel » pour qualifier l'intérêt du professionnel concernant leur moral et état général.

« De toute façon je ne me sens pas de me confier durant un rendez-vous si rapide, intervenant après la bataille. »

« C'est surtout pour voir si le corps va, pas vraiment la tête. »

A la fin de la consultation, cinq personnes ont évoqué la persistance de doutes et de questionnements concernant le nouveau-né, leur corps, et le suivi gynécologique. De plus, quatre personnes se sont senties que partiellement satisfaites de la prise en charge suite à cette consultation. Concernant la satisfaction de la consultation, une échelle à valeurs analogiques a été utilisée, en sachant que 1 = très mauvais à 5 = très bien, la moyenne a été de 4,3 sur 5.

En résumé, les trois quarts des femmes interrogées étaient heureuses bien que le sentiment de détresse et de solitude persistent. La grande majorité de l'échantillon de patientes exprime le besoin d'un accompagnement et d'un suivi régulier durant le post-partum.

4. Discussion

Dans un premier temps nous essayerons de comprendre et d'expliquer nos résultats, en nous appuyant sur des données de la littérature, concernant le vécu du post-partum des patientes concernant leur santé physique et leur santé psychologique. Dans un second temps, nous chercherons, avec les apports de nos résultats sur le niveau de prise en charge de la femme et de son suivi lors du post-partum, comment améliorer et approfondir les pratiques de la sage-femme. Enfin, nous discuterons des forces et des limites de notre étude.

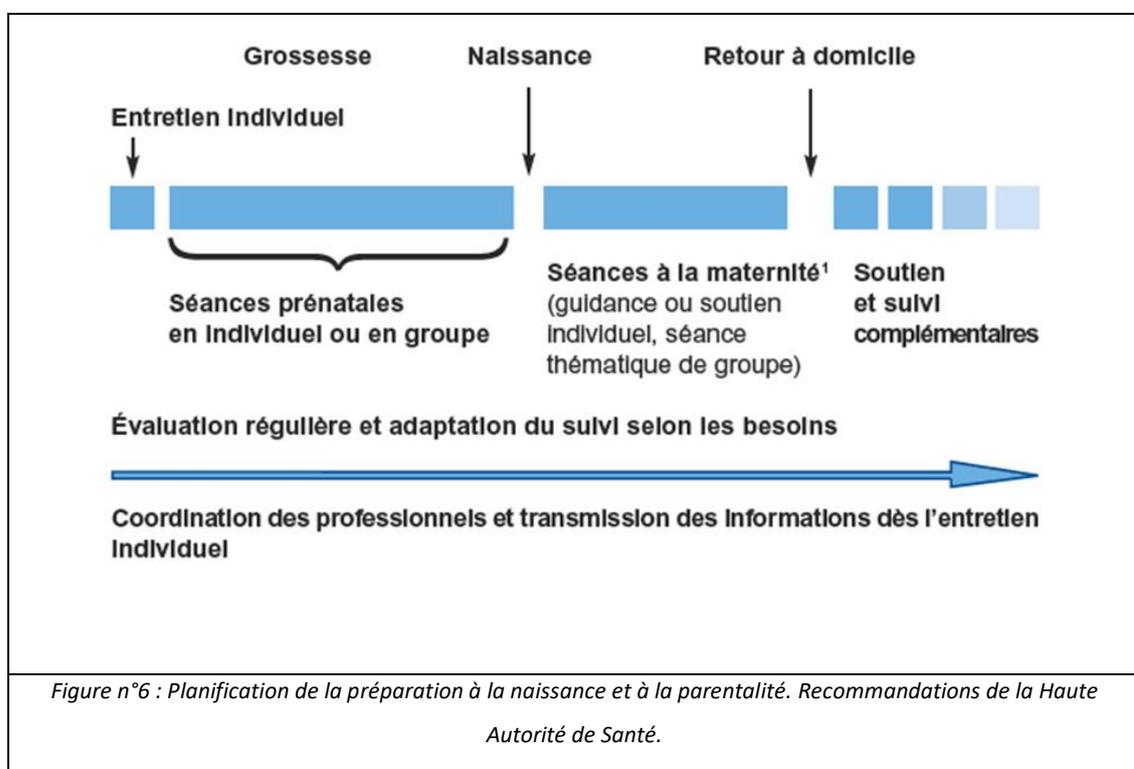
4.1 Comprendre les résultats

4.1.1 Manque d'information

Tout d'abord, nous pouvons observer que les patientes sont peu informées du déroulement et des événements rencontrés durant le post-partum. En effet, les femmes comprises dans notre échantillon relatent que le post-partum est très peu abordé dans les cours de préparation à la naissance. Dans notre échantillon, aucune patiente n'était au courant du post-partum avant sa grossesse. Plus de la moitié l'ont découvert en le vivant. Selon l'Enquête Périnatale de 2016, 78% des primipares ont assisté à au moins un cours de Préparation à Naissance et à la Parentalité (74 % des primipares en 2010). [7] Une légère amélioration, mais ce chiffre est encore trop faible. Les cours de préparations à la naissance essaient au mieux d'engendrer le bon déroulement de la grossesse et le bien-être de l'enfant. Ils ont pour but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé global des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés. Ces recommandations proposent une approche plus humaniste de la naissance qui favorise la participation active de la femme et du couple dans leur projet de naissance et par conséquent amenant à un meilleur vécu. Il en est de même pour l'entretien prénatal précoce. Pourtant, il n'a été réalisé que pour 28,5 % des primipares. Le taux reste extrêmement faible et a une forte disparité régionale (les thèmes sur l'alcool et le tabac ne sont pas systématiquement abordés par les soignants par exemple). [7] Malgré les recommandations de la HAS, l'entretien prénatal n'est donc pas généralisé à toute les femmes enceintes. Pourtant, l'Entretien Prénatal Précoce est aussi bénéfique pour permettre l'adhérence de la patiente lors du suivi en Post-Partum. Il permet de créer des liens sécurisants avec un réseau de professionnels prêts et coordonnés autour de la femme. Il est nécessaire pour renforcer la confiance en soi chez la femme ou le couple face à la grossesse, la naissance et les soins au nouveau-né durant le retour à domicile. Un bagage favorable et nécessaire à la bonne adaptation au nouveau rôle de parent. De part ce soutien, la patiente informée de

l'existence de toutes les possibilités de démarches de soins, sait comment y adhérer. Soutenir la construction harmonieuse des liens familiaux en préparant le couple à l'accueil de l'enfant dans la famille et participer à la prévention des troubles de la relation mère-enfant et à la prévention de la dépression du post-partum sont les objectifs de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP).

Pourquoi ces recommandations ne sont pas généralisées ? La faible participation des patientes à l'entretien pré natal peut être sans doute la conséquence d'une information insuffisante sur les possibilités d'en bénéficier lors des consultations. Cela peut être dû aussi au nombre insuffisant de personnel médical pour le réaliser au près des patientes, des plannings surchargés, avec sans doute un budget mal adapté à sa mise en place. La PNP s'adresse à chaque femme enceinte ou couple. Elle doit s'adapter aux besoins spécifiques des femmes. Ces recommandations concernent l'ensemble des professionnels impliqués en périnatalité et susceptibles d'intervenir de manière coordonnée autour des femmes et de leur famille de la période anténatale à la période postnatale.



4.1.2 Quelles sont les sources d'informations des patientes interrogées ?

Nous avons pu observer dans notre échantillon, que les connaissances avant de vivre le post-partum proviennent en grande partie des personnes extérieures au secteur médical. Ce

sont les ami(es), l'entourage familial de la parturiente qui l'informe, souvent superficiellement, sur ce qu'elle va vivre. Durant le post-partum, la source d'informations provenant du médical s'égalise avec celle provenant de l'entourage de la patiente. Le séjour en maternité et la visite à domicile sont les principaux moments où le personnel de santé informe les nouvelles mères, surtout lorsqu'elles sont inquiètes et lorsqu'elles se questionnent sur des changements physiques.

4.1.3 Sujets tabous

Nous constatons cependant, que les troubles les plus contrariants sont ceux les moins abordés tant par le médical que par les personnes extérieures. Nous relevons donc plusieurs sujets tabous tels que :

- Le moral, la santé psychique
- La reprise des rapports / masturbation / dyspareunie
- Les troubles urinaires
- L'incontinence anale

Les atteintes rencontrées dans la population sont pourtant alarmantes. Les tabous et gênes autour de ces sujets impliquent une mauvaise prise en charge des patientes. Pour ce qui est de l'incontinence urinaire qui touche un large public, plus de trois millions de français concernés, il ressorti que 12% des femmes de 20 à 29 ans en souffre. Le périnée joue un rôle essentiel dans la continence urinaire, la sexualité et la reproduction. L'incontinence urinaire est alors favorisée par un relâchement des muscles du plancher pelvien, aggravé avec la grossesse et les accouchements par voie basse. [21] Autre sujet tabou, la prévalence de l'incontinence anale, qui représente entre 2 et 24% de la population. Son incidence après un premier accouchement est évaluée à 13%. [22] C'est un problème majeur à repérer car il est rarement révélé spontanément par les patients. Lorsque l'incontinence est diagnostiquée, l'histoire est souvent ancienne. Un quart seulement des jeunes mères souffrant de cette incontinence s'en plaignent, par pudeur souvent, mais aussi parce que les symptômes sont intermittents ou modérés, et donc relégués au deuxième plan. [23] Cette incontinence est fréquente et grave. Il faudrait immédiatement y penser en cas d'extraction instrumentale par forceps, déchirure périnéale, deuxième période de travail prolongé, épisiotomie médiane, maladie inflammatoire de l'intestin. Certaines lésions sont immédiatement identifiées, car les plaies et les déchirures sont visibles ; d'autres (deux tiers des cas), infracliniques, restent

occultes, et donc préoccupantes. Elles touchent majoritairement le sphincter anal externe (20 à 45 % des femmes auront une lésion anatomique), et ne s'accompagnent pas toujours de symptômes d'incontinence qui, de toute façon, dans la moitié des cas, s'améliorent ou disparaissent dans les mois qui suivent l'accouchement. Il est intéressant de souligner que plus d'un tiers des patientes de notre échantillon n'étaient pas au courant de l'existence possible de troubles urinaires, d'incontinence anale ou des tranchées avant l'entretien fait durant notre étude. D'où l'importance d'informer, de dépister pour une meilleure prise en charge. On observe que lors de la consultation du post-partum des sujets sont souvent ignorés ou non abordés, en effet aucune consultation n'était complète. Il est néanmoins recommandé que chaque femme enceinte et/ou couple reçoive, au cours du troisième trimestre de la grossesse et avant la naissance, des informations concernant le séjour à la maternité, le post-partum et le retour à domicile après l'accouchement. Il est recommandé d'informer les femmes et/ou les couples sur les événements du postpartum (particulièrement pour les primipares) : modifications physiologiques pour la mère et pour l'enfant, soins, conseils en puériculture, troubles éventuels pouvant survenir, leur prévention et leur surveillance (signes d'alerte). Il est recommandé d'informer les femmes sur le déroulement du séjour à la maternité et l'organisation du retour à domicile.

4.1.4 La douleur : facteur subjectif

La douleur ne peut se mesurer de façon objective, seul celui qui la ressent peut l'exprimer. Une douleur non prise en charge ou mal prise en charge peut évoluer vers la chronicité ou entraîner un phénomène de sensibilisation par la mise en mémoire de la sensation douloureuse par le corps et par conséquent amener vers une altération de l'humeur, accompagnée d'une diminution de la production d'ocytocine. Cela impactera alors les prémices de la relation mère-enfant, altérant le processus d'attachement mais aussi l'allaitement maternel. [2] Nous distinguons que, plus de la moitié de l'échantillon interrogé n'a pas été soulagé des douleurs post accouchement au-delà de la sortie de la maternité, impactant péniblement leur activités et tâches au domicile. La moitié des patientes qui ont eu l'autorisation de sortir de la maternité, avaient une EVA supérieure à cinq sur dix, dont 10 personnes avaient une EVA supérieure à sept. Presque la moitié de l'échantillon exprimait des douleurs incapacitantes. Selon les recommandations de la HAS, pour que la sortie de la maternité soit autorisée il faut répondre à différents critères, dont la « Douleur contrôlée ». Ce terme ne précise pas l'EVA, critère restant flou, la douleur semble être laissée à la libre

interprétation du professionnel de santé, d'où l'intérêt de mise en place de protocole plus précis.

	Critères
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addiction et de dépendances sévères
2	Soutien familial et/ou social adéquat
3	Absence de pathologie chronique mal équilibrée
4	Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu
5	Si hémorragie du post-partum immédiat, celle-ci a été contrôlée et traitée (si nécessaire)
6	Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection
7	Absence de signes thromboemboliques
8	Douleur contrôlée
9	Instauration d'un lien mère-enfant de bonne qualité

Figure n°7 : Définition du bas risque maternel pour un retour à domicile après une durée de séjour standard. Recommandations de la Haute Autorité de Santé.

4.1.5 Santé psychique et estime de soi

Une importante proportion de patientes se dit heureuse et confiante. Cependant, un tiers d'entre elles se sont senties seules, tristes et en détresse durant leur post-partum. Combien de femmes ne se reconnaissent plus en tant que telle après neuf mois de grossesse ? Période où l'euphorie, l'attente, les souhaits envahissent chaque mois jusqu'au terme, et où soudain lorsque le ventre est vide, la femme se retrouve comme « déshabillée » de son propre corps. La femme peut ne plus se reconnaître : la peau est parfois distendue, l'apparition de varices, de chloasma, la prise de poids qui finit par affecter la mère par une perte de l'estime de soi, mais aussi l'appréhension du regard des autres, et de son conjoint. En effet, cette phase qui peut être une des plus importantes, celle de « l'après voyage », en quelque sorte « l'atterrissage », ne devrait pas être minimisée. Bien au contraire, d'autant que tout tourne souvent autour de bébé et que la mère s'oublie bien souvent.

Après l'accouchement deux identités et deux rôles immergent : celui de mère et celui de femme. Elle va devoir se partager entre deux personnes qui attendent beaucoup d'elle. La venue d'un enfant au monde constitue toujours un moment de fragilisation du couple. Les parents vont chercher à construire un nouvel équilibre, qui va remettre en question non seulement le vécu quotidien, mais encore toutes les valeurs véhiculées par l'éducation de chacun. Lors du retour à la maison, d'autres facteurs sont à prendre aussi en considération, à

savoir le passage à la relation de « duo » : l'homme et la femme, à la transition et l'inclusion du « nouveau venu », donc le passage au nouveau schéma de la relation triangulaire. Ce schéma étant déjà illustré dans l'antiquité avec le mythe d'Œdipe. Le nouveau-né risque de « pousser » le père de « sa » place pour s'y mettre, par le biais de sa mère. Le rejet inconscient du père, peut provoquer une cassure sur l'ancienne relation homme-femme. L'enfant devient alors l'intrus, voir l'adversaire du père et le « briseur » de couple dans les formes les plus sévères. Inconsciemment la mère peut reprocher au père sa souffrance, sa transformation physique et l'épuisement psychique en comparaison à l'investissement du père. Ce non-dit peut être nocif à la relation du couple, d'où la nécessité d'un travail avec une tierce personne représentée par le professionnel de santé. Longtemps la culture judéo-chrétienne a impacté la société comme par exemple avec la citation « tu enfanteras avec douleur ». [24]

L'estime de soi constitue un concept majeur pour comprendre le vécu psychique des individus. Elle désigne l'attitude, plus ou moins favorable, qu'à chaque individu envers lui-même, le respect qu'il se porte, le sentiment qu'il a de sa propre valeur en tant que personne et l'insatisfaction corporelle qu'il peut ressentir. Elle constitue un indicateur clé du bien-être psychologique, particulièrement dans la culture occidentale. [25] La moitié des patientes de notre échantillon, se sont senties dépassées par les événements, notamment dû à un manque de suivi psychologique et un manque d'informations. [18] En France, 46 % des primipares, se sentaient désemparées, angoissées ou incertaines au retour à la maison, car post-partum représenterait une période de vulnérabilité où les femmes se sentent souvent démunies. La mission de la sage-femme prend alors toute sa place dans son rôle d'accompagnant pour l'acceptation, la compréhension par l'information et la réassurance de la mère. L'aide au positionnement, retrouver ses repères « d'avant » et aider à la renaissance de la femme sans pour autant oublier la place du père. La sage-femme emploiera un vocabulaire adapté et à la portée de chaque accouchée, et cette dernière mieux informée sur les changements physiques et psychologiques, évoluera dans un contexte favorable et rassurant. Il s'agit d'une prise en charge globale : mère, mère-enfant, femme, et couple. Et bien souvent les conséquences néfastes et graves du post-partum sont liées à une méconnaissance et une carence de prise en charge éducative en amont. Emilie Heymans, une ancienne sage-femme professionnelle relate dans un interview son vécu personnel du post-partum autour d'un critère fondamental pour elle, son poids et nous parle de son estime de soi. « *Je ne veux pas savoir combien je pèse parce que je vais me mettre à pleurer. C'est ce que j'ai répondu à l'infirmière quelques semaines avant de mettre au monde mon deuxième enfant. À la fin de ma seconde grossesse,*

j'ai décidé que je ne montrai plus sur la balance. » Ce discours révèle une certaine détresse, et un impact sur le regard qu'elle porte sur son corps. « Quand tu deviens enceinte, c'est le contraire. Tu perds complètement le contrôle de ton corps. C'est soudainement comme si quelqu'un d'autre prenait les commandes et c'est difficile à accepter. Ton corps change et tu ne peux rien y faire. Tu ne peux pas te mettre au régime ou à l'effort extrême. Il faut que tu penses au bébé et que tu t'alimentes suffisamment pour qu'il soit en santé. » « À présent, il y a le travail, les enfants, la famille, alors je ne peux pas vraiment m'attendre à avoir un corps comme celui que j'avais. » [26]

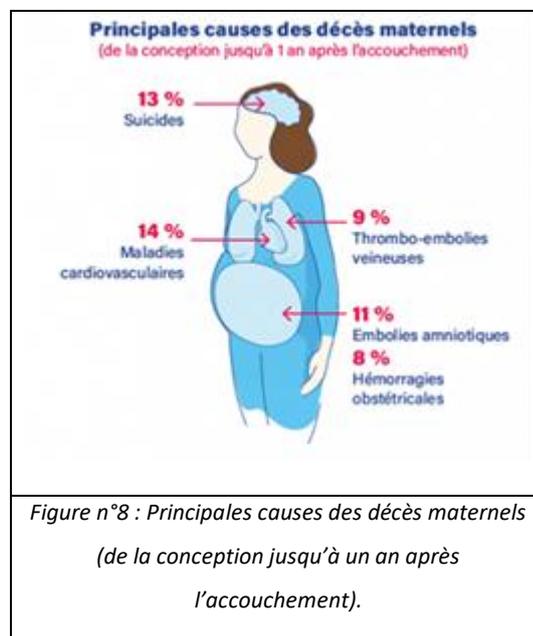
4.1.6 Suivi à domicile

Le vécu du post-partum des femmes ayant eu un accès à un professionnel de santé comme la sage-femme à domicile ayant été très accessible autant physiquement que par téléphone, et ayant exécuté plusieurs visites à domicile (supérieur à deux visites), a été globalement mieux toléré (réponses plus positives et meilleur moral) que pour les femmes ayant un suivi classique voir une absence de suivi. La sortie de la maternité et son organisation doivent être anticipées avant la naissance car la durée du séjour en maternité est courte. Actuellement en France, le nombre de femmes qui rencontrent des difficultés en post-partum serait relativement important (de 15 à 35 % en fonction des études), du fait d'une mauvaise préparation à la sortie de la maternité. D'une manière générale, ces difficultés ne seraient pas directement imputées à la durée du séjour, puisque près des trois quarts des femmes interrogées jugeaient leur durée d'hospitalisation à la maternité adéquate. [17] Deux séances postnatales peuvent être réalisées par une sage-femme entre le huitième jour suivant l'accouchement et la visite postnatale. Elles sont actuellement prises en charge intégralement par l'assurance maladie. Afin de renforcer le besoin d'accompagnement des mères, un « Entretien Postnatal Précoce » (réalisé entre le huitième et le quinzième jour suivant l'accouchement) permettrait aux femmes d'exprimer leur vécu, leurs besoins voire leurs difficultés, afin que le suivi puisse être ajusté au regard de la discussion, en s'appuyant sur les ressources du réseau de santé en périnatalité. La patiente n'étant pas au courant de l'existence de ces séances, implique la sage-femme à l'inclure dans sa démarche d'information. Mais pour la sage-femme libérale la mise en place de ces séances postnatales nécessite une réorganisation de son planning déjà surchargé. Des interventions postnatales précoces et structurées (visites à domicile systématiques, et adaptées en fréquence et en réponse aux besoins, prise en charge des symptômes selon des recommandations professionnelles

disponibles) améliorent le bien-être physique et émotionnel des femmes, avec une diminution de l'anxiété, de la dépression et une amélioration de l'estime de soi, constatée à 4 et 12 mois après la naissance. [16] Dans notre échantillon, trois quarts des patientes affirment avoir eu besoin d'un suivi plus adapté et d'un accompagnement intensifié durant leur post-partum. Le psychisme maternel est modifié par la transparence psychique, état de sensibilité particulier, qui prépare la future mère à la rencontre de son enfant et à la compréhension de ses besoins. Associé à des modifications hormonales et physiques, il peut aussi rendre l'accouchée plus vulnérable aux complications psychique. Amenant alors de l'anxiété, un oubli de soi pour répondre correctement aux besoins de l'enfant, pouvant augmenter le risque de dépression, causant des risques de troubles relationnels mères-enfant, ou même des difficultés conjugales. [3] Pour que l'attachement entre un nouveau-né et sa mère puisse commencer à se développer, il faut que celle-ci atteigne cet état très particulier, et que sa santé mentale soit d'assez bonne qualité pour qu'elle puisse s'adapter à ces phénomènes d'hypersensibilité affectifs et sensoriels. Winnicott définira la préoccupation maternelle primaire comme une identification au bébé permettant que la mère puisse se mettre à la place de son enfant et répondre au mieux à ses besoins. La défaillance maternelle retentit sur le développement de l'enfant. La dépression maternelle va donc atteindre des fonctions essentielles. Lorsque des troubles psychiques maternels existent ou apparaissent dans cette période cruciale qu'est la période périnatale, le développement de l'attachement entre la mère, le père et le nouveau-né peut se trouver entravé. La mère est indisponible du fait d'un état dépressif.

Malheureusement, en France nous ne dépistons pas encore assez bien. En effet, la dépression du post-partum est détectée qu'une fois sur deux. C'est une pathologie mal reconnue par les professionnels, et les proches. « *La dépression périnatale est la combinaison de nombreux facteurs, un accouchement mal vécu, une anxiété, ou un isolement joue un rôle important. Mais aussi la crise identitaire comme le fait de devenir maman ou papa.* » Ces maux retentissent sur les enfants, qui deviennent alors « difficiles » : c'est un cercle vicieux. Les relations sont de plus en plus compliquées, la mère est décrite comme incapable par l'extérieur ou par elle-même et la société demande d'être fonctionnel comme avant très vite. [27] La santé mentale d'un enfant est en grande partie tributaire de l'équilibre de sa structure familiale et, en particulier, du statut psychique de ses parents. L'enfant se développe en fonction de la qualité de ses supports identificatoires, de la cohérence et de la constance que ceux-ci lui manifestent à travers les liens d'attachement. L'organisation mentale de l'enfant s'effectue grâce à la médiation maternelle. Dans les conditions optimales, la mère apaise les

tensions internes, permet à l'enfant de revenir à cet état de quiétude auquel les psychanalystes ont donné le nom de narcissisme primaire. Les conséquences d'une dépression maternelle précoce sur le nouveau-né peuvent être très néfastes. Ils peuvent plus tard présenter une symptomatologie qui est inéluctablement liée au fonctionnement mental du parent et de ce qu'il induit chez celui qui lui est dépendant (les troubles somatiques, les troubles moteurs, les troubles de la régulation des états de vigilance, les troubles relationnels). Le nombre de femmes qui développent une dépression postnatale n'est pas significativement réduit par diverses interventions psychosociales ou psychologiques en période prénatale (niveau de preuve 1). [16] En revanche, des interventions intensives (suivi postnatal précoce à domicile, continuité des soins et partage interprofessionnel des informations, etc.), proposées exclusivement en postnatal et prodiguées par des sages-femmes, ont un effet préventif démontré sur la dépression postnatale (niveau de preuve 1). [16] Ces interventions sont encore plus efficaces chez les femmes vulnérables (niveau de preuve 1). [16] Des interventions individuelles sont plus efficaces que les interventions de groupe (niveau de preuve 1). [16]



Le suicide devient la deuxième cause de mortalité maternelle, avec 35 suicides, environ 1 par mois, soit 13,4% des morts maternelles. [10] Le délai médian de survenue du suicide en post-partum est vers le quatrième mois de post-partum. [10] Il souligne aussi la difficulté des femmes à consulter pour des troubles anxieux ou dépressifs en période périnatale, et la difficulté du repérage par les professionnels et l'importance du dépistage pour les acteurs de première ligne.

4.1.7 Prise en charge proposée aux femmes

Il est recommandé que des thérapies à court terme (interpersonnelle ou cognitive-comportementale) soient proposées aux femmes enceintes. Elles ont démontré leur efficacité dans le traitement de divers troubles mentaux, tels que la dépression et les troubles anxieux. Il est fortement recommandé que les professionnels dirigent les futurs parents vers des ressources spécialisées pour une évaluation plus approfondie en vue d'un traitement. Il faut aussi informer les futurs parents de ne pas attendre d'être devenus incapables d'accomplir les activités habituelles avant de consulter, car plus ils attendent, plus les symptômes risquent de s'aggraver et plus il peut être difficile de les traiter.

4.1.8 Sexualité

Concernant la sexualité, lors de la question sur la masturbation, un sentiment de gêne et d'incompréhension était palpable. Aucune des participantes n'y a eu recours durant la grossesse ni durant les six semaines après l'accouchement. La reprise des rapports sexuels était aussi un sujet épineux. L'étude qualitative de Salim et al. [28] a soulevé que chez les six femmes rencontrées, la période postnatale comprend plusieurs difficultés, peurs et inquiétudes générales qui ralentissent ou arrêtent même la sexualité : la présence de déchirures, de lacérations et/ou de traumatisme du périnée, particulièrement en présence de points de suture, peur de la douleur lors du premier coït et peur d'une nouvelle grossesse. Des inquiétudes envers la satisfaction du partenaire ont aussi été soulevées. La fatigue, le stress et le temps disponible étaient les éléments phares de la diminution du désir dans le post-partum. [28] À 12 mois postnatal, deux sujets d'inquiétudes semblables persistent chez le tiers des parents : la présence d'un plus grand désir sexuel chez l'homme que chez la femme et l'image corporelle de la femme. L'image corporelle et le sentiment de désirabilité sont des facteurs particulièrement importants pour les femmes en période postnatale qui influencent leur sexualité : beaucoup de femmes sont en effet moins satisfaites de leur corps après l'accouchement et se sentent moins désirables et attirantes. La prévalence de la dyspareunie en post-partum immédiat est estimée entre 20 et 50%, et la durée moyenne des symptômes est de quatre mois. Les troubles sexuels peuvent persister plus longtemps en cas de déchirure plus grave. [29] Lors de la transition à la parentalité, l'aspect intime et sexuel de la relation conjugale des futurs et nouveaux couples parentaux est le plus affecté et le plus vulnérable ; les couples doivent s'adapter pour favoriser leur histoire et leur famille. La sexualité pendant

la grossesse constitue une bulle temporelle et temporaire. Elle est fondamentale, se modifie et s'ajuste en fonction des nouvelles conditions.

Malgré la mauvaise expérience du post-partum pour certaines patientes, celles-ci seraient prêtes à revivre une grossesse, justifiant cette envie seulement encouragée par le bonheur d'avoir un enfant. Dans notre culture française, lorsqu'une femme accouche, l'attention est très peu portée sur elle. La personne la plus importante lors d'une naissance, c'est le bébé. On prend soin de lui et on veille à son bien-être 24h/24h. C'est d'ailleurs une tradition très ancrée dans l'esprit des jeunes mamans, qui focalisent leur attention quasiment exclusivement sur leur bébé. Elles en oublient que leur corps a fourni un effort colossal pour mettre au monde leur bébé. Qu'il est fatigué et bouleversé. Elles ignorent presque que le post-partum est une période difficile qui demande beaucoup de repos et de soutien. D'autres cultures ont beaucoup plus conscience des enjeux et de la réalité du post-partum. En effet, elles comprennent les bouleversements et les difficultés de cette période et la considèrent ainsi comme une période de transition et de repos. Dans ces cultures, la mère est au centre des préoccupations, elle est entourée, aidée et aimée.

4.1.9 Partage de l'expérience

On observe un paradoxe entre le manque de partage de l'expérience du post partum dans la société alors que l'intégralité de nos patientes affirment pouvoir parler de celui-ci à leurs proches sans gêne et appréhension. L'instinct protecteur de la mère et des proches peut amener à cacher l'information pour ne pas inquiéter par soucis d'empathie. Il est peut-être judicieux de rappeler l'héritage transmis de la relation mère-fille basée sur l'expérience personnelle qui se perpétue au fil des décennies. Cette transmission inéluctable est à ce jour une des représentations sociétales influençant la base de l'information, parfois censurée puisque sujets toujours tabous, renforcé par l'influence patriarcale.

A travers les réseaux sociaux la nouvelle génération de mamans « dénoncent » ce tabou sociétal, et ce sentiment d'injustice, de honte, et de solitude face à ce grand changement qui impact leur vie, leur vie psychologique et physique, de presque toutes les femmes. Il marque une profonde césure entre une surveillance accrue durant la grossesse et un manque de soutien en post-partum. Se retrouvant face à un corps qu'elles ne reconnaissent pas, parfois meurtri, psychologiquement fragilisées et insuffisamment préparées pour retrouver un équilibre. Informer les femmes sur les événements physiologiques et psychiques qui se produisent dans les mois qui suivent et les sortir de cette profonde solitude que beaucoup

d'entre elles vivent lors du congé maternité, apparaissent comme les conditions majeures à leur mieux-être après l'accouchement. « *Il n'y a pas de mot pour le dire en français ou alors des mots très négatifs –corps abîmé, corps à cacher– alors que c'est un corps en transition. Le fait de ne pas avoir de mot ne permet pas de le penser en termes physiologiques. En donnant des repères biologiques et physiologiques aux femmes, elles pourraient mieux se préparer et anticiper ce post-partum* ». [30] « *Si on parlait davantage de ces sujets, si on ne les invisibilisait pas de façon systématique, les mères se sentiraient moins isolées, moins démunies. Préoccupez-vous des mères. Mettez en lumière leur vécu* ». [30] Le but étant de changer l'image de la femme et de sa place dans la société. Une rébellion, une volonté de changer les choses, d'accompagner les jeunes filles, de sensibiliser les nouvelles générations. Améliorer les conditions de vie des femmes, faire évoluer les mœurs, et les représentations de la Femme. L'image la plus facilement acceptée de la maternité est celle de l'épanouissement de la femme, et que l'amour de la mère pour son nouveau-né est supposé effacer tous les obstacles. Pourtant l'expérience réelle de la maternité dans notre société est bien différente. « *La maternité est présentée comme le seul modèle possible de réalisation de la féminité : est-il possible que les mères déprimées soient si nombreuses si la maternité est la seule manière de se réaliser ?* ». [30] Ce décalage entre les attentes des femmes et la réalité, est une constante du discours des femmes qui remarquent que les choses se sont le plus souvent moins bien passées que ce qu'elles avaient anticipé, peut être analysé, dans le modèle de Seligman, comme l'origine de la perte de contrôle et du sentiment d'impuissance. Trois aspects semblent capitaux dans ce décalage entre attentes et réalité : le déroulement de l'accouchement, l'allaitement, et la participation du jeune papa. D'après Patrizia Romito, les femmes se trouvent de plus à devoir répondre aux besoins matériels et émotionnels du bébé, mais aussi aux besoins matériels, émotionnels et sexuels du conjoint. [30]

4.1.9 Le soutien : La place du père

Le rôle du père et mari est primordial et joue un rôle crucial : le soutien qu'il accorde à la jeune mère, la qualité de leur relation conjugale (sa participation aux soins du bébé, aux tâches ménagères) restent corrélés avec une meilleure réaction de la mère. [31] Dans notre échantillon, certaines femmes déprimées considèrent moins souvent leur mari comme un confident ; il les maris les aide significativement moins et participe moins dans les soins aux enfants. Un père peut agir comme un tampon contre les obstacles traversés, soit en offrant des expériences interactives adaptatives à l'enfant, soit en soutenant la mère tout au long de sa

période difficile. En revanche, le père peut aggraver la situation, par des conflits conjugaux. [6] La culpabilité chez le père existe et peut persister plusieurs mois. Il peut se sentir responsable de la douleur de sa femme, son corps qui change, son changement de caractère, sa fatigue, sa négligence par manque de temps, son indisponibilité pour lui, peut entraîner un mécanisme de défense par la fuite, plongeant sa compagne dans une détresse renforcée et sentiment de solitude. La dépression paternelle existe aussi. Il est important d'essayer de la dépister et de les aider. En sachant que le père joue un rôle crucial et à une influence psychique sur la mère. Ils manifestent généralement leur détresse psychologique de manière différente des femmes. La dépression se manifeste souvent par de l'irritabilité et de l'agressivité. Contrairement à la femme, où elle est souvent exprimée par des sentiments de tristesse et une grande émotivité. En effet, dans notre société, l'image de « l'homme fort » est communément valorisée, et les problèmes d'ordre émotionnel sont parfois synonymes de faiblesse. Ils sont ainsi peu encouragés à exprimer leurs émotions et ont tendance à parler davantage de leurs symptômes physiques. Ces problèmes sont donc plus difficiles à repérer pour les professionnels de la santé. Environ 10 % des hommes vivent des symptômes de dépression lors de la période périnatale, et qu'un pic des symptômes est observé trois à six mois après la naissance du bébé. [2] Il existe des répercussions sur l'homme, comme la consommation abusive d'alcool ou de drogues, des comportements violents et un risque de suicide. Sur sa conjointe, il y a une influence négative sur l'humeur durant sa grossesse, problèmes conjugaux et risque de rupture. Ainsi que l'enfant à naître : pleurs excessifs (coliques), difficultés sur le plan du développement du langage, problèmes de comportement et affectifs, relation père-enfant affectée ; moins d'interactions positives entre le père et l'enfant, conflits. En tant que professionnels, les facteurs de risques à rechercher permettant une meilleure prise en charge sont : un historique personnel de dépression, grossesse non désirée, rôle paternel « traditionnel » et faible implication dans l'éducation des enfants, conjointe souffrant de dépression, faible niveau de satisfaction conjugale, absence de soutien social ou peu de soutien social, faible niveau socioéconomique, sans emploi. [2]

4.1.10 Ressenti et vécu du PP

Dans notre échantillon, le ressenti moyen des femmes informées des risques pendant la grossesse est de 4,1 sur 5 comparé au ressenti moyen des femmes découvrant les risques pendant le post-partum qui est de 3 sur 5. Nous observons que le ressenti est meilleur pour les femmes au courant du déroulement du post-partum dès la grossesse. Nous pouvons penser

qu'une meilleure connaissance du post-partum avant de le vivre permettrait un meilleur vécu de celui-ci. Anticiper, se préparer aux désagréments, ne pas affronter l'inconnu. Savoir anticiper, se connaître, accepter, et ne pas créer de l'anxiété sur ce qu'on n'est pas capable de modifier. Savoir que toutes les mères sont passées par là, mieux s'adapter en sachant ce que nous allons traverser grâce aux conseils et vécu de l'entourage, et l'expérience des professionnels.

4.2 Perspectives

4.2.1 Améliorer et approfondir les pratiques de la Sage-Femme

Les évènements de vie stressants en période périnatale (pauvreté, déménagement, séparation, perte d'emploi), les difficultés conjugales, familiales et économiques, l'absence ou le manque de soutien social (de la part d'un conjoint ou de l'entourage), sont à déceler durant les différents rendez-vous, pour permettre une meilleure prévention et un accompagnement adapté. La solution aux difficultés rencontrées durant le post-partum ne passerait non pas par un allongement des séjours, mais par une meilleure articulation entre la maternité et le suivi à domicile. Afin de renforcer le besoin d'accompagnement, les jeunes mères peuvent bénéficier d'un suivi par une sage-femme. En effet, l'Assurance Maladie rembourse deux séances postnatales qui peuvent être réalisées entre le huitième jour suivant l'accouchement et la visite postnatale amenant ensuite à un entretien post-natal précoce. Mais il n'est pas généralisé à l'échelle nationale et reste encore peu pratiqué. Peu de femmes le savent. La plupart du temps, elles ne voient aucun professionnel de santé avant la consultation post-natale obligatoire, six à huit semaines après l'accouchement. C'est un délai trop long car les premières semaines peuvent être difficiles. Ces deux séances sont à différencier de la visite systématique dans la première semaine du retour à la maison à faire préférablement dans les 48 premières heures (sortie standard). Ce flou doit être éclairci et l'information doit être divulguée à toutes les patientes avant leur sortie de maternité.

Dans le cadre du plan « 1000 premiers jours », lancé en 2019 pour accompagner les familles lors de cette période cruciale pour l'enfant et la création de liens d'attachement solides avec les parents, plusieurs mesures sont mises en place, dont une application « 1 000 premiers jours » qui donne des informations aux parents ou futurs parents, en collaboration avec Santé Publique France. De surcroît, un entretien systématique autour de la cinquième semaine après l'accouchement sera instauré début 2022 pour repérer les dépressions post-partum, qui toucheraient entre 15 et 30 % des mères, a déclaré mardi 28 septembre le

secrétaire d'Etat à l'enfance, Adrien Taquet, lors des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie à Paris. Pour les femmes à risque, il sera suivi d'un second entretien autour de la douzième semaine. Cet entretien pourra être effectué par les médecins traitants ou sages-femmes, qui auront été sensibilisés au repérage des dépressions post-partum. Si des signes de dépression sont détectés, le parent pourra être orienté vers un psychiatre ou psychologue. « 100 000 femmes par an souffriraient de la dépression du post-partum - 15 %. 30 % des mères et 18 % des pères disent avoir connu un épisode dépressif. Mais seulement 5 % des mères disent avoir été diagnostiquées par un spécialiste et 78 % des parents n'avaient jamais entendu parler de la dépression post-partum lors des rendez-vous médicaux, selon ce sondage réalisé en août 2021 par OpinionWay pour l'entreprise de télémédecine Qare. Suite à l'analyse des décès maternels survenus en 2013-2015, le Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle a mis en relief, selon le principe général de l'enquête, « mieux comprendre pour mieux prévenir », les éléments permettant d'améliorer l'organisations de prise en charge des femmes pour éviter les suicides maternels.

- L'interrogatoire de la femme enceinte sur sa santé mentale actuelle doit être renouvelé régulièrement tout au long du suivi prénatal et en post-partum.

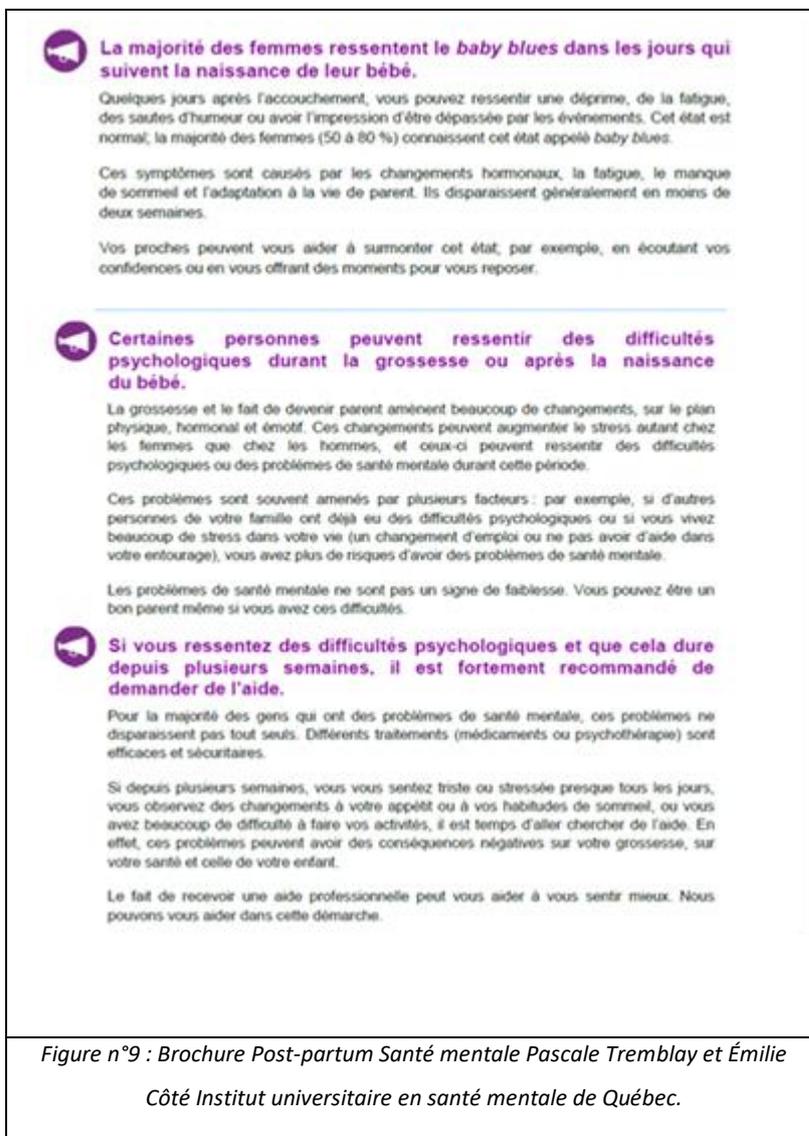
- Le recours au psychologue et/ou au psychiatre doit être systématique en cas de repérage de symptômes d'alerte, surtout si modification brutale et/ou durable de l'état mental de la femme : variations thymiques, troubles du sommeil, anxiété, crises d'angoisse, verbalisation d'idées noires ou d'autodépréciation, modification brutale du contact.

- En cas de troubles psychiatriques connus ou découverts au cours de la grossesse, une collaboration multidisciplinaire doit être mise en place le plus tôt possible pour : adapter le traitement, suivre son respect ; évaluer la capacité de la mère à investir et s'occuper de l'enfant pendant la grossesse et dans le post-partum ; informer la patiente et son entourage que la période du post-partum est une période à risque de complication psychiatrique et qu'il ne faut pas hésiter à consulter.

- La sortie de suites de couches doit être retardée en cas de doute sur un trouble anxieux ou dépressif. Un suivi à domicile organisé peut alors sécuriser cette sortie (PRADO, HAD, sage-femme libérale, PMI, rendez-vous avec les professionnels de santé mentale).

4.2.2 Information et Prévention

La prévention des troubles psychiques durant le post-partum au Québec est ouvertement abordée dès le début de grossesse. Ces messages clés sont transmis directement aux futurs parents sous forme de brochure et expliqués lors d'un suivi individuel ou lors d'une rencontre prénatale de groupe ; cela a été élaboré par un consensus basé sur la recherche scientifique et la pratique professionnelle au Québec. [32] Cette initiative pourrait être développée en France.



La majorité des femmes ressentent le *baby blues* dans les jours qui suivent la naissance de leur bébé.

Quelques jours après l'accouchement, vous pouvez ressentir une déprime, de la fatigue, des sautes d'humeur ou avoir l'impression d'être dépassée par les événements. Cet état est normal; la majorité des femmes (50 à 80 %) connaissent cet état appelé *baby blues*.

Ces symptômes sont causés par les changements hormonaux, la fatigue, le manque de sommeil et l'adaptation à la vie de parent. Ils disparaissent généralement en moins de deux semaines.

Vos proches peuvent vous aider à surmonter cet état, par exemple, en écoutant vos confidences ou en vous offrant des moments pour vous reposer.

Certaines personnes peuvent ressentir des difficultés psychologiques durant la grossesse ou après la naissance du bébé.

La grossesse et le fait de devenir parent amènent beaucoup de changements, sur le plan physique, hormonal et émotif. Ces changements peuvent augmenter le stress autant chez les femmes que chez les hommes, et ceux-ci peuvent ressentir des difficultés psychologiques ou des problèmes de santé mentale durant cette période.

Ces problèmes sont souvent amenés par plusieurs facteurs : par exemple, si d'autres personnes de votre famille ont déjà eu des difficultés psychologiques ou si vous vivez beaucoup de stress dans votre vie (un changement d'emploi ou ne pas avoir d'aide dans votre entourage), vous avez plus de risques d'avoir des problèmes de santé mentale.

Les problèmes de santé mentale ne sont pas un signe de faiblesse. Vous pouvez être un bon parent même si vous avez ces difficultés.

Si vous ressentez des difficultés psychologiques et que cela dure depuis plusieurs semaines, il est fortement recommandé de demander de l'aide.

Pour la majorité des gens qui ont des problèmes de santé mentale, ces problèmes ne disparaissent pas tout seuls. Différents traitements (médicaments ou psychothérapie) sont efficaces et sécuritaires.

Si depuis plusieurs semaines, vous vous sentez triste ou stressée presque tous les jours, vous observez des changements à votre appétit ou à vos habitudes de sommeil, ou vous avez beaucoup de difficulté à faire vos activités, il est temps d'aller chercher de l'aide. En effet, ces problèmes peuvent avoir des conséquences négatives sur votre grossesse, sur votre santé et celle de votre enfant.

Le fait de recevoir une aide professionnelle peut vous aider à vous sentir mieux. Nous pouvons vous aider dans cette démarche.

*Figure n°9 : Brochure Post-partum Santé mentale Pascale Tremblay et Émilie
Côté Institut universitaire en santé mentale de Québec.*

Nous pouvons aussi généraliser un outil de dépistage de la dépression du post-partum EPDS en 10 questions durant l'hospitalisation en maternité, ou bien rendre systématique la consultation d'un psychologue durant l'hospitalisation en maternité ou dans les premières semaines du post partum.

4.2.3 Fatigue et manque de temps : Aide à la maison et rallongement du congés maternité

La fatigue perturbe la qualité de vie, limite les activités quotidiennes et peut également être responsable de problèmes plus graves. La majorité des participantes de notre étude ont exprimé ce sentiment. L'instauration d'aide-ménagère au domicile des patientes a été évoquée par différentes patientes. Une pétition en ligne « Améliorons les conditions du post-partum des femmes » propose également un allongement du congé maternité à quatre mois après l'accouchement. Actuellement, le congé maternité est de seize semaines au total, dix semaines après l'accouchement pour un premier et deuxième enfant, alors jugé trop court pour une bonne adaptation à la parentalité.

4.2.4 Groupe de paroles et ateliers en suite de couches

Lors de l'entretien numéro 22, une idée a été émise. Créer des réunions de groupe de paroles, rassembler les mères dans le service de maternité aurait été une bonne solution pour pouvoir s'exprimer sur leur anxiété et réaliser qu'elles ne sont pas seules à vivre des difficultés, éviter l'isolement, mais aussi créer du lien entre les nouvelles mères. Un moyen judicieux pour aborder les points douloureux, prodiguer des conseils et préparer les nouvelles mères aux différents changements. D'ailleurs, il a été noté que la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel s'améliorent avec des interventions associées entre elles (groupe de discussion, séances prénatales, brochures, vidéo, manuel d'auto-apprentissage, contact individuel avec un professionnel formé à la conduite de l'allaitement) (niveau de preuve 4). [17]

4.2.5 Réseau périnatal

La continuité et la cohérence du suivi autour de la femme impliquent une évolution des pratiques dans le sens d'un travail en réseau entre les différents acteurs concernés. Il est primordial de favoriser au maximum la collaboration entre les différents professionnels de santé. Coordonner les interventions et acteurs à la maternité et durant le suivi à domicile, pour permettre de dépister au mieux les patientes, et amener à un suivi correct et adapté. Le Réseau de Périnatalité pourra assurer des formations interdisciplinaires pour l'ensemble des professionnelles au dépistage précoce du baby-blues en maternité et de la dépression post-natale en suivi à domicile, organiser et assurer le partage de l'information, et par la mise en place de protocoles et conduites à tenir en cas de facteurs de risques et de découverte de troubles. Il est nécessaire d'affirmer l'importance de la formation des professionnels pour

accompagner la mise en œuvre des recommandations de la HAS déjà formulées. Tout un panel d'outils s'offre aux patientes. Transmettre aussi les numéros verts, les noms des associations et forums bénéfiques aux parents (mamanblues.fr). Donner les contacts de psychologues, mettre en place et proposer des ateliers à la parentalité comme à la PMI ou dans les centres départementaux (Maison du Département de Nice). Il est de notre devoir de les informer, et de nous assurer de la continuité de leur suivi et de leur bonne prise en charge. Il pourrait être aussi intéressant de mettre en place un numéro spécial mettant en relation les patientes avec des sages-femmes pour poser des questions et répondre à leurs doutes, comme le font les patientes avec certaines sages-femmes en libérale. Prouver aux patientes qu'elles peuvent compter sur les professionnels de santé accessibles.

Le vécu du post-partum des femmes ayant eu un accès à une sage-femme libérale pour le suivi de grossesse et ayant exécuté plusieurs visites à domicile en post-partum a été globalement mieux toléré que pour les femmes ayant un suivi classique voir une absence de suivi. Nous pourrions donc pour les patientes suivies à l'hôpital créer un lien précoce avec une sage-femme libérale durant le suivi de la grossesse, puis proposer le même professionnel pour le suivi du post-partum, permettant de développer une relation plus appropriée pour se confier. Cela pourrait améliorer la prise en charge de la consultation du post-partum, à ce jour trop médicalisée, en la rendant plus individualisée par plus de confiance grâce au lien instauré précocement. Il est fondamental que les professionnels aient une formation spécifique et que l'entretien pré, post natal et les cours de préparations soient structurés et abordent tous les points recommandés. Les professionnels qui offrent aux couples un programme de PNP devraient avoir la capacité :

- De mener un entretien conduisant à déterminer avec la femme ses besoins, ses difficultés et de repérer les situations de vulnérabilité.
- De construire un projet préventif et éducatif avec des informations à transmettre, des compétences à développer et une adaptation des dispositifs et du suivi à mettre en œuvre en cas de difficultés.
- De proposer et de conduire à accepter l'aide proposée.
- D'assurer la cohérence et la continuité des interventions des divers professionnels de santé en organisant les séances et les dispositifs d'aide et d'accompagnement.

- D'adapter le contenu et la technique de la séance, quel que soit le moment où elle a lieu, selon les besoins de la femme et des couples concernés.

- D'identifier les stratégies éducatives les mieux adaptées aux compétences à développer et maîtriser les techniques d'éducation et de conduite de groupe, les techniques de soutien.

- D'ouvrir le dialogue dans des groupes de discussion, de communiquer des informations claires, de répondre honnêtement aux questions, à écouter et à être attentif aux inquiétudes des couples.

- D'évaluer la situation de chaque femme et couple : compétences développées, réussites, difficultés, et de compléter par un contenu ciblé et un suivi adapté aux besoins.

4.3 Limites de notre étude

L'étude a été réalisée sur des souvenirs plus ou moins récents. On peut constater un biais lié à l'amnésie à cause du temps passé. L'attitude et le langage non verbal de l'intervieweur ont pu influencer de manière involontaire les réponses des participantes. Ceci est une limite implicite à la méthode de recueil des données choisie. Il est aussi important de signaler que les entretiens téléphoniques peuvent limiter les échanges et messages non verbaux des participantes. Certains témoignages auraient pu être plus argumentés, certaines réponses et avis auraient pu être différents. Notre échantillon est composé de 22 femmes ayant accouché dans l'enceinte du Centre Hospitalier Universitaire de l'Archet II. Une étude donc monocentrique : les données recueillies ne peuvent pas être extrapolées à grande échelle. De même, les femmes ne parlant pas le français n'ont pas été incluses dans l'étude. Pourtant, ce sont bien souvent ces femmes qui sont le plus dans le besoin, qui se retrouvent dans l'incompréhension par le manque d'information et qui sont souvent délaissées par manque de temps, et de moyens. Le post-partum entoure un moment de joie : la naissance d'un enfant. Il y a donc une influence sur le ressenti des femmes et leurs discours. Il aurait été aussi intéressant de travailler en comparaison avec différentes cultures, car chaque ethnie n'exprime pas ses émotions, sa vision de la vie et l'image de la Femme de la même manière. Ces remarques ne peuvent être traitées partiellement compte-tenu de l'importance de son impact. Ces sujets mériteraient d'être abordés dans leur globalité en faisant l'objet d'autres études, et mémoires.

5. Conclusion

En tant que professionnel de santé, nous pouvons aider, prévenir et accompagner nos patientes pour un meilleur vécu du post-partum. Par notre posture, dépendra la qualité de la relation de confiance. Discretion et pudeur s'imposent au cours de la consultation. Aucune question ne doit être vécue par la patiente comme embarrassante ou insistante, sous peine d'inquiéter ou de culpabiliser. Le choix des mots est aussi important durant nos suivis. Il s'apprend. Comme s'acquièrent, avec l'expérience, l'écoute, le Savoir-Faire, et le Savoir-Être, l'effet naturel du ton adopté. Diagnostiquer, prendre en charge, et savoir déceler les troubles psychologiques et/ou sexuels à travers la plainte somatique sont nécessaires. Libérer la femme de ses craintes et de ses maux pour qu'enfin, elle se sente bien dans son corps. Effectivement, l'écoute paraît essentielle. Revaloriser, rassurer, mettre des mots sur le ressenti des patientes conditionnent déjà le début de la prise en charge. Les sages-femmes en sont le premier maillon. Elles peuvent apporter à la femme des informations de prévention, durant le suivi de grossesse par l'entretien prénatal précoce / séances de préparation à la naissance, pour l'acceptation et le bon déroulement du post-partum. Elle a un réel rôle d'éducation, aussi durant le séjour en suite de couches. L'entretien post-natal et la consultation du post-partum sont des éléments clés de la prise en charge de la patiente.

L'analyse attentive et respectueuse du vécu de nos patientes, ainsi qu'un accompagnement multidisciplinaire et coordonné dans la durée, sont des missions cruciales pour la sage-femme, avec le but d'assurer un suivi de qualité à la mère et protéger la triade mère-père-enfant, dans le respect du contexte culturel d'appartenance et de la valeur de la Vie.

Nous espérons que les mesures mises en place pour l'accompagnement des femmes dans leur post-partum permettra un suivi adapté et une meilleure prise en charge dans le futur. Informer le personnel, les patientes et la jeune génération, libérer la parole des femmes et des hommes, former les professionnels de santé au dépistage et à l'accompagnement, faire bouger les choses via les réseaux, et protocoles, médiatiser le plus possible sur ces sujets tabous pour amener à une bonne connaissance de soi et de son corps sont les éléments phares des perspectives envisagées pour un meilleur vécu du post-partum.

Bibliographie

[1] Direction de la Séance Senat – Amendement. Journal Officiel du 22 avril 2008 Proposition de loi. Améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. Sortie de maternité après un accouchement.

[2] Institut national de Santé Publique du Québec., Le portail d'information prénatal, Santé Mentale. Octobre 2011 ;

[3] Bydlowski, M., La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité. 2008 ;

[4] Jalenques, J & Legrand, G., Blues et dépression du post-partum, La Revue du praticien. 2009, 20 avril ; 59, 499-606.

[5] Dr. Sorci K. (2021). *Nouveau-né affecté par une pathologie maternelle* [notes de cours]. Ecole de Sages-Femmes de Nice ;

[6] Tissot, Hervé ; Frascarolo, France; Despland, Jean-Nicolas; Favez, Nicolas., Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : Revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale La Psychiatrie de l'Enfant. 2011 ; Vol. 54, N° 2 : 611-637.

[7] Blondel B., Zeitlin J., INSERM U953., Recherches épidémiologiques en santé périnatale et santé des femmes et des enfants. La santé périnatale en France : Une position moyenne en Europe mais quelques différences préoccupantes. La Revue Sage-Femme. 2014 ; Pages 609-12.

[8] Bourgeois M. (2021). *Troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum* [notes de cours]. Ecole de Sages-Femmes de Nice.

[9] Guedeney, N., L'attachement : un lien vital. 2010, Décembre ; Editions Fabert.

[10] Santé publique France., 6e rapport d'enquête nationale sur les morts maternelles pour la période 2013-2015. 6 janvier 2021 ;

[11] ENCMM., Mortalité maternelle en France : Mieux comprendre pour mieux prévenir. 2013-2015 ; Rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles

[12] Terrafemina. Voici la pub sur la douleur post-partum que les Oscars ont censuré. 11 février 2020 [En ligne] Disponible : https://www.terrafemina.com/article/oscars-2020-cette-pub-sur-les-douleurs-post-partum-a-ete-censuree_a352438/1

[13] Kazib A. 2019. Publicité Nana : les vulves font polémique ! [Vidéo] Dans *RMC story*. <https://www.youtube.com/watch?v=oNrKbkIZLIM>

[14] Ministère des Solidarités et de la Santé. Humanité, proximité, sécurité, qualité. Le plan de périnatalité 2005-2007. 2005 ;

[15] Carayol M., La sage-femme : acteur incontournable de la périnatalité en France. *Prise en charge de la naissance : Le Rôle des Sages-Femmes. Dossier Naître en France et au Québec. Revue Persée. 2004 ; Pages 97-103.*

[16] Haute Autorité de Santé., *Recommandations professionnelles Préparation à la naissance et à la Parentalité PNP. Novembre 2005 ;*

[17] Haute Autorité de la Santé., *Sortie de maternité après un accouchement, Recommandations de bonne pratique. 2014, 13 mars ;*

[18] Akrich, M & Evrard, A., *Déroulement du post-partum : ce qu'en disent les femmes, Revue de médecine périnatale, 2015 ; 7(2), 69-81.*

[19] Ntebutse J.-G., Croyere N., *Intérêt et valeur du récit phénoménologique : une logique de découverte Dans Recherche en soins infirmiers. 2016 ;*

[20] *Dans Recherche en soins infirmiers., La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues. 2005 ;*

[21] J.L. Cox, J.M. Holden et R. Sagovsky., *L'Echelle de dépression postnatale d'Edimbourg. (EPDS), Post-partum : Guidelines for clinical practice. 1987 ;*

[22] Klein, MC., *Troubles urinaires et sexuels dans le post-partum après 3 mois chez les femmes ayant accouché par voie basse ou par césarienne. Journal of Obstetrics Gynecology. 2005 ; 27*

[23] Macmillan AK et al., *Prévalence de l'incontinence anale. 2004 ;*

[24] Kervasdoué, A., *Pourquoi le post-partum est-il une période à risque pour la sexualité du couple ? La Lettre du Gynécologue. Décembre 2001 ; 267.*

[25] Verset 16, Genèse 3, La Bible

[26] Dany L., Morin M., *Image corporelle et estime de soi. Revue Cairn. Bulletin de psychologie. 2010 ; 5 page 321.*

[27] *Reportage Heymans É., Faire le deuil de mon corps d'athlète. 21 Juin 2018 ;*

[28] C. de Pierreponta, V. Polomenob, L. Bouchardc, E. Reissing., Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité. 2016 ; Partie 2.

[29] Fritel X., Césarienne et troubles génito-sexuels du post-partum. 2009.

[30] Romito P., : « La Naissance du premier enfant. Étude psychosociale de l'expérience de la maternité et de la dépression post-partum », Neuchâtel et Paris, Delachaux et Niestlé. 1990 ; Coll. Actualités pédagogiques et psychologiques.

[31] Joutel, N., Impact de la grossesse et de la paternité : le point de vue des hommes. Mai 2001 ; Extrait.

[32] Tremblay P., Côté E., Brochure Post-partum Santé mentale Institut universitaire en santé mentale de Québec. Octobre 2011 ;

[33] Allo Docteurs. Post-Partum, un bouleversement après la naissance [En ligne]. Septembre 2021. Disponible : <https://www.allodocteurs.fr/sexo-femme-post-partum-un-bouleversement-apres-la-naissance-31338.html>

[34] Le Monde. Dépression du Post-Partum, un repérage systématique mis en place en 2022. [En ligne] Septembre 2021. Disponible : https://www.lemonde.fr/societe/article/2021/09/28/un-reperage-systematique-de-la-depression-post-partum-mis-en-place-en-2022_6096315_3224.html

[35] Le Parisien. Dépression du Post-Partum, un repérage systématique mis en place en 2022. Septembre 2021. Disponible : <https://www.leparisien.fr/sentinelles/depression-post-partum-un-reperage-systematique-mis-en-place-en-2022-28-0920214XERMUCUG5GM3FSUV3ROQS2SRE.php>

Annexe I

Questionnaire amenant à des réponses ouvertes durant les entretiens avec notre échantillon.

- 1) Désir d'allaiter ou non ? Pourquoi ? Quelle est votre représentation de l'allaitement ?
- 2) Comment vous organisez vous ?
- 3) Avec vous discuter de votre choix d'allaitement avec l'entourage ?
- 4) Votre mère vous a-t-elle appris quelque chose sur le post-partum ?
- 5) Connaissiez-vous le post-partum avant, pendant votre grossesse ?
- 6) Vous sentez vous fière de ce que vous avez accomplie ?
- 7) Avez-vous ressenti un sentiment de tristesse, de détresse, de mal être durant le post-partum ?
- 8) Avez-vous ressenti un sentiment de solitude durant le post-partum ?
- 9) Vous-êtes-vous sentie dépassée par les événements ?
- 10) Avez-vous ressenti un sentiment de culpabilité ?
- 11) Avez-vous eu des problèmes de sommeil ?
- 12) Avez-vous eu des idées noires ?
- 13) Avez-vous pensé à vous faire du mal ?
- 14) Avez-vous eu besoin d'un professionnel de santé (psychiatre, psychologue, ...) ou d'un proche (amie, ...) pour palier à un problème ?
- 15) Pensez-vous eu besoin d'un suivi plus adapté, un accompagnement durant votre post-partum ?
- 16) Pensez-vous être prête à revivre l'expérience du post-partum lors d'une prochaine grossesse ?
- 17) Reprise du travail prévu ?
- 18) Avez-vous fait des rêves sur la maternité ?
- 19) Avez-vous eu des appréhensions pour vous regarder dans le miroir ?

- 20) Vous sentez vous aussi belle et bien dans votre corps qu'avant votre grossesse ?
- 21) Avez-vous eu des problèmes d'acceptation de votre corps ? (Quelle(s) partie(s) du corps dérange(nt) ?)
- 22) Prenez-vous le temps pour vous, pour des soins du corps ?
- 23) Avez-vous observé vos parties intimes depuis votre accouchement ?
- 24) Quel est votre rapport avec le poids ? (Prise de poids mal vécue ? perte de poids ? reprise du sport ? régime ? ressenti)
- 25) Quel est votre ressenti du regard des autres sur vous ?
- 26) Vous sentez vous attirante/désirée par votre compagnon ?
- 27) Y a-t-il eu une reprise de la sexualité ? Appréhension ? Présence de douleurs pendant les rapports ?
- 28) Avez-vous pratiqué la masturbation depuis votre accouchement ?
- 29) Au final, auriez-vous préféré connaître les risques et affections du Post-partum avant, pendant ou après votre grossesse ?
- 30) Parleriez-vous de cela ouvertement à vos proches (sœurs / frères / amis / collègues) ? à vos enfants ?
- 31) Vous sentez vous soutenu par vos proches ?
- 32) Avez-vous des craintes du regard et jugement des autres / craintes angoisses / peur ?
- 33) Comment imaginez-vous impliquer le père dans la relation ? (Comment peut-il vous aider ?)
- 34) a) Ressenti des femmes sur le Post-Partum, groupe au courant des risques *avant la grossesse* ?

Très Mauvais 1 / Mauvais 2 / Moyen 3 / Bon 4 / Très bon 5

b) Ressenti des femmes sur le Post-Partum, groupe au courant des risques *pendant la grossesse* ?

Très Mauvais 1 / Mauvais 2 / Moyen 3 / Bon 4 / Très bon 5

c) Ressenti des femmes sur le Post-Partum, groupe au courant des risques
pendant le post-partum ?

Très Mauvais 1 / Mauvais 2 / Moyen 3 / Bon 4 / Très bon 5

Annexe II

Suivi de la Consultation du Post-Partum

Consultation du Post-Partum	Consulte faite ?	Oui / Non
	Contraception abordée ?	Oui / Non
	Douleurs abordées ?	Oui / Non
	Reprise des rapports abordée ?	Oui / Non
	Réducation périnéale abordée ?	Oui / Non
	Retour de couche abordé ?	Oui / Non
	Troubles urinaire abordés ?	Oui / Non
	Incontinence anale abordée ?	Oui / Non
	Moral abordé ?	Oui / Non
	Tous les sujets ont-ils été abordés ?	Oui / Non
	Doutes ou questionnements après cette consultation ?	Oui / Non
	Traitement(s), prise en charge adaptée selon les problèmes soulevés ?	Oui / Non

Titre : Vécu et Accompagnement de la Femme dans le Post-Partum :

Comment pouvons-nous, en tant que professionnel de santé, aider, prévenir et accompagner nos patientes pour un meilleur vécu du Post Partum ?

Objectif : Etudier le vécu du post-partum des patientes, concernant leur santé physique et leur santé psychologique. Analyser le niveau de prise en charge de la femme et de son suivi lors du post-partum. Savoir si la consultation du post-partum est bien menée, adaptée et si elle prend en considération toutes les attentes de la patiente. Le but étant de trouver des moyens pour une meilleure prise en charge du post partum, mais aussi une médiatisation plus importante sur ce sujet tabou.

Méthode : L'étude réalisée entre le 19 Juillet et le 8 Octobre 2021, est basée sur une méthode qualitative réalisée à partir de 22 entretiens téléphoniques individuels semi-directif avec codage thématique et analyse phénoménologique. Ces entretiens sont réalisés avec 22 patientes ayant accouché au Centre Hospitalier Universitaire de Nice, par voie basse en France, dans les six dernières semaines. Elles sont primipares, d'une grossesse singleton et physiologique.

Résultats : Cette étude met en relief les « manquements » de la prise en charge du post-partum et majore le risque du mal être de la patiente. Le manque d'information sur des points importants relevant de sujets tabous, sur la douleur physique et psychologique, concerne une partie non négligeable des femmes.

Conclusion : Revaloriser, rassurer, mettre des mots sur le ressenti des patientes conditionne déjà le début d'une prise en charge. Les sages-femmes en sont le premier maillon. L'accompagnement multidisciplinaire coordonné sur le long terme, a pour but d'assurer un suivi de qualité. De ce fait, protéger la triade mère-père-enfant, dans le respect du contexte culturel d'appartenance et de la valeur de la vie est primordial.

Mots-clés : Post-partum, maternité, paternité, douleurs, depression, corps, sexualité

Titre: Experience and Accompaniment of Women in the Postpartum:

How can we, as healthcare professionals, help, prevent and support our patients for a better post-partum experience ?

Objective: To investigate the postpartum experience of patients, concerning their physical and psychological health. Analyze the level of care for the woman and her follow-up during the postpartum period. Knowing if the postpartum consultation is well conducted or adapted and if it takes care in all the expectations of the patient. The goal is to find means for better postpartum care, but also a more important media coverage on this taboo subject.

Method: The study carried out between July 19 and October 8, 2021, is based on a qualitative method carried out from 22 semi-structured individual telephone interviews, with thematic coding and phenomenological analysis. These patients gave vaginally birth at the Nice University Hospital, in the last six weeks. They are primiparous, postpartum of singleton and, physiological pregnancy.

Results: This study highlights the “failures” of postpartum care and increases the risk of patient discomfort. The lack of information, the points relating to taboo subjects, and the physical and psychological pain, for a significant part of the women are mainly concerned.

Conclusion: Revaluing, reassuring, giving words to the feelings of patients already conditions the beginning of care. Midwives are the first link. Multidisciplinary support coordinated over time, with the aim of ensuring quality of following for the mother and protecting the mother-father-child triad, while respecting their cultural belonging and respect the value of life is essential.

Key-words: Postpartum, maternity, paternity, pain, depression, body, sexuality
