



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Réalisé au sein de
l'Université Claude Bernard– Lyon 1
UFR de médecine et maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux
Site de formation sage-femme – Bourg-en-Bresse

Difficultés et vécu des primipares lors du retour à domicile : rôle de la Sage-Femme

Coline SCHUTZ

Née le 19 janvier 1998

Promotion 2017-2021

Mr Philippe Kevin, psychologue

Directeur de mémoire

Mme Sevelle Bérangère, sage-femme enseignante

Guidante de mémoire

Difficultés et vécu des primipares lors du retour à domicile : rôle de la Sage-Femme

Coline SCHUTZ

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire :

À Mr Kevin Philippe, directeur de mémoire, pour avoir accepté d'encadrer mon mémoire, et pour le temps et l'aide qu'il m'a consacré tout au long de la réalisation de mon travail ;

À Mme Bérandère Sevelle, sage-femme enseignante à l'école de Bourg-en-Bresse et guidante, pour son temps et ses précieux conseils ;

À toutes les patientes interrogées, pour avoir accepté de participer à mon étude, et m'avoir consacré de leur temps ;

À toute l'équipe pédagogique de l'école de Bourg-en-Bresse, pour leur accompagnement et leur soutien durant ces quatre années ;

À vous la promotion 2016-2020, pour nous avoir fait découvrir et aimer cette ville, ainsi que pour nous avoir soutenu. Un grand merci à toutes, et tout particulièrement à Mamandine et Oliva pour nous avoir ouvert les portes du monde associatif ;

À vous mes amies, Ysalie, Victoire, Caroline, Clémence et Chloé, sans qui ces années n'auraient pas eu le même goût, merci pour ces soirées, ces rires, ces pleurs, votre amitié tout simplement ;

À toi Fanny, à nos années de collocation, pour m'avoir supporté et fait autant rire. À ces six années que tu as rendues si belles, et à toutes celles qui nous attendent encore ensembles. Merci de m'avoir permise d'être qui je suis aujourd'hui. À notre magnifique projet ;

À Melchior, à notre complicité. Merci pour ta patience, tes talents de troubadour et ton amour ;

À mes parents et mes sœurs, pour tout votre amour, votre soutien, et pour me permettre de réaliser mes rêves ;

À Marielle, pour avoir nourri mon amour pour ce métier ;

À toi Laurence, pour tout ce que tu m'as transmis, pour ton grand cœur et pour continuer à veiller sur moi de là où tu es.

Sommaire

Liste des abréviations	1
I. Introduction.....	2
II. Matériel et méthodes	6
II.1. Méthode utilisée	6
II.2. Recueil de données.....	6
II.2.1. Sélection de la population	6
II.2.2. Lieu de recherche	6
II.3. Analyse des données	8
II.4. Éthique	8
III. Résultats.....	10
III.1. Description de l'échantillon	10
III.2. Les difficultés identifiées.....	10
III.2.1. Nouveauté/changement de vie	11
III.2.2. Difficultés physiques.....	11
III.2.3. L'alimentation	12
III.2.4. Les pleurs	13
III.2.5. Solitude	13
III.2.6. Adaptation	15
III.3. Les éléments aidants.....	17
III.3.1. La place du père.....	17
III.3.2. Le rôle de la sage-femme libérale.....	19
IV. Discussion.....	24
IV.1. Limites et biais de l'étude	24
IV.2. Difficultés et vécu des primipares	25
IV.3. Rôle de l'entourage	29
IV.4. Adaptation et rôle de la sage-femme libérale.....	32
Conclusion	44
Références bibliographiques	48
Annexes.....	

Liste des abréviations

CHB : Centre hospitalier de Bourg-en-Bresse

CIANE : Collectif Inter-Associatif autour de la naissance

DPP : Dépression du post-partum

HAS : Haute autorité de santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

PMI : Protection maternelle et infantile

PP : Post-partum

PRADO : Programme d'accompagnement à domicile

SFL : Sage-femme libérale

UNAF : Union Nationale des Associations Familiales

I. Introduction

L'arrivée d'un premier enfant est un événement clé dans la vie d'une femme car il représente la naissance de la dyade mère-enfant. Des réaménagements individuels et collectifs vont accompagner cette étape de la vie si particulière. E. Bonneville-Baruchel évoque que « [s]'occuper d'un bébé peut être épuisant [...] surtout, les nombreux remaniements identitaires, narcissiques et objectaux qu'implique le processus du « devenir parents » peuvent être source de grande perturbation » (1). La rencontre avec l'enfant permet l'accès à la parentalité, une nouvelle phase de maturité dans la vie des jeunes parents.

Dans le livre « De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation », Monique Bydlowski et Bernard Golse expliquent cette période de grande vulnérabilité où s'élabore le processus d'adaptation d'une mère hyper sensibilisée et hyper-réceptive à son nourrisson (2).

Selon l'OMS, le post-partum recouvre une période de transition critique pour la femme, son nouveau-né et sa famille sur le plan physiologique, affectif et social (3). Cette période peut alors être vécue avec plus ou moins de difficultés.

La notion de difficulté reste cependant très subjective. En effet elle est définie par le CNRTL (4) comme étant le caractère de ce qui est ressenti comme difficile ou est difficile à faire, soit eu égard aux capacités du sujet, soit à cause de la nature de l'objet, soit du fait des circonstances. Le ressenti est propre à chacun.

Si la littérature parle beaucoup de la dépression du post-partum, complication connue des suites de couche, les difficultés maternelles ne se présentent pas toutes sous ces traits. Peu étudiées, elles ne nécessitent pas nécessairement un suivi médical et peuvent prendre des aspects très différents d'une femme à une autre, mais ne doivent pas être négligées pour autant.

Les premiers jours du post-partum constituent donc une étape charnière dans la vie d'une jeune mère. Riche en émotions, craintes, questionnements et apprentissages. Elle peut être vécue de manière plus ou moins négative et entraîner des conséquences.

Ainsi dans l'ouvrage « Les souffrances primitives familiales et leur devenir dans le post-partum immédiat » (5), Denis Mellier et Joëlle Rochette-Guglielmi établissent des liens entre les troubles thymiques maternels dans le post-partum et leur répercussion sur le développement du bébé.

Le plan de périnatalité de 2005-2007 vise à une amélioration de la sécurité à la naissance et à une réorganisation de la prise en charge du couple et de l'enfant, plus humaine, plus proche et plus sûre. Il insiste beaucoup sur les enjeux psychologiques liés à la grossesse et à la naissance, qu'il s'agisse de l'enfant naissant et de son avenir psychique ou de celui de sa mère (6).

La durée moyenne de séjour après un accouchement a tendance à diminuer sans pour autant que les femmes se voient proposer une prise en charge systématique. Une enquête Périnatalité « Regards de femmes sur leur maternité » (952 témoignages dans 77 départements), menée par l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) montre que seulement 16% des femmes ont bénéficié d'aide par une SF libérale, et 29% par la PMI (7).

Le Programme d'accompagnement au retour à domicile des femmes ayant accouché (PRADO), expérimental depuis 2010 et généralisé dans toute la France en 2013, prévoit un suivi adapté de la maman qui sort de la maternité. Ce dispositif s'appuie sur les recommandations de l'HAS de mars 2014 (8). Il repose sur la prise en charge à domicile de la mère et de son enfant par une sage-femme libérale, choisie par la patiente elle-même. La sage-femme libérale qui accepte la prise en charge s'engage à une première visite, systématiquement réalisée dans la semaine qui suit la sortie de la maternité et si possible dans les 48h, ainsi qu'une deuxième visite recommandée et planifiée selon son appréciation. 57% des naissances en 2017 ont bénéficié d'une prise en charge PRADO (8).

Ainsi, la sage-femme peut jouer un rôle prédominant dans le vécu des femmes, au travers de leur écoute, leurs conseils, leur accompagnement, et également un rôle dans l'acceptation des remaniements évoqués précédemment.

Cependant, selon l'enquête menée auprès des usagères des maternités, par la DREES à la fin de l'année 2006, si les femmes considèrent le suivi de la grossesse de bonne

qualité, elles se sentent, en revanche, moins bien suivies/aidées après l'accouchement (9).

Malgré l'accompagnement en maternité et la mise en place du PRADO, le retour à domicile peut s'avérer compliqué pour certaines femmes et les primipares semblent être les plus exposées selon les données bibliographiques. Selon le mémoire réalisé par C. Coste, il a émergé de son étude une différence significative de stress entre les primipares et les multipares. Les primipares ont une perception plus stressante des évènements survenant pendant la grossesse et après (10).

Pourquoi les primipares vivent-elles cette expérience plus ou moins facilement ? La sage-femme est-elle un facteur clé ?

Notre étude a donc pour but d'identifier les difficultés rencontrées par les primipares lors de leur retour à domicile. Comment le vivent-elles ? Quel est le rôle de la sage-femme qui passe au domicile de la primipare durant cette période ?

II. Matériel et méthodes

II.1. Méthode utilisée

Il s'agit d'une étude qualitative basée sur des entretiens individuels semi-directifs. L'objectif étant porté sur le vécu, il s'agit d'un outil permettant la liberté d'expression des femmes.

II.2. Recueil de données

II.2.1. Sélection de la population

Les patientes incluses dans cette étude sont des primipares ayant accouchées au CHB. N'ont pas été incluses les patientes ayant eu des suites de couches pathologiques, les patientes mineures, les patientes présentant une barrière de la langue, ou des difficultés socio-économiques majeures. Ont été exclues de l'étude les patientes qui sont rentrées à domicile sans leur nouveau-né et les patientes perdues de vue.

Les critères d'exclusion et de non-inclusion ont été choisis dans le but d'éviter que le vécu initial du retour à domicile ne soit modifié par un évènement pathologique majeur survenu à l'accouchement ou dans les suites de couches. Il s'agissait d'explorer ce thème en dehors des problématiques médicales et socio-économiques.

II.2.2. Lieu de recherche

Cette étude s'est déroulée auprès des primipares ayant accouchées au centre hospitalier de Bourg-en-Bresse (CHB).

Méthode de recrutement

Le recrutement a été réalisé dans le service de suite de couche de la maternité, au CHB.

Nous sommes allées à la rencontre des primipares correspondant aux critères d'inclusion. L'étude ainsi que les modalités de participation leur ont été présentées et une note d'information leur a été remise (consultable en Annexe I). Il s'agit d'une démarche basée sur le volontariat des patientes. Après avoir donné leur accord, elles ont été invitées à me recontacter par téléphone suite à leur retour à domicile pour convenir d'un rendez-vous afin de réaliser l'entretien.

Seuls un prénom et un numéro de téléphone ont été recueillis pour la planification et la réalisation de l'entretien et aucune de ces données n'ont été conservées par la suite.

Vingt patientes ont accepté de participer à l'étude et m'ont laissé leurs coordonnées.

Élaboration de la trame

La trame d'entretien a été construite avec des questions ouvertes et des questions de relance selon les thématiques retrouvées dans la bibliographie. Elle a tout d'abord été testée lors d'un entretien réalisé fin septembre. Ce dernier n'a pas été inclus dans l'étude car il a été réalisé avec une personne ne répondant pas totalement aux critères de sélection. Il a toutefois servi à réajuster les questions de relance.

Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre le 10 octobre et le 25 novembre 2020, avec un total de douze patientes interrogées. Huit patientes ont été perdues de vue.

D'une durée moyenne de trente minutes, ces rencontres se sont déroulées par téléphone, entre trois et huit jours suivant le retour à domicile des patientes. Au vu de la situation sanitaire, ce moyen a été jugé plus sécuritaire et était souhaité par les parents.

Il s'agit de préciser que tous les couples avaient déjà bénéficié du passage d'une sage-femme libéral à leur domicile au moment de l'entretien. Parmi les douze échanges téléphoniques, onze ont eu lieu avec les jeunes mamans directement. Une maman a souhaité que son conjoint joue le rôle d'interlocuteur.

II.3. Analyse des données

Les entretiens ont été réécoutés et retranscrits au fur et à mesure afin d'apprécier le caractère des données recueillies.

Une fois arrivée à saturation des données, celles-ci ont été regroupées par thèmes et par entretien afin d'en effectuer une analyse verticale (par entretien), puis horizontale (par thème). Puis, nous avons réalisé une analyse interprétative transversale. Les thèmes retenus ont été décrits par les patientes lors des échanges. Cette méthode d'analyse permet d'expliquer l'articulation des thèmes entre eux et leur lien avec la question de recherche.

II.4. Éthique

Au début de chaque entretien, après avoir précisé le respect de l'anonymat, le consentement de la patiente a été vérifié, ainsi que l'autorisation d'enregistrement. De plus, les entretiens ont été numérotés par ordre chronologique de réalisation, afin de pouvoir supprimer au fur et à mesure les données personnelles des patientes.

III. Résultats

III.1. Description de l'échantillon

Vingt patientes ont accepté de participer à l'étude. Quatre d'entre elles ne m'ont pas recontactée et deux ont fixé un rendez-vous, puis n'ont plus répondu le jour de l'entretien. Enfin, deux autres ont dit être finalement trop débordées pour participer à cette étude. En conséquence, douze entretiens ont été réalisés.

Il est utile de mentionner que tous les couples interrogés ont bénéficié du système du PRADO, et avaient déjà reçu une visite de la sage-femme à domicile au moment de l'entretien.

Concernant le profil des femmes interrogées, leur âge moyen au moment de l'accouchement est de 29,5 ans avec des extrêmes à 35 et 25 ans. Toutes les patientes étaient en couple et vivaient avec leur conjoint. Toutes exerçaient une activité professionnelle excepté l'une d'entre elle qui a indiqué être sans emploi.

En conclusion de ces douze entretiens, il s'agit de préciser que quatre ont été peu productifs en raison de patientes peu communicatives.

Il existe un point commun à tous les entretiens : toutes les patientes, sans exception, ont employé le mot « compliqué » au moins une fois. Neuf femmes sur douze le mentionne dès la première ou deuxième phrase, en réponse à la question « comment s'est passée le retour chez vous ? ».

III.2. Les difficultés identifiées

Un certain nombre de difficultés ont été identifiées durant ces douze entretiens. Elles sont, pour la plupart, communes à tous les parents malgré qu'elles puissent être exprimées de manière différente. Ces difficultés sont les suivantes ; la nouveauté, les difficultés physiques, l'alimentation, la gestion des pleurs, la solitude et enfin l'adaptation.

La moitié des primipares ont commencé par dire que le retour s'était « bien passé », puis se sont mises à énoncer les difficultés rencontrées. L'autre moitié a parlé petit à petit de ces dernières lors de leurs réponses aux questions de relance.

III.2.1. Nouveauté/changement de vie

Trois patientes ont évoqué ce changement de vie comme étant quelque chose auquel elles ne s'attendaient pas, du moins pas de manière aussi importante.

Mme F : « *C'est vrai qu'on dit toujours qu'avoir un enfant ça change la vie, mais à ce point ! Je ne pensais pas.* »

Certaines désillusions apparaissent dans le ressenti des patientes. Mme F pensait également qu'elle pourrait reprendre le sport en rentrant chez elle après le séjour à la maternité. Mme D pensait qu'après l'accouchement, une fois les inconforts de la fin de grossesse disparus, elle pourrait reprendre une « *vie normale.* »

III.2.2. Difficultés physiques

Les deux difficultés physiques essentielles mise en évidence pendant les échanges sont les douleurs et la fatigues.

La moitié des femmes disent avoir encore des douleurs qui les « *handicapent* » dans leur quotidien. Ici encore, la plupart ne « *s'y attendaient pas* ». Toutes les patientes évoquent la fatigue comme principal frein à leur organisation. Mme A parle de l'accouchement comme d'un « *moment difficile pour une femme* » dont elle a besoin de beaucoup de temps pour se remettre.

A titre d'exemple supplémentaire, Mme D indique que ses nombreuses douleurs la mettent en difficulté dans son quotidien.

Mme D : « *J'ai eu beaucoup de douleurs dans le post-partum immédiat et qui durent encore ... un peu à tous les niveaux, mon ventre, mon périnée, mes seins...* »

Mme L : « *Oui. J'ai toujours mes douleurs hein ! J'ai une petite déchirure, oui oui j'ai toujours mes douleurs ! Ça va un peu mieux mais oui ça m'handicape.* »

III.2.3. L'alimentation

Le constat suivant a pu être fait. Sur sept femmes qui allaitent, cinq expriment des difficultés ainsi qu'un vécu compliqué du séjour à la maternité. Pour les cinq couples qui nourrissent leur enfant au biberon, un seul parle de l'alimentation comme élément presque central, alors que pour toutes les femmes qui allaitent, le sujet de l'allaitement est au cœur de l'entretien. Il s'agit pour elles d'une source de stress, car elle est associée à la prise de poids. Cinq femmes évoquent la « pression » mise à la maternité avec des doubles pesées. D'autre part, elles évoquent des différents discours qu'elles ont pu avoir de la part du personnel de l'hôpital qui est vécu comme déstabilisant.

Mme B : « *L'allaitement me fatigue beaucoup.* » « *Ce qui est compliqué c'est que j'ai eu beaucoup de discours différents pendant mon séjour à la maternité.* »

Mme F : « *J'ai l'impression que ma fonction se résume à l'allaitement* »

Mme K : « *Les premiers jours ont été compliqués en grande partie à cause de l'allaitement* »

Malgré les débuts difficiles, Mme K se dit confiante pour la suite de l'allaitement et parle beaucoup de la sage-femme libérale qui l'a beaucoup aidée et rassurée.

En effet, concernant l'alimentation, qui constitue ici une des principales préoccupations des jeunes parents dans les premiers jours, tous les couples verbalisent le fait que la sage-femme libérale qui passe à domicile a un rôle important de réassurance et de soutien, voire d'aide en cas d'allaitement maternel, pour les mises au sein.

III.2.4. Les pleurs

La problématique des pleurs du nouveau-né n'est pas apparue au premier plan dans les résultats de cette enquête. Huit patientes en parlent, l'évoquent de manière plutôt positive en disant qu'elles arrivent de mieux en mieux à les gérer, les interpréter, mais ne se sentent pas particulièrement désemparées.

Mme L : « *Ben c'est toujours un peu difficile parce qu'on ne sait pas toujours pourquoi il pleure... on fait comme on peut, on apprend à se connaître.* »

Deux patientes disent avoir été perdues face aux pleurs qu'elles n'arrivaient pas à expliquer.

Mme F : « *Hier soir, on perdait patience un peu tous les deux parce qu'on savait plus quoi faire.... il pleurait, il faisait des crises, on avait beau le porter, le poser, on savait plus ce qu'il fallait faire.* »

Mme B : « *Mon bébé est très agité, je me sens perdue...* »

Une patiente s'est retrouvée en désaccord avec son mari au sujet de la gestion des pleurs, et notamment sur le fait de laisser pleurer leur fille, ou de la prendre dans les bras en systématique.

III.2.5. Solitude

Nous traversons une crise sanitaire, et les entretiens ce sont tous déroulés pendant cette période particulière, dont certains, pendant le confinement du mois de novembre. En conséquence, le sujet a forcément été abordé durant les échanges avec les jeunes parents. Quatre d'entre eux le « *vivent bien* » et cela « *ne change pas grande chose* » pour eux car ils continuent de voir leurs proches. Les huit autres patientes indiquent avoir à la fois vécu leur grossesse loin de lors proche durant le premier confinement, et la naissance de leur enfant suivis des premiers jours de vie durant le deuxième confinement. Il en résulte pour certaines jeunes mamans, une tristesse, celle de ne pas

pouvoir présenter leur nouveau-né à leur famille. Certaines patientes ressentent l'angoisse de ne pas pouvoir être aidée, ou a minima un sentiment de solitude.

Mme J : *« Il n'y a personne pour nous aider. »*

Mme A répète plusieurs fois qu'elle s'est retrouvée seule, s'est sentie seule et perdue.

Mme H : *« Donc là ce qui va être le plus dur c'est au niveau de la famille quoi, on ne va pas pouvoir voir la famille, mon conjoint après il va reprendre le travail, donc c'est vrai que si dans la journée je ne suis vraiment pas bien j'ai besoin d'aide je n'aurais personne qui appeler. »*

« C'est que j'aurais pu avoir de l'aide et qu'avec ce confinement je vais être vraiment toute seule quoi ... (rire) »

Mme F vit très mal l'annonce du confinement, elle va se retrouver toute seule car son mari reprend le travail. C'est très difficilement concevable par la patiente, qui est *« très famille »*, de se retrouver seule avec sa fille.

Mme F : *« J'ai compris que je n'étais pas seule pour ce qui est de ma fille, je peux appeler la sage-femme ou la PMI. Mais vraiment pour moi de pas être entourée des gens que j'aime alors que je suis tout le temps avec quelqu'un d'habitude c'est horrible. »*

« Là je vous avoue que je panique mais grave parce que si on ne peut pas venir me voir que je ne peux pas bouger franchement ça ne va pas me faire plaisir du tout.... Pffff...j'appréhende, j'essaye de pas trop y penser si je n'ai pas envie de me mettre à pleurer mais pour moi ça va être une épreuve. »

En outre, indépendamment du contexte sanitaire, quatre femmes ont évoqué ce sentiment de « solitude » ressenti à leur retour à domicile, après plusieurs jours encadrés par une équipe de professionnels.

Mme A : « *Ça a été un peu compliqué au début parce que ben on se retrouve un peu seule, on se retrouve seule, donc du coup on n'a plus ni des auxiliaires puéricultrices pour nous aider ni des sages-femmes, donc du coup on se retrouve perdus. »*

III.2.6. Adaptation

La notion « d'adaptation » est beaucoup présente dans les entretiens. Cette dernière apparaît plus ou moins « facile » en fonction des couples.

En conclusion, deux types de discours peuvent être différenciés, ou en d'autres termes deux manières de s'adapter parmi les parents interrogés. En effet, même si tous ont énoncés des difficultés, sept d'entre eux ont semblé s'adapter et composer plus facilement avec ces dernières. Parmi ces parents, on compte Mme A, Mme D, Mme H, Mr I, Mme J, Mme K et Mme L.

Les couples ont évoqué les difficultés comme faisant parties de la grossesse et du retour à domicile, et avec lesquelles il faut savoir faire avec. Ils l'ont évoqué comme quelque chose de normal.

Mme A : « *...donc du coup on se retrouve perdus, mais après il faut prendre le pli. »*

Mme L : « *.... Compliqué de se mettre en place euh... quand on a plus les sages-femmes. On fait comme on peut, on apprend à se connaître et on a de moins en moins de peur aussi, on s'habitue à la vie à trois. »*

Ici, cette patiente décrit une première adaptation, un premier chamboulement organisationnel à la maternité, puis un deuxième lorsqu'elle se retrouve chez elle, désormais sans professionnel de santé pour « cadrer » l'organisation autour du bébé.

Mme D : *« Il a fallu un petit peu de temps pour que chacun trouve ses marques. »*
« C'est la nouveauté parce que ben du coup comme on a un bébé, il faut s'adapter, prendre ses repères ».

« C'est un gros changement c'est, une organisation qui se fait d'abord autour d'elle. »

Les cinq autres jeunes mamans, Mme B, Mme C, Mme E, Mme F et Mme G, ont semblé s'adapter moins facilement. Leurs discours étaient à ce moment ponctués de soupirs. Elles vivent cette adaptation comme étant une contrainte à laquelle elles ne s'attendaient pas forcément.

Mme B : *« La nuit le fait de se dire que c'est nous qui devons nous lever tout le temps c'est compliqué. »*

« Le repos c'est plus compliqué, il faut gérer bébé et la maison aussi. »

Mme C : *« Les nuits ont été compliquées...Le plus compliqué c'est qu'il faut qu'on s'adapte à elle. »*

Mme F : *« C'était compliqué, j'ai cru que je n'allais jamais tenir. »*

« C'est difficile de changer toute son organisation, son rythme, par exemple mettre en place les siestes en journée c'est très difficile. »

« C'est panique à bord »

Mme F faisait référence à la fatigue et aux visites de la famille qu'elle recevait chez elle tous les jours. Elle n'arrivait pas à mettre en place des siestes en journée pour se reposer. Cette jeune maman paraissait un peu dépassée par la situation. On retrouve

une difficulté à s'adapter au rythme de l'enfant, à trouver une nouvelle organisation. Par ailleurs, Mme F a rencontré des difficultés pour son allaitement, qu'elle n'est pas parvenue à gérer car c'est devenu « *panique à bord* ».

En conséquence, ce qui ressort des différents entretiens c'est le lien entre, d'une part, la difficulté d'adaptation parfois présente, et d'autre part, les difficultés physiques, notamment la fatigue qui constitue la première adaptation puisqu'il s'agit de s'adapter à un nouveau rythme physique (avec le rythme des nuits). Ces deux types de difficultés sont intimement liées.

III.3. Les éléments aidants

III.3.1. La place du père

Deux thèmes ont principalement été abordés concernant les papas. La première étant effectivement leur absence pour les nuits à la maternité, parfois pour le bain et l'apprentissage des premiers soins. Cela a suscité des appréhensions sur le lien « père bébé » chez quelques mamans. Quatre femmes ont raconté avoir appréhendé le retour à la maison et le rôle du papa car il n'avait pas pu être beaucoup présent à la maternité en raison des mesures sanitaires. La deuxième a été leur rôle de soutien, de réassurance et d'aide dans l'organisation.

Le bilan peut être fait, d'après tous les entretiens sauf un, que les conjoints ont une place prédominante. En effet, les mamans les mentionnent spontanément. Ils représentent leur principal soutien à côté de la sage-femme libérale. Elles appréhendent d'ailleurs le fait que leur conjoint reprenne le travail et de se retrouver ainsi seules pendant la journée.

Mme D : « *Je peux aussi me reposer un peu plus sur lui et puis ben moi me reposer et puis ce qui nous permet aussi de trouver ben un rythme, on va dire, cette fois ci un peu plus un rythme de famille avec la répartition des tâches et tout ça donc c'est bien.*

« *Pour moi papa ce n'est pas une aide c'est vraiment un rôle.* »

Mme C : « *C'est vrai que mon conjoint il m'aide vachement, que ce soit pour ranger la maison etc. que ce soit pour habiller ma fille, enfin faire des petits soins qu'elle a besoin. Non il est très présent et c'est très bien, c'est top. »*

Mme K : « *Le fait d'être à deux, c'est vrai que c'est aidant. Mon mari n'aurait pas été là je pense que j'aurais rapidement abandonné l'allaitement même si ça me tenait à cœur.... heureusement qu'on est à deux, il me soutient. »*

On peut constater à travers les propos de Madame K que son mari a été d'un réel soutien pour qu'elle surmonte les difficultés rencontrées avec l'allaitement.

Mme L : « *J'ai l'avantage c'est que mon conjoint a pu poser un mois. J'ai cette facilité où je suis pas seule à gérer, on se partage les taches assez facilement. »*
« Mon conjoint est très présent, il m'aide à me poser, à relativiser. »

D'autres mamans que Mme L, ont également évoqué cela ; le fait qu'elle avaient pu paniquer ou perdre pied, et que leur conjoint avait été là pour les aider à se calmer, réfléchir à une solution. Enfin, elles sont plusieurs à considérer que leur conjoint est moins fatigué et donc plus apte à gérer certaines « situations galères ».

Une seule patiente (Mme J) n'a pas évoqué son conjoint spontanément, et lorsque je l'ai interrogé sur ce sujet, elle a soupiré et m'a répondu qu'elle lui demandait de l'aide que lorsqu'elle n'en pouvait plus, et qu'elle se débrouillait très bien sans lui.

Mme J : « Pour le moment il est là. Sinon après, j'étais déjà toute seule à l'hôpital avec mon fils, donc j'avais déjà l'habitude. Après c'est à lui de s'y mettre petit à petit... il sait que quand je n'y arrive pas, quand j'en peux plus je lui demande de l'aide. »

Une jeune maman exprime certains désaccords avec son conjoint, sur la tétine ou les pleurs, mais parle tout de même de sa présence comme d'un pilier.

Un entretien a été réalisé avec le conjoint lui-même (Mr I). Son rôle et sa place au sein de la triade ont été beaucoup plus abordés que dans les autres échanges.

Mr I : « Je pense que c'est bien pour le père ce qu'ils vont mettre en place pour l'année prochaine, c'est bien que le père reste un peu plus longtemps. C'est vrai que la mère, c'est vraiment fatiguant pour elle si elle n'a pas son conjoint qui s'occupe un minimum de l'enfant pour moi ce n'est pas faisable pour elle. »
« Pour moi ça a été plus difficile que pour ma femme, parce que je n'ai jamais dormi à la maternité.... C'est un peu plus difficile pour le père surtout dans ce contexte-là. »

Mr I a beaucoup parlé de lui, évoquant lui aussi la notion de difficulté.

III.3.2. Le rôle de la sage-femme libérale

Toutes les patientes interrogées ont bénéficié d'une sage-femme à domicile dans le cadre du PRADO. Au moment des entretiens, toutes avaient déjà reçu, au minimum, une visite. Pour six d'entre elles, c'est une sage-femme qu'elles connaissaient déjà, avec laquelle elles avaient fait la préparation à la naissance.

Tout comme les papas, les sages-femmes libérales sont au cœur de tous les échanges. Plusieurs mamans qualifient le passage de la professionnelle comme « *indispensable* » et « *très rassurant* ».

Réponses et réassurance

Concernant l'allaitement notamment, la sage-femme libérale est nommée systématiquement comme étant la personne de référence, qui apporte des réponses, des conseils et même une aide à la tétée. Les jeunes mamans racontent que c'est appréciable d'avoir un discours unique, en comparaison de la maternité où elles ont pu avoir « *autant de discours différents que de personnes différentes* ». La sage-femme libérale a également plus de temps. Par ailleurs, toutes les jeunes mamans qui allaitent racontent que la sage-femme est restée une heure avec elles, parfois plus.

Mme A par exemple, a peur de mal faire et donc est très soulagée du passage de la sage-femme. Elle a beaucoup de questions, et besoin de conseils. Mme C quant à elle, est très inquiète concernant le poids de sa fille. La sage-femme a alors eu un rôle rassurant, ce qui a permis à Madame C d'être plus sereine.

Outre la question de l'allaitement, tous les couples disent avoir eu encore beaucoup de questions au retour chez eux.

Mr I : « *Ça nous aide beaucoup, franchement oui, quand on a des questions elle est vraiment disponible... ça rassure beaucoup en fait le fait d'avoir cet accompagnement derrière à la maison...on n'est pas laissés comme ça...* ».

Mme B : « *C'est vrai que le fait de savoir à qui s'adresser si y'a quoi que ce soit c'est quand même vraiment rassurant.* »

« *Je n'avais pas compris que c'était pour tout le monde.* »

« *...donc pour moi c'est très très important et très très rassurant surtout. Et c'est des questions qu'on n'a pas forcément de suite à la maternité.* »

Tout comme Mme B, sept autres patientes n'ont pas été informées de ce système, elles ne savaient donc pas qu'une sage-femme allait passer à leur domicile et continuer à les suivre après leur retour. Elles pensaient que c'était uniquement en cas de problème pour certaines ou alors ignoraient que cela était possible pour d'autres.

De ce fait, certaines mamans ont décrit qu'elles avaient appréhendé le retour à la maison en fin de grossesse, ou à la maternité, car elles pensaient se retrouver seules. D'autre part, deux mamans pensaient que la sage-femme allait venir uniquement pour s'occuper du bébé, le peser par exemple. Une autre maman pensait que si la sage-femme venait, c'était juste pour elle, afin de regarder son périnée.

Mme K : « *Je suis contente d'avoir la SF, c'est vrai qu'on m'en avait parler mais je savais pas trop ce qu'elle allait faire, je pensais qu'elle allait surtout s'occuper du bébé, mais je me suis dit combien de temps ça dure ? qu'est-ce qu'on va faire exactement ? et puis en fait le temps est vite passé on a posé nos questions, elle a tout vérifié sur le bébé, elle m'a demandé ; moi comment ça va ? comment l'accouchement s'était passé donc c'est vrai que ça fait du bien d'en reparler aussi avec quelqu'un d'autre, sachant que c'était la SF qui avait fait ma préparation à l'accouchement, donc c'était une SF que je connaissais déjà depuis quelques mois, donc j'ai trouvé ça rassurant. »*

Mme F : « *Il y a plein de mauvaises informations sur internet, c'est vite source de panique donc au moins la sage-femme donne de vraies infos. Par exemple pour le sport je ne savais pas et c'est la sage-femme qui m'a dit pas de reprise, sur internet c'est écrit n'importe quoi. »*

Mme L : « *Elle est passée deux fois la semaine dernière ; comme j'avais des soucis avec l'allaitement, j'ai pu prendre plus le temps avec elle...tout va mieux depuis ! »*

« *En plus on a des questions qui nous viennent juste quand on arrive à la maison, donc j'ai eu la SF le lendemain, pour m'aider. »*

« C'est une bonne transition car au début y'a la maternité, et à 1 mois y'a la première visite chez le médecin, donc entre les deux, la sage-femme est là au lieu qu'on soit tous seul le premier mois. »

L'écoute

Huit des jeunes mamans ont évoqué le besoin de parler, de se confier, de reparler de l'accouchement, de mettre des mots sur tout ce qui s'était passé de bien et de moins bien, avec une seule personne « *de confiance* », un seul professionnel de référence.

Mme D : « *Quand elle est passée on en a beaucoup discuté parce que j'étais un peu perdue ... ça m'as beaucoup aidé et puis même pour moi je trouve que voilà de pouvoir parler discuter aussi de tout ce qui s'est passé jusqu'à maintenant ...l'accouchement, la naissance, ça libère un peu et ça fait du bien.* »

Mme F : « *Y'a besoin de sortir d'évacuer les choses ça fait du bien.* »

Mme K : « *Sachant que mon accouchement s'est très bien passé mais revenir dessus avec du recul ça fait quand même du bien. donc rien de traumatique à dire d'en parler mais ça fait du bien de reparler de ces moments à distance parce qu'on est tellement pris dedans quoi.* »

Mme A, elle, s'est livrée sur le fait qu'elle allait voir un psychologue et qu'elle avait besoin de reparler de tout ça.

IV. Discussion

IV.1. Limites et biais de l'étude

Bien que non sélectionnées sur ce critère, toutes les patientes interrogées avaient bénéficié d'une sage-femme à domicile, dans le cadre du PRADO, au moment de l'entretien. De ce fait, on peut supposer que certaines difficultés se sont atténuées.

Il aurait été intéressant d'interroger les femmes avant le passage de la sage-femme. En effet, on peut supposer que la sage-femme libérale a déjà recueilli, au moment de l'entretien, les premières difficultés, car il s'agit de la personne de confiance du couple. Cependant, la sage-femme effectuant sa visite à domicile, généralement, le lendemain ou surlendemain du retour à la maison, il aurait été délicat et complexe en termes d'organisation et de disponibilités des couples de prévoir l'échange le premier jour du retour à domicile. De plus, cela n'aurait pas permis d'avoir un certain recul concernant, par exemple, le vécu des premières nuits, des premières difficultés de manière plus globale. Toutefois, cela a permis d'avoir un retour des couples sur le passage de la sage-femme libérale, ce qui constituait également un des objectifs de cette étude.

Ensuite, la crise sanitaire que nous rencontrons actuellement a constitué une limite à cette étude. En effet, en réalisant les échanges par téléphone nous avons été privés de tout le langage non verbal. De plus, même si les hésitations, les soupirs, et les intonations ont pu être notifiés lors des échanges, la relation de confiance était plus compliquée à mettre en place pour libérer la parole. Cela a été particulièrement ressenti lors de certains entretiens où les femmes parlaient peu spontanément et donnaient des réponses courtes aux questions de relance posées. On peut supposer que les entretiens en réel auraient durer plus longtemps, et permis de recueillir plus de données relatives au vécu des femmes.

Enfin, il ne faut pas perdre de vue que cette étude analyse un vécu à un moment bien précis dans une certaine temporalité mais finalement d'autres d'éléments, que cette étude ne permet pas d'exploiter, interfèrent sur le vécu des femmes. Lorsque la femme parle de ce qui est le plus difficile ou de ce qui ressort au premier plan, cela n'exclut pas d'autres problématiques, d'autres facteurs sous-jacents, ni le fait qu'il s'agisse de conséquences provenant d'évènements extérieurs à la grossesse et relatifs à l'histoire personnelle de la patiente, histoire ayant pleinement son rôle.

IV.2. Difficultés et vécu des primipares

Notre échantillon de primipares a décrit que le retour à la maison après le séjour à la maternité, ne s'était pas passé sans difficultés.

On peut également notifier que quatre patientes sont sorties de l'étude, car les entretiens n'ont pas pu être réalisés. Deux d'entre elles ont évoqué le fait qu'elles étaient trop débordées pour organiser et prendre le temps pour cet échange. On peut alors penser que ces primipares aussi ont rencontrées des difficultés, qu'elles ont eu du mal à gérer. Quant aux deux autres, elles n'ont pas donné suite au premier contact que nous avons eu sans en mentionner la raison.

En effet, la naissance d'un premier enfant signifie le début d'une nouvelle vie. Le passage du couple à une triade père-mère-enfant bouleverse de nombreux aspects de la vie quotidienne ; organisationnel, économique, physique... ces derniers s'ajoutent aux perturbations émotionnelles relatives à la grossesse et à l'accouchement.

Comme le dit I. Bayot, « la grossesse dure certes neuf mois, trois trimestres, mais les semaines qui suivent comprennent de tels chantiers qu'elles constituent une période à part entière, une tranche de vie significative, exigeante, transformatrice et fondatrice » (11).

Le retour à la maison se caractérise, par un changement d'habitudes. Les jeunes mamans doivent en quelque sorte faire le deuil de leur vie d'avant, et certaines ont plus de difficulté à faire ce deuil que d'autres. Peut-être n'y étaient-elles pas suffisamment préparées ? Certaines formulent, en effet, le fait qu'elles ne s'attendaient pas à cela. Les difficultés sont réelles, communes, et parfois inévitables. Parmi ces dernières, on compte, entre autres, les pleurs du nouveau-né ; toutes y ont été confrontés et ont trouvé difficile le fait de les interpréter, et ceux-ci ont été compliqué à gérer pour deux mamans, mais cela peut être le cas pour de nombreux parents.

Il se trouve que c'est notamment la gestion et la compréhension des pleurs qui est difficile. Les pleurs du nourrisson sont extrêmement courants, et c'est l'un des premiers défis auxquels sont confrontés les parents. Comme l'explique G.Gremmo-Feger, pédiatre au CHU de Brest, « ces pleurs sont une source de préoccupation importante pour les parents. Selon comment ils réagissent, les pleurs excessifs ou

perçus comme tels peuvent avoir des répercussions négatives (arrêt de l'allaitement maternel, sentiment d'incompétence, négligence voire maltraitance) et perturber la qualité des interactions parents-enfant. » (12).

La question des pleurs emmène une difficulté sous-jacente, que l'on peut retrouver dans la question de l'allaitement maternel également. Ce sont des difficultés qui peuvent faire apparaître des désaccords au sein du couple. En effet, ces questions-là soulèvent la dimension éducative qui occupe une place importante lors de l'arrivée d'un enfant. La question de l'éducation est liée à l'histoire des deux parents, ainsi qu'à des normes sociétales ou parfois à des idées reçues qui sont transmises par les familles. Par exemple, l'idée qu'il faut laisser pleurer un enfant car il y a des craintes qu'après il ne devienne capricieux.

Dès ces premiers moments à domicile, il y a déjà ces questions éducatives qui apparaissent. Celles-ci peuvent également survenir avant le retour à domicile ; lors du séjour à la maternité ou encore lors de la grossesse. C'est une notion qui est perceptible lors des séances de préparation à la naissance, concernant la question de l'allaitement, mais aussi en cours de préparation à la naissance lorsque les couples commencent à se questionner sur « comment s'occuper de leur bébé ».

L'arrivée d'un nouveau-né vient bouleverser chacun des parents dans sa propre histoire, réinterroger leurs propres modèles éducatifs, et parfois provoquer des angoisses. Cette angoisse peut notamment être celle de « bien faire » qui peut conduire à une forme de culpabilisation. Daniel Stern décrit ce moment d'angoisse comme une réaction adaptative des parents, proportionnée à l'état de dépendance du nouveau-né (13).

L'histoire personnelle de chacun des parents prise séparément, y compris dans leur contexte familial, ainsi que l'histoire du couple viennent agir sur ces difficultés et sur la manière et l'intensité avec laquelle elles sont ressenties par les différents protagonistes. Cela peut majorer aussi certaines de ces angoisses ; « est-ce que je fais bien, est-ce que je fais mal ? »

Dans un de ses ouvrages, Jacky Israël décrit que « Rentrer à la maison avec bébé est un moment très attendu, les nouveaux parents ont hâte de se retrouver dans l'intimité

familiale, mais ce « grand saut » n'est pas sans susciter quelque appréhension. Il n'est pas facile de passer de l'environnement sécurisant de la maternité à une prise en charge totale du bébé sans vous demander si vous serez à la hauteur. » (14).

Ce phénomène à la fois d'euphorie mêlé à des craintes, et des questionnements a émergé de notre étude. Cette étape, décrite par Winnicott, est normale et marquée par une ambivalence et des inquiétudes adaptées : la femme se questionne sur sa capacité à être une bonne mère tout en étant exposée aux exigences du bébé (2).

En outre, lorsque le nouveau-né est nourri au sein, il peut y avoir beaucoup de pleurs car ce dernier cherche le contact et peut réclamer à manger plus régulièrement qu'un enfant nourrit au biberon, surtout les premiers jours, lorsque la montée de lait se met en place. En cela, la jeune maman peut être amené à culpabiliser, à se dire qu'elle n'a pas assez de lait. C'est ainsi, que lorsque la difficulté paraît insurmontable, les mamans peuvent aller jusqu'à abandonner l'allaitement. Ici encore, en termes de soutien pour ces primipares, la notion de solidarité et d'entente dans le couple est fondamentale, qu'il s'agisse de la manière de gérer les pleurs ou de l'allaitement.

L'alimentation de manière plus générale est au centre des préoccupations pour les jeunes parents. Ainsi la question de la prise de poids est une source de pression à la maternité, et qui perdure au retour à la maison mais de manière plus particulière chez les femmes qui allaitent. On a pu mettre en évidence que l'accompagnement de l'allaitement à la maternité avait été mal vécu chez certaines mamans. En effet, elles parlent des différences de discours entre les professionnelles, ce qui est déstabilisant, voir culpabilisant.

D'après nos résultats, l'allaitement maternel reste le mode d'alimentation choisi à la majorité parmi les primipares. Ces résultats sont concordants avec la fréquence d'allaitement dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Selon l'enquête nationale périnatale de 2016, la fréquence de l'allaitement maternel à la sortie de la maternité, qu'il soit exclusif ou mixte, est de 66%. La région Auvergne-Rhône-Alpes est l'une des 3 régions où le taux d'allaitement maternel est le plus élevé (71,1%).

On a, alors, pu constater que les primipares qui allaitent expriment plus de difficultés au retour à domicile relatives à leur allaitement, notamment car c'est une source de fatigue, d'inquiétude et de découragement. L'appréhension de la mauvaise prise

pondérale est notamment évoquée, car les mamans n'ont pas de visuel sur les quantités prises par l'enfant, et la tétée est plus ou moins aisée en fonction de chacune. Les mamans qui allaitent sont des mamans un peu plus inquiètes, qui se posent plus de questions.

Relative à l'allaitement maternel, on retrouve la notion de pression sociale et familiale, avec beaucoup d'idées reçues sur le sujet. Les jeunes mamans n'en parlent pas forcément spontanément mais peuvent ressentir une pression par rapport à cela. C'est pourquoi, il peut être important de s'assurer du choix réel de la patiente, de ses motivations et de ses craintes afin d'éventuellement briser certaines de ces idées reçues, faire le tri entre les différentes informations dont dispose la femme, le couple, et surtout déculpabiliser. Cela ne représente pas la majorité des cas, mais il est intéressant pour les sages-femmes d'avoir en tête que cela peut constituer un facteur de difficulté et de vécu négatif pour les primipares.

Par ailleurs, on a pu mettre en évidence la fatigue et les douleurs comme étant des facteurs de difficultés dans le quotidien des primipares. Mais ces difficultés sont inversement source de fatigue. Effectivement les pleurs et l'allaitement sont intimement liés à la problématique de la fatigue, et des douleurs, s'il s'agit de douleurs aux seins. De plus, lorsqu'on est fatigué on a tendance à moins bien gérer la douleur. Toutes ces difficultés sont donc liées entre elles.

Emmanuelle Bonneville-Baruchel écrit : « S'occuper d'un bébé peut être épuisant : son niveau d'immatunité, son extrême vulnérabilité, sa dépendance absolue vis à vis de son environnement, rencontrant la fatigue induite par le manque de sommeil, l'exigence d'une hyper disponibilité, les multiples occasions d'inquiétude peuvent être source de grandes perturbations pour les parents » (1).

Dans le post-partum, l'image d'Épinal des « parents comblés et du bébé rayonnant » ne correspond souvent ni à la réalité intime des sujets ni aux situations cliniques que nous rencontrons dans notre pratique en périnatalité (5).

En outre, les changements d'architecture du sommeil, la diminution du temps de sommeil total, la fragmentation du sommeil ou encore la restriction de sommeil sont autant d'éléments qui peuvent affecter la relation mère-enfant (15).

Dans le cadre de cette étude, les mamans ne se sentaient pas désemparées, et elles arrivaient tout de même à trouver des solutions pour se reposer. Cependant, la précocité des entretiens par rapport au retour à la maison, n'a pas permis d'apprécier la gestion et le vécu de cette fatigue sur du plus long terme.

En somme, la difficulté d'adaptation est intimement liée aux difficultés physiques, notamment à la fatigue, car la première adaptation est celle au rythme physique, au rythme des nuits et donc l'adaptation à la fatigue.

D. Winnicott décrit qu'en post-partum se produit un morcellement du quotidien avec la préoccupation maternelle primaire ; une période où s'élabore le processus d'adaptation d'une mère hyper sensibilisée et hyper réceptive à son nourrisson. Il se déroule essentiellement à l'arrivée du bébé. C'est un signe important du lien-mère enfant (2).

En cela, le père contient les peurs et les angoisses de cette relation mère-enfant ; c'est une fonction de confirmation narcissique de la mère. De plus, cela peut permettre d'identifier une souffrance éventuelle dans ce lien. Le père n'est pas passif mais actif car il est acteur pour que le lien mère enfant puisse se construire et auprès du bébé également.

IV.3. Rôle de l'entourage

Place du père et son rôle de soutien auprès de la femme :

La quasi-totalité des primipares interrogées estime qu'une grande partie du soutien dont elles avaient besoin leur a été apporté par leur conjoint. Ce dernier est décrit comme étant un véritable pilier lors des premiers jours à la maison.

À ce titre, A. Ciccone décrit la fonction paternelle d'appui : « Un des premiers aspects de la fonction paternelle est de servir de support à la fonction maternelle. Et cela vaut pour les fonctions psychiques tout comme pour les fonctions concrètes du père et de la mère réels. » Par ailleurs : « [l]a fonction paternelle est souvent présentée comme se résumant à séparer, interdire, castrer. On peut dire que bien avant de séparer, le père réunit la mère et le bébé, il assure les conditions de la rencontre, du lien. » (16).

Comme nous l'avons vu précédemment, la mère a des fonctions relativement bien définies auprès de l'enfant, tandis que le père peut avoir des fonctions plus symboliques auprès de l'enfant et du couple. Il a davantage une fonction de fermeté et de structuration. La combinaison harmonieuse de la fonction maternelle et de la fonction paternelle est nécessaire pour qu'un enfant grandisse suffisamment bien. Le paternage est une fonction indispensable pour la formation de la triangulation bébé, mère, père.

En effet, dans plusieurs entretiens, les jeunes mamans ont évoqué la fonction « apaisante » de leur conjoint. Lorsqu'il leur arrivait d'être « paniquées », ou trop bouleversées pour gérer une situation, le conjoint était alors toujours là pour apaiser les situations, sécuriser, rassurer la maman.

Les difficultés, les freins :

En cette période de crise sanitaire, au CHB, la présence du père en maternité est très limitée. Plusieurs patientes ont évoqué une appréhension quant à l'implication de leur conjoint au retour à domicile, de par son manque de participation à la maternité, aux soins, et aux premières nuits. Au cours de l'entretien qui a été réalisé avec le conjoint de Mme I, il évoque que cela était compliqué pour lui, qu'il s'est senti peu impliqué à la maternité, notamment, du fait qu'il ne pouvait pas dormir sur place par exemple, et qu'il avait ainsi plus d'inquiétudes et n'était pas sûr de lui dans son nouveau rôle de père. On peut effectivement penser que cela puisse être plus difficile pour les papas de s'investir et de se sentir père lorsqu'ils sont, en quelques sortes, mis à l'écart. La SFL peut alors veiller à davantage inclure le papa d'une manière générale dans sa prise en charge pour « rattraper » d'éventuelles lacunes en termes d'apprentissage des soins par exemple.

Il paraît intéressant d'aborder la question du congé de paternité car il s'agit d'une source de stress pour les mamans, d'autant qu'elles n'avaient pas, en cette période, la possibilité d'avoir leurs familles pour les aider. La durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant est fixée à 11 jours calendaires consécutifs pour le moment. Un projet de réforme prévoit l'allongement de la durée de ce congé dans le courant de l'année 2021. « A compter du 1^{er} juillet 2021, un article du code du travail va être modifié : La durée du congé passe de 11 jours consécutifs ou de 18 jours en cas de

naissances multiples, à 25 jours calendaires ou 32 en cas de naissances multiples. Auxquelles s'ajoutent les 3 jours de congés de naissance » (17). C'est donc un sujet d'actualité et les professionnels de la périnatalité semblent se préoccuper de plus en plus de la place du père.

Nous avons ainsi pu mettre en évidence la place importante qu'occupe le père durant cette période, mais également les difficultés que peuvent entraîner l'arrivée d'un enfant et les conséquences de ces dernières sur le couple. En effet, comme décrit précédemment, elles peuvent être source de conflits entre les parents. De la même façon, l'entourage proche du couple, en général soutenant et aidant, peut parfois être source de jugements et de conflits.

Le rôle de la famille :

Dans cette étude, nous avons pu constater que la famille occupe pour certains une place essentielle durant la période de périnatalité, en termes de présence, d'aide et d'écoute. Le contexte actuel met à mal la présence de la famille et de l'entourage, et les femmes se sentent alors plus seules et isolées. Il s'agit d'un facteur de difficulté supplémentaire pour le vécu du retour à domicile chez tous les couples à prendre en compte. Ces derniers souffrent, en effet, de la situation d'éloignement, et se retrouve en outre davantage livrés à eux-mêmes, ce qui peut susciter des inquiétudes quant à leurs capacités à gérer seuls cette période si particulière.

Une étude menée début 2021 à l'hôpital de la Croix-Rousse intitulée « *Accoucher en contexte de pandémie Covid-19, entre isolement et confinement, un temps suspendu pour les dyades et les triades ?* » décrit que « [l]a séparation des femmes de leur conjoint dans cette période faisait craindre d'exposer les femmes à une plus grande vulnérabilité psychique. De plus, lors de leur retour à domicile, les patientes restaient isolées sur le plan familial et en particulier grand-parental du fait du confinement avec moins de soutien familial, une absence de reconnaissance de leur statut de jeunes mères par l'entourage familial et amical en dehors des contacts virtuels. » (18). Ils se sont, ici, inquiété des conséquences de la séparation avec la famille après retour à domicile, en particulier sur l'incidence de la dépression du post-partum dans cette situation de crise sanitaire.

Le manque de visite a cependant pu jouer un rôle bénéfique. Livrés à eux-mêmes, les parents et leur enfant ont eu plus de temps pour se découvrir, prendre un rythme, s'adapter à cette nouvelle vie.

Le soutien d'une SFL paraît alors encore plus important dans ce contexte particulier.

IV.4. Adaptation et rôle de la sage-femme libérale

L'idée globale qui émerge est que ce retour à domicile est « difficile » pour les primipares. Cependant, certaines sont conscientes qu'il s'agit d'une partie intégrante du processus d'adaptation, et obtiennent de l'aide et du soutien auprès de la SFL leur permettant ainsi de vivre au mieux cette période. Une autre partie, en revanche, a un moins bon vécu et des difficultés à s'adapter malgré le passage d'une SFL.

Si l'on compare ces deux groupes de patientes, on peut se demander ce qui rend l'adaptation plus facile pour certaines primipares. Existe-t-il des facteurs pouvant interférer dans l'adaptation et la gestion de ces difficultés ? Cette étude n'a pas permis de mettre en évidence de facteurs favorisant ou défavorisant. En effet, l'aspect multifactoriel paraît prédominer sur ce sujet. Beaucoup d'éléments rentrent en ligne de compte ; l'histoire personnel, les caractères de chacun, les tempéraments. Ainsi, si nous pouvons émettre des hypothèses propres à chaque patiente, cela reste insuffisant pour émettre des hypothèses pertinentes permettant d'établir des liens de causalité.

À ce titre, cette adaptation et ses facteurs influençant sont expliqués par le Docteur Gonnaud dans un article de revue ; « On peut parler de la naissance comme d'un changement d'état puisque le couple devient parents et le bébé qui était in-utéro en situation de continuité, devient un bébé rythmé par de la discontinuité. C'est un véritable changement de repères pour la mère enceinte sous haute protection que de passer, avec le père, aux statuts de parents qui doivent se mettre au service de leur bébé afin de le protéger. Ces temps d'adaptation et d'ajustements réciproques varient énormément d'une famille à l'autre en fonction de la parité, des conditions des premières rencontres, des qualités de sensibilité personnelle des parents, de l'expressivité du bébé, de la place inconsciente de l'enfant dans le psyché parental, etc. » (19) (20).

En réalité, une même difficulté peut être vécue de plusieurs manières différentes et à des niveaux d'intensité différents. Ce qui reste sur le long terme ce n'est pas le scénario mais le vécu du scénario ; autrement dit, ce qui va rester ce ne sont pas les difficultés ou obstacles rencontré(e)s ou non, mais la manière dont ils ont été vécus et dépassés par les primipares.

Il s'agit de bien distinguer la difficulté du mauvais vécu. En effet, ces dernières, rencontrées en post-partum, sont pour certaines inévitables. Il s'agit du temps d'adaptation à la vie à trois. Or, la sage-femme possède des outils en termes d'accompagnement et de suivi, pour améliorer ce vécu. Elle peut agir dans la mesure du possible, pour prévenir, dépister et orienter si cela dépasse son champ de compétences.

Une des manières de prévention va passer par de l'information en amont de ces événements, ce qui pourra relever davantage du rôle de la sage-femme qui effectue le suivi de la grossesse ou la préparation à la naissance. Si ce n'est pas fait il sera toujours temps d'informer en maternité, même si le post-partum immédiat est un moment moins propice du fait de l'état de fragilité dans lequel peuvent se trouver les jeunes mères.

Une notion qu'il paraît intéressante d'explorer est donc celle du manque d'information ou de la « mauvaise préparation » de ces primipares qui peut constituer un facteur défavorisant pour un vécu positif. En effet, un certain nombre n'avaient pas connaissance de ce système de suivi avec la sage-femme libérale à domicile. Cela a suscité des appréhensions en fin de grossesse, et à la maternité, qui auraient peut-être pu être évitées. On peut supposer que les couples seraient rassurés et plus sereins de rentrer chez eux en sachant qu'ils ne sont pas seuls, qu'un professionnel continue à les accompagner dans les douze premiers jours de vie de leur enfant et que par la suite ils disposent d'autres ressources en cas de besoin comme la protection maternelle et infantile (PMI). De plus, dans le mémoire de C. Coste, « [l]es résultats obtenus incitent à différencier l'information donnée aux femmes enceintes en période prénatal en fonction de leur parité, mais également à utiliser l'expérience des multipares pour rassurer les primipares en séance de PNP collective » (10).

Par ailleurs, on peut penser que si elles n'ont pas la juste représentation du rôle de la sage-femme, cela peut créer une angoisse chez ces mamans ; est-ce qu'elle vient

évaluer, est-ce qu'elle vient juger ? Il en est de même concernant la PMI qui est souvent stigmatisée et perçue comme étant réservée à des patientes appartenant à un niveau socio-économique bas. Il s'agira donc de sensibiliser les mamans sur l'importance d'un suivi régulier, surtout durant le premier mois, et de casser certaines idées reçues. Pour le moment, la SFL libérale prend en charge jusqu'au douzième jour de vie de l'enfant. Son rôle est donc d'informer les femmes sur les autres ressources dont elles peuvent disposer par la suite, ou même en parallèle, tel que la PMI, et de faire le lien avec cette dernière.

Pour information ; « Un centre de PMI est un service de santé publique départemental, placé sous l'autorité du président du conseil départemental. La PMI est le meilleur allié des futures et jeunes mamans. L'objectif des PMI, un système créé en 1945 à l'initiative du ministre de la Santé de l'époque François Billoux, est justement de leur apporter un soutien efficace dispensé par des professionnels (sage-femme, pédiatre, psychologue, puéricultrice, diététicien, éducatrice, gynécologue etc.) afin d'offrir aux parents un large éventail de services. » (21).

On peut alors aborder ici le rôle de la sage-femme qui suit la grossesse, et de celle en maternité. Dans ces cadres-là, les équipes sont plus attentives aux femmes qui ont des situations particulières (niveau social, antécédents de mort fœtal, de dépression du post-partum) mais qu'en est-il des femmes a priori « sans problèmes » qui ne présentent pas de facteurs de risques particuliers ? Ne sont-elles pas également susceptibles d'être confrontées à ces difficultés ? Il serait en effet intéressant de s'assurer d'une bonne information en amont, concernant le suivi, et ce, jusqu'en post-partum, et jusqu'aux premiers mois de l'enfant. On peut penser au vu des résultats de cette étude, qu'il peut parfois éviter des désillusions et donc des vécus plus compliqués dans la période du post-partum.

Il s'agira bien entendu de ne pas faire paniquer ou inquiéter les futures mamans, mais de les informer à juste titre sur certaines difficultés qu'elles vont pouvoir rencontrer et les rassurer sur la normalité de celles-ci afin qu'elles ne se sentent pas coupables, ou surprises le moment venu.

Pour les suivis de grossesse qui se déroulent à l'hôpital, donner des informations sur la SFL pendant les consultations permettrait d'encourager les mamans à prendre

contact avec l'une d'entre elles en amont de l'accouchement. Lorsqu'on leur dit à la maternité après leur accouchement, de contacter une SFL, elles peuvent avoir des difficultés à en trouver une qui ait des disponibilités aussi rapidement. En outre, cela permettrait d'avoir un premier contact avec cette SFL, ce qui favorisera l'établissement d'une relation de confiance lors des passages de celle-ci à domicile. De plus, certaines grossesses, nécessitent parfois un suivi à domicile particulier, qui pourra alors aussi s'effectuer avec cette même sage-femme.

En effet, d'après une enquête du CIANE portant sur la sortie de la maternité entre 2005 et 2012 ; il est ressorti qu'une primipare sur six, se sent angoissée et désemparée dans les premiers jours à la maison. Aussi, les femmes étaient désireuses d'un suivi prolongé à domicile afin d'obtenir une certaine confiance et sérénité à leur domicile (22).

Ainsi la SFL peuvent assurer ce suivi en continuant à « contenir », rassurer et entourer le couple même après leur retour à domicile. Docteur Gonnaud explique également que les jeunes parents ne pourront se mettre au service de leur bébé, « que s'ils se sentent eux-mêmes en sécurité, c'est-à-dire reconnus dans leurs compétences naissantes, dans leur savoir-faire qui peut s'appuyer sur leur propre perception de cet enfant et non pas seulement sur ce qu'il faut faire » (20).

Une part de subjectivité prédomine dans cette étude car le vécu et la difficulté sont des ressentis, qui sont par définition subjectifs. C'est un élément central à prendre en compte dans l'étude des difficultés et dans le rôle de la sage-femme. Cette dernière va justement composer avec le vécu subjectif de chacun. Il serait complexe de protocoliser et normaliser ces éléments, car bien qu'il y ait des difficultés communes, chaque famille les vivra de manière différente. Cette subjectivité-là est essentiel à entendre car c'est cela qui permettra à la sage-femme de s'adapter et de prendre en charge de manière individuelle et globale.

La sage-femme possède un statut médical à compétence définie et encadrée. Sa profession est régie par des textes réglementaires, dont le Code de Déontologie. Elle assure la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et les soins postnatals de la mère et de l'enfant, dans les limites de la physiologie. En cas de pathologie, la sage-femme collabore avec le médecin à la prise en charge de la mère et de l'enfant (23).

De manière générale, la sortie de maternité signifie la rupture brutale avec un lieu de sécurité médicale et matérielle où à tout moment la mère et son bébé peuvent être aidés. À domicile, la mère, encore épuisée, est livrée à elle-même et doit trouver les ressources pour répondre aux besoins de son nouveau-né en réinventant toute l'organisation de son quotidien.

La sage-femme représente en quelque sorte une transition, maintien un lien avec le corps médical. C'est en effet un professionnel de santé, mais qui rentre dans la sphère privée et intime du couple. Elle a un rôle neutre et d'après notre étude représente la personne de référence et de confiance pour le couple dans cette période de questionnements et d'adaptation. Bien qu'elle puisse avoir un rôle plus particulier auprès de la femme, c'est également le cas auprès du père, ou de la famille parfois. Il s'agit d'une réelle dimension d'accompagnement qui va impliquer la valorisation des compétences parentales et familiales.

Cela consiste à envisager qu'une difficulté apparaissant au premier plan puisse en cacher d'autres, qui peuvent s'avérer plus difficile à déceler par le professionnel. On peut alors penser que la sage-femme libérale saura adopter la bonne posture pour remettre en perspective les éléments et chercher les « non-dits ».

Ainsi, un des rôles de la sage-femme et en particulier de la SFL se construit autour de ces difficultés du post-partum : comment ce rôle peut-il venir prémunir des dépressions du post-partum (DPP) ? Comment reconnaître les indicateurs de la DPP ? Il s'agira dans cette période que nous avons étudié d'identifier les prémices de la déprime, car ce sera trop tôt pour avoir les symptômes de la DPP.

En effet selon un article rédigé par Julie S. Moldenhauer, « la DPP correspond à des symptômes dépressifs qui durent plus de 2 semaines après l'accouchement et qui perturbent les activités de la vie quotidienne » (24).

Comme l'énonce M. Bydlowski, on peut la déceler de cette manière : « ... passé le brouhaha des jours qui suivent la naissance, la jeune mère reste fatiguée, elle ne s'adapte pas à la charge à la fois émotionnelle et pratique que représente la présence du nouveau-né et se retire dans un désintérêt et un ralentissement qui doivent alerter l'entourage » (25).

La DPP survient chez 10 à 15% des femmes après un accouchement. Bien que toutes les femmes soient à risque, la sage-femme pourra être d'autant plus attentive à celles présentant des facteurs de risque connus comme le baby blues, un antécédent de dépression, un stress important de la vie (conflits conjugaux, décès d'un proche), un manque de soutien de l'entourage, un antécédent ou une situation obstétricale actuelle défavorable, une ambivalence au sujet de la grossesse ou encore un problème d'allaitement.

Dans notre étude, aucune patiente n'a parlé du baby blues, qui est un épisode dépressif transitoire très fréquent pendant la première semaine après l'accouchement. Aucun signe de baby blues tels que des sautes d'humeur rapides, une irritabilité, une anxiété, une diminution de la concentration, des insomnies, ou encore des crises de larmes n'ont été décrites non plus. Le dépister, l'expliquer et l'accompagner peuvent pourtant relever du rôle de la SFL.

« Le baby blues diffère de la dépression du post-partum parce que le baby blues, qui dure généralement de 2 à 3 jours (jusqu'à 2 semaines), est relativement modéré ; alors que la dépression du post-partum dure plus que 2 semaines et est invalidante, perturbant les activités de la vie quotidienne » (24).

Lors d'une enquête de l'UNAF sur la périnatalité plusieurs mères évoquent le « baby blues », la fatigue qui n'est parfois pas reconnue, leur désarroi face aux réactions de leurs bébés qu'elles ne comprennent pas, notamment lorsque c'est le premier. L'attention est portée sur le bébé, pas toujours sur la mère. C'est une découverte de quelqu'un de pas tout à fait inconnu mais néanmoins nouveau dans leur vie ainsi que l'apparition des premiers moments sources d'angoisse, de bouleversement émotionnel (7).

En somme, les difficultés d'adaptation de la mère à son nouveau rôle doivent être repérées pour une éventuelle orientation vers le ou les professionnels adéquats. Passer le relais relève également du rôle de la SFL. Ainsi, lors de ses visites, un de ses objectifs est de veiller à ce que cela reste « transitoire » et notamment en dépistant précocement les prémices. Il faut être vigilant à ce que les difficultés ne prennent pas toute la place et ne viennent pas déstructurer le lien mère-enfant.

Concernant ce lien mère-enfant, la SFL va pouvoir être attentive à la préoccupation maternelle primaire, décrite par Winnicott et expliquée précédemment, ainsi qu'aux interactions mère-bébé telles que le « holding » et le « handling », et cela dans un but d'orienter, ou de passer le relais si elle dépiste des souffrances dans cette relation.

À ce titre, C. Boukobza reprend la notion de Winnicott pour expliquer ceci : « il désigne par le terme de « holding » (maintien) l'ensemble des soins de la mère donnés à l'enfant pour répondre à ses besoins physiologiques spécifiés selon ses propres sensibilités tactile, auditive, visuelle, sa sensibilité à la chute et qui s'adaptent aux changements physiques et psychologiques de l'enfant ». Winnicott observe, par ailleurs, qu'on peut aider à mieux faire des mères qui ont en elles la capacité de donner des soins suffisamment bons : « Il suffit de s'occuper d'une manière qui reconnaît la nature essentielle de leur tâche. » (26).

Par ailleurs, toujours concernant l'attention de ce qui se passe dans le lien mère enfant, Esther Bick a décrit une méthode particulière d'observation du bébé. La formation à cette méthode s'est d'ailleurs étendue à plusieurs catégories professionnelles. « Il y a l'idée de prêter une attention très soutenue au bébé qui repose sur l'hypothèse que tout ce qu'il manifeste a du sens. La situation d'observation du bébé dans les conditions banales de sa vie dans sa famille constitue en soi un aspect extrêmement original de cette méthode et un apport formateur fondamental » (27).

On peut, de cette façon, imaginer que cette méthode puisse être envisagée comme une piste de formation pour les sages-femmes. Par ailleurs, les réflexions que nous pouvons avoir sur des éventuels axes d'améliorations ne vont pas agir directement sur les difficultés mais sur leur vécu, ainsi que sur un dépistage plus précoce de certaines dysfonctions dans la dyade mère-enfant. Pour exemple, les douleurs ou les pleurs ne peuvent pas être « enlevés », cependant en informant, rassurant ou encore en déculpabilisant, on peut viser à améliorer le vécu, l'acceptation et surtout la compréhension de ces difficultés.

En ces termes, l'allaitement maternel paraît également être une cible pour développer ces outils ; il s'agira d'accompagner ces mamans dans leurs choix, de les encourager, de les soutenir et de les conseiller. Il s'agit aujourd'hui d'une question de santé publique. En effet, l'OMS recommande l'allaitement maternel exclusif pendant les six

premiers mois de vie de l'enfant. On retrouve la même recommandation, au niveau national, à travers le Programme National Nutrition Santé qui place les professionnels de santé « en première ligne pour conseiller les mères, leur fournir une information complète et de qualité, pour les inciter à faire le choix de l'allaitement maternel exclusif et le prolonger » (28). À ce sujet, il paraît également important d'insister auprès des primipares sur le caractère normal des obstacles rencontrés, ainsi que de déculpabiliser les mamans qui changent d'avis et arrêtent l'allaitement. En effet, il paraît préférable de préserver un bon lien mère-enfant dans le nourrissage, plutôt que cela se transforme en de mauvais moments pour les deux protagonistes.

De plus, la SFL aura un rôle à jouer concernant la problématique des pleurs du nouveau-né, en termes de prévention. Et ce, notamment, en développant une information claire, à l'intention des couples, sur le mode d'expression de leur enfant, son sommeil, ses phases d'éveil, et en les rassurant sur leurs capacités, pour ainsi favoriser une bonne interaction.

Un autre rôle de la SFL, qu'on pourrait qualifier de préventif, serait d'aborder des sources de difficultés connues mais que les femmes, les familles n'abordent pas forcément. En effet, en prenant en compte l'hétérogénéité des tempéraments de chaque individu, les sujets qui pourront être abordés spontanément chez une personne pourra ne pas l'être chez une autre. Même si une difficulté n'est pas abordée, cela ne veut pas dire qu'elle n'est pas source de souffrance. On peut imaginer que certaines femmes peuvent avoir honte de ressentir certaines choses, ou ont peur de se faire juger ou évaluer.

Il faut avoir en tête qu'après l'accouchement l'attention passe de la femme enceinte au nouveau-né. Il paraît alors important de faire sentir à la maman qu'elle n'est pas oubliée.

Par ailleurs, on a pu être mettre en évidence le rôle d'écoute que peut avoir la SFL. Elle représente une oreille attentive pour les femmes qui ressentent le besoin de reparler de ce qu'il s'est passé à l'accouchement, ou dans les suites de couches. Même lorsqu'il n'y avait eu aucun souci particulier, elles ont exprimé que cela leur avait fait beaucoup de bien.

La SFL peut, en effet, venir dénouer la parole, permettre la transformation, et l'appropriation de ces expériences vécues. F. Marty explique le concept de l'intersubjectivité qui consiste à être une appropriation subjective de l'expérience en appui sur la relation à l'autre, et en cela une mise en sens (29). La SFL n'étant pas psychologue, peut, en revanche, permettre aux familles de faire un travail d'élaboration de leur vécu. Elle favorise, ainsi, par l'échange une réappropriation subjective par la mère et le couple du vécu de l'accouchement et des premiers instants à domicile.

Dans le même registre d'écoute et donc de soutien, la sage-femme peut agir sur la problématique de la solitude, de l'isolement en post-partum, qu'il soit géographique ou psychologique, surtout dans le contexte actuel.

On a pu constater aussi, que les femmes apprécient de n'avoir plus qu'un seul intervenant, comparé à la prise en charge en maternité par exemple, ce qui permet l'installation plus aisée d'une relation de confiance, et de n'avoir plus qu'un « unique discours ». Cette relation de confiance pourra rendre la mère plus sûre d'elle et de ses capacités.

Cependant, les SFL sont tributaires du « cadre » imposé par le PRADO donc leur rôle se trouve limité par des contraintes. Pour exemple le PRADO n'est pas obligatoire. Il n'y a souvent que deux ou trois visites et celles-ci ne sont prises en charge que pendant les douze premiers jours de l'enfant. De plus, les SFL ont également des contraintes liées à leur propre emploi du temps qui fait qu'elles ne peuvent pas toujours se rendre disponibles n'importe quand, ni rester plusieurs heures chez une famille par exemple, sans mettre à mal le reste de sa journée. Comment réussir à déceler des choses malgré ces contraintes ?

Suite à cette étude, on a pu mettre en évidence des idées intéressantes à mettre en avant concernant le rôle de la sage-femme, et les outils dont elle dispose. On pourrait se questionner sur la pertinence à faire davantage de visites, et par exemple que les visites soient possibles et remboursées jusqu'au premier mois de l'enfant. En effet le premier rendez-vous chez le pédiatre est à un mois de vie pour le bébé et la visite post-natale est entre 6 et 8 semaines pour la maman. On peut supposer qu'entre le douzième jour et la fin du premier mois il peut se passer beaucoup de choses. On a vu par exemple

que la DPP pouvait dans les débuts s'assimiler à un baby blues mais durait au-delà des quinze jours et c'est cette constatation qui permet parfois le diagnostic et l'orientation vers un professionnel.

D'autre part, il serait intéressant de faire une étude pour comparer l'assurance des patientes en fonction du nombre de jour passés à la maternité et en fonction du nombre de visites de la sage-femme libérale.

Enfin, la période de la périnatalité étant au cœur des réflexions sociétales actuelles, le gouvernement, a récemment, en septembre 2019, mis en place le parcours mille jours.

Ce plan a pour but de soutenir et accompagner davantage les parents, car prendre appui c'est ce qui peut forger l'ancrage parental, et créer de l'assurance. L'ancrage parental peut justement être symbolisé par ce retour à la maison, qui concrétise vraiment leurs nouveaux statuts.

« Le président de la République a inscrit la question des 1000 premiers jours de l'enfant au cœur de l'action du gouvernement. Les progrès scientifiques, issus de plusieurs champs de recherche, légitiment en effet un investissement le plus précoce possible dans cette période importante de la vie de tout être humain et il est indispensable d'accompagner au mieux les parents pour répondre de manière adaptée aux besoins de leurs enfants. Face au sentiment d'être souvent trop seuls face à la parentalité, les parents expriment un besoin croissant d'être mieux accompagnés. S'il n'existe pas de « guide du bon parent », beaucoup de moyens peuvent être employés pour soutenir chaque parent au quotidien durant les 1000 premiers jours de leur enfant par exemple leur faciliter l'accès aux services de santé et de soins, proposer des congés parentaux adaptés aux besoins de chaque famille, répondre rapidement à leurs interrogations lorsqu'ils en ont et surtout, leur donner confiance en eux dans leur rôle de parents. Réunir tous ces moyens est l'ambition du « parcours 1000 jours » de soutien à la parentalité que le gouvernement présentera prochainement » (30).

Le projet d'allongement du congé paternité précédemment évoqué, est également un pas dans le sens de vouloir créer un environnement des plus favorable autour du nouveau-né.

De plus, un autre outil intéressant serait de proposer un entretien dans le post-partum, après le retour à domicile, de manière relativement précoce. Comme il existe l'entretien prénatal précoce, on pourrait imaginer un entretien postnatal précoce. Cet entretien serait dédié à écouter, parler, de tout ce que la maman en ressent le besoin, d'aborder aussi comme on l'a dit précédemment des sujets dans un but préventif, afin de dépister d'éventuelles souffrances, d'orienter si besoin. Ou simplement dédié à prêter une oreille attentive. L'idée de l'entretien post-natal précoce a été évoquée pour la première fois dans l'évolution du plan de périnatalité 2005-2007 paru en mai 2010 (6). Puis il a été recommandé par l'HAS depuis mars 2014 (8), mais n'est pas encore généralisé sur l'ensemble du territoire national. « L'entretien post-natal précoce est un nouvel outil de prévention primaire ayant pour objectif d'améliorer le bien-être global des femmes, des nouveau-nés et des familles, basé sur l'écoute, le soutien et l'empathie, s'inscrivant dans une pratique éducative en réseau » (10).

Conclusion

Le post-partum est une période particulière, fragile où des remaniements individuels vont être nécessaires pour retrouver un équilibre. Mère, père et enfants découvrent et ajustent leurs rôles en permanence. L'objectif de ce mémoire était de s'intéresser à la période des suites de couches afin d'en comprendre les enjeux en termes de santé maternelle et infantile.

Au terme de notre étude, nous avons pu constater que les principales difficultés rencontrées par les primipares - à savoir les difficultés d'adaptation, les douleurs, les pleurs, l'allaitement et la solitude - sont communes à toutes les jeunes mamans interrogées.

La période du post-partum est d'une complexité rare car elle met en jeu des facteurs « évidents » et rationnels d'une part, tel que la présence de l'entourage, de la sage-femme, le vécu de l'accouchement, la situation économique du couple, la santé de l'enfant et de la mère, etc. D'autre part, de nombreux facteurs beaucoup moins rationnels interviennent également car il s'agit d'une période qui vient convier des réalités propres à chacun, qui ne peuvent pas être décrites de manière concrète comme peuvent l'être les difficultés décrites précédemment.

Nous avons également pu mettre en évidence, l'importance d'un accompagnement personnalisé lors du retour à domicile, pouvant avoir un impact sur le vécu des difficultés par les primipares. La sage-femme nous a paru être une personne de choix pour remplir ce rôle grâce à de nombreux outils, dont elle dispose, qu'il faut continuer d'approfondir et de questionner.

Comme le décrivent D. Mellier et J. Rochette-Guglielmi ; « Cet accompagnement du périnatum, dès la sortie de plus en plus précoce de la maternité, est un véritable enjeu de santé publique. Il a pour but la prévention des troubles thymiques maternels (dépression post-partum, troubles anxieux...) et leur répercussion sur le développement du bébé, le soutien des premiers liens et l'intervention directe sur les souffrances primitives familiales qui accompagnent « la crise de la naissance » et le travail de nativité pour l'ensemble du groupe familial. » (5).

Il semble enfin, que si des progrès ont été réalisés pour améliorer les conditions de sortie, la notion d'accompagnement et de « soutien à la parentalité » lors du retour à domicile est encore perfectible et le développement d'aides diversifiées et coordonnées est nécessaire (7). Toutefois, le concept du vécu autour de la grossesse et de la parentalité fait de plus en plus parti des préoccupations actuelles des professionnels de la périnatalité.

L'apprentissage et l'éducation des mères doit se poursuivre et se compléter à domicile. La mère doit être rassurée dans son savoir-faire, afin d'acquérir un sentiment de confiance et de compétence dans ses capacités à s'occuper de son enfant. C'est pourquoi, le suivi à domicile par une sage-femme libérale favorise une observation et une évaluation globales des conditions de vie de la mère et de la famille, sur les plans matériel et affectif.

La sage-femme libérale peut, comme nous l'avons vu, développer des outils, comme anticiper certaines questions, et amener la parole sur certains sujets non abordés spontanément par les couples. Observation, conseils, écoute, anticipation, prévention, réponses et réassurance sont alors les principaux outils dont la sage-femme dispose pour favoriser une expérience positive de cette période du post-partum.

Le conjoint est également acteur principal dans le vécu du retour à domicile par les primipares. À ce titre, J. Israël mentionne que « la période néonatale correspond au post-partum de la mère ; le challenge est simple : le bébé doit s'adapter au monde extérieur alors que la maman est elle-même dans un état de fatigue qui ne la rend pas toujours disponible. La présence active du père va permettre de soulager la mère et de combler ses défaillances. L'objectif est simple, faire connaissance avec ce bébé réel déconcertant par ses pleurs, savoir répondre à ses demandes tout en gérant vos propres émotions » (14).

Pour finir, le retour à domicile et les difficultés qu'il implique peuvent être ressenties, et vécues de manière plus intense selon le contexte (douleurs, relations avec l'entourage, allaitement maternel compliqué...etc.) Néanmoins, ces difficultés sont à priori transitoires et peu inquiétantes. Plusieurs soutiens peuvent alors être nécessaires durant cette période : un soutien pratique, avec une aide, un soutien informatif, émotionnel, et d'estime de soi. En d'autres termes, il s'agit de réassurer la jeune

maman sur sa valeur et ses compétences. Autant de soutiens que peuvent conjointement apporter sage-femme, conjoint, et entourage.

Ouverture :

Recueillir le vécu de femmes et de couples, n'ayant pas bénéficié de visites d'une SFL, aurait été intéressant et enrichissant en termes de nouvelles données, d'un point de vue comparatif, pour confirmer ou infirmer le rôle essentiel de la SFL dans le vécu des difficultés rencontrées au retour à domicile.

Par ailleurs, dans un article sur le vécu de l'accouchement écrit par M. Chabbert et J. Wendland, les résultats incitent à prendre en charge de façon plus spécifique les vécus négatifs, voire traumatiques, de l'accouchement dans le post-partum afin de réduire leur impact potentiellement négatif sur les relations précoces mère-bébé (31).

Cette étude ouvre le pas à un autre questionnement ; celui de l'impact du vécu de l'accouchement et du post-partum immédiat sur le vécu du retour à domicile. Inversement, puisque que l'histoire familiale joue également un rôle, la question se pose de savoir comment cela se passait à domicile avant la survenance de ces événements. Cela peut aussi jouer sur le vécu de l'accouchement et du post-partum immédiat, et ainsi sur le retour à domicile.

Quels sont les facteurs prépondérants dans un mauvais vécu d'accouchement ? Sur lesquels de ces facteurs la sage-femme peut-elle agir en salle de naissance et dans le post-partum immédiat, et comment peut-elle grâce à cette connaissance favoriser une expérience positive ?

La grossesse, l'accouchement, et le post-partum constituent un enchaînement d'étapes mais s'insèrent dans une continuité non dissociable, car chaque événement conditionne le second.

Références bibliographiques

1. Bonneville-Baruchel E. Chapitre 22. Penser la clinique contemporaine des troubles de la parentalité : l'incapacité parentale, un nouveau paradigme ? Psychopathologie et psychologie clinique. Dunod; 2020.
2. Bydlowski M. et Golse B. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Le carnet psy* 2001/3 (63): 30-3.
3. OMS. (page consultée le 20 octobre 2020). Publications sur les soins postpartum[enligne].https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postpartum_postnatal/fr/
4. CNTRL (page consultée le 5 janvier 2021). DIFFICULTÉ : Définition de DIFFICULTÉ [en ligne]. <https://www.cnrtl.fr/definition/Difficult%C3%A9>
5. Mellier D, Rochette-Guglielmi J. Les souffrances primitives familiales et leur devenir dans le post-partum immédiat. *Champ psychosomatique*. 2009; 56(4):113-33.
6. Puech F. Le Plan de périnatalité 2005-2007. :11.
7. Basset C, Brun N. Enquête périnatalité: « Regards de femmes sur leur maternité ». *Journal du droit des jeunes*. 2012;314(4):28.
8. HAS. Sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. *La Revue Sage-Femme*. avr 2014;13(2):84-98.
9. ONSSF. (page consultée le 19 février 2021) Le PRADO maternité [En ligne]. <https://www.onssf.org/exercice-liberal/le-prado-maternite/>
10. Coste C. Évaluation de la perception des facteurs de stress prénatal chez les femmes enceintes consultant au Gynépôle de Marseille Comparaison entre primipares et multipares. [Mémoire DE de sage-femme]. Aix-Marseille Université;2018.
11. Bayot I. Ouverture. Contenir, soutenir, entourer, envelopper. *Spirale*. 29 oct 2018;86(2):13-7.

12. Gremmo-Feger G. Un autre regard sur les pleurs du nourrisson. 15ème Congrès National de Pédiatrie Ambulatoire. Saint Malo 24 juin 2007;9.
13. Stern D. Le désir d'intersubjectivité. Pourquoi ? Comment ? Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. 2005; 35(2):29-42.
14. Israël J. 3. La période néonatale « le grand saut » (les 2-3 premiers mois). Bébé, dis-moi pourquoi tu pleures. 1001 bébes. 2011;115-208.
15. Taillez J. Prise en charge des troubles du sommeil chez la femme enceinte à l'issue d'une demande spontanée : intérêt du conseil officinal [Thèse DE de docteur en pharmacie]. UFR Angers; 2015.
16. Ciccone A. Pour une nouvelle représentation de la fonction paternelle. Association pour les Publications et la Recherche Psychanalytiques. 2010; (58).
17. Service public. (page consultée le 7 mars 2021) Congé de paternité et d'accueil de l'enfant d'un salarié du secteur privé | service-public.fr [En ligne]. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3156>
18. Savelon SV. Accoucher en contexte de pandémie Covid-19, entre isolement et confinement, un temps suspendu pour les dyades et les triades ? Le Carnet PSY. 1 févr 2021; 240(1):22-5.
19. Raulin C. Le retour précoce à domicile après l'accouchement: étude de la satisfaction des primipares quant au suivi à domicile par les sages-femmes libérales. [Mémoire DE de sage-femme] UHP Nancy; 2018.
20. GONNAUD F. Sorties précoces de maternité : attentes et besoins des parents. Vocation Sage-Femme. 2006;(38).
21. Buitekant E. (page consultée le 8 mars 2021) PMI (protection maternelle et infantile) : quel rôle ? Journal des femmes [En ligne]. <https://www.journaldesfemmes.fr/maman/guide-bebe/2694915-pmi-protection-maternelle-infantile/>

22. CIANE. Sortie de maternité et bien-être des femmes. CP ; Novembre 2012.
23. Conseil National de l'Ordre des sages-femmes (page consultée le 15 mars 2021) Le code de déontologie des sages-femmes [En ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/vos-droits/code-de-deontologie/>
24. Moldenhauer JS. (page consultée le 6 mars 2021) Dépression du post-partum - Gynécologie et obstétrique. Édition professionnelle du Manuel MSD. [En ligne]. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/soins-du-post-partum-et-troubles-associ%C3%A9s/d%C3%A9pression-du-post-partum>
25. Bydlowski M. Les dépressions maternelles en question. Le Carnet PSY. 2008; 129(7):38-44.
26. Boukobza C. La clinique du holding Illustration de D.W. Winnicott. Le Coq-heron. 2003; 173(2):64-71.
27. ARPPEA. (page consultée le 16 mars) A PROPOS DE L'OBSERVATION DE BEBE SELON LA METHODE ESTER BICK [En ligne]. <https://arppea-asso.fr/wp-content/uploads/2018/12/Txt.-complet-site.ARPPEAEsther-Bick-Desmaisons-F.pdf>
28. Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie (page consultée le 15 novembre 2020) Allaitement: Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère [En ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/allaitement.pdf>
29. Johann J. et Camps FD. Psychopathologie et psychologie clinique. Perspectives contemporaines. Dunod, 2020.
30. Ministère des solidarités et de la santé. (page consultée le 24 février). Les 1000 premiers jours [En ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/1000jours/>
31. Chabbert M, Wendland J. Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : un impact sur les relations précoces mère-bébé ? Rev med perinat. 1 déc 2016;8(4):199-206.

Annexes

Annexe I : Formulaire d'informations et de recueil du consentement à destination des patientes

SCHUTZ Coline

École de sages-femmes de Bourg-en-Bresse

06-89-63-97-44

coline.schutz@etu.univ-lyon1.fr

Madame,

Je m'appelle Coline Schutz. Je suis étudiante sage-femme en dernière année.

Je réalise mon mémoire de fin d'étude sur le vécu du retour à la maison des femmes qui viennent d'accoucher de leur premier enfant.

Pour cela, je souhaite réaliser des entretiens individuels 3 à 7 jours après votre retour à domicile.

Une seule rencontre suffira, dans le lieu de votre choix, avec le respect des règles sanitaires. Cette rencontre pourra se faire, si vous le désirez en visioconférence.

Les entretiens seront enregistrés, uniquement avec votre accord, afin que je puisse les retranscrire et les analyser.

Les données recueillies lors des entretiens seront immédiatement anonymisées lors de leur retranscription sur un fichier informatique lui-même protégé, pour assurer la sécurité de vos informations personnelles.

Je soussignée, Mme,
accepte de participer à cette étude après avoir reçu toutes les informations nécessaires.

Et accepte d'être rappelée au numéro suivant, afin de fixer un rendez-vous pour réaliser l'entretien.

Le/...../2020, à Bourg en Bresse

Signature :

NOTE À L'ATTENTION DES SAGES-FEMMES DU SERVICE DE GAIA

Bonjour, je m'appelle Coline Schutz et je suis étudiante en Ma5.

Je réalise mon mémoire de fin d'étude sur le vécu du retour à la maison des primipares.

Pour cela, je souhaite réaliser des entretiens individuels auprès des mamans qui auront accepté de participer à mon étude.

En accord avec Madame Libessart, le recrutement se fera lors de leur séjour en maternité.

Pour ce faire, je viendrai rencontrer les patientes dans le service afin de leur expliquer mon étude, et leur remettre un coupon leur permettant de me recontacter si elles le souhaitent.

Mon intervention dans leur chambre sera brève et réalisée uniquement avec l'accord des sages-femmes de garde, afin de ne pas gêner dans les soins et/ou le bon fonctionnement du service.

Merci d'avance pour votre participation,

Coline Schutz, ma5

Annexe III : Trame d'entretien

Rappel sur l'étude et sur le déroulement de l'entretien : sujet d'étude, anonymat, et consentement pour l'enregistrement de l'entretien.

Préambule : Date d'accouchement, date du retour à domicile, âge de la mère, situation familiale.

« Comment s'est passé le retour à domicile ? »

Questions de relance :

Et les premières nuits ?

C'est ainsi que vous l'aviez imaginé ?

Comment s'est passé votre séjour à la maternité ?

Est-ce que vous avez une sage-femme qui passe à la maison ?

Comment se passe l'alimentation ?

Comment vous l'avez vécu ?



PROTOCOLE DE RECHERCHE
Résultat de l'enquête exploratoire
Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Faculté de médecine et de maïeutique Charles Mérieux
Site Bourg en Bresse



Auteur : Coline SCHUTZ
Directeur de recherche : Mr PHILIPPE Kevin, psychologue
Titre provisoire : Difficultés et vécu des primipares lors du retour à domicile : facteurs influençant et rôle de la Sage-Femme
CONSTAT/JUSTIFICATION / CONTEXTE <p>Les premiers jours du post-partum constituent une étape charnière dans la vie d'une jeune mère. Cette période est souvent riche en émotions, craintes, questionnements, apprentissages. Malgré la mise en place du PRADO, le retour à domicile après le séjour à la maternité peut rester compliqué pour certaines femmes, surtout lorsque c'est un premier enfant.</p> <p>Le retour à domicile avec leur enfant concrétise leur nouveau statut de mère. Si cette étape est vécue de manière négative, cela pourrait entraîner des difficultés sur le plus long terme. Il est donc de notre rôle de sage-femme de favoriser un retour à domicile le plus serein possible.</p> <p>Pourquoi les femmes vivent-elles cette expérience plus ou moins facilement ? La littérature parle beaucoup de la dépression du post-partum, or toutes les difficultés maternelles ne se présentent pas sous les traits d'une dépression. Ces autres difficultés, pourtant nombreuses, sont peu documentés, car la difficulté est un concept très subjectif. Cette notion est relative et différente d'une femme à l'autre. Pourtant ces difficultés existent. Elles ne nécessitent pas toutes un suivi médical particulier mais ne doivent pas être négligées pour autant et la sage-femme peut avoir son rôle à jouer. Ces difficultés peuvent être physiques, de l'ordre du ressenti corporel, de l'organisation, de l'allaitement. Cela peut également être des angoisses, de l'anxiété, des troubles psychiques, des difficultés relatives à l'enfant, etc.</p> <p>Le plan de périnatalité de 2005-2007 vise une amélioration de la sécurité à la naissance puis une réorganisation de la prise en charge du couple et de l'enfant. Cette dernière devant être plus humaine, plus proche et plus sûre. Il insiste beaucoup sur les enjeux psychologiques liés à la grossesse et à la naissance, qu'il s'agisse de l'enfant naissant et de son avenir psychique mais aussi de celui de sa mère.</p> <p>Peu après, le PRADO a été mis en place en 2010 pour accompagner les femmes à domicile après leur accouchement, permettre à celles ayant accouché sans complication de quitter la maternité tout en bénéficiant d'un suivi à domicile par une sage-femme libérale.</p> <p>Les résultats d'une étude menée par l'UNAF en 2012 montrent que 26,9 % précisent qu'elles auraient aimé être mieux soutenues. Plusieurs femmes évoquent leur désarroi lors du retour au domicile. D'autres souhaiteraient que les aides, ainsi que la durée du congé parental soient plus importantes. Enfin certaines jeunes mères regrettent que l'on se soucie peu de leur suivi psychologique.</p> <p>Quelques témoignages issus de cette étude : « <i>Je pense qu'il est important d'avoir un entretien pour les mamans ayant mal vécu leur accouchement.</i> » « <i>D'autre part, des séances post-naissance avec d'autres mamans seraient les bienvenues. Je pense que le suivi post-natal est insuffisant.</i> »</p>

<p><u>OBJECTIFS</u> Mon objectif principal est de comprendre les difficultés auxquels ont été confrontés les primipares à leur retour à domicile. Secondairement, je cherche à mettre en évidence les facteurs influençant et le rôle que peut avoir la Sage-Femme.</p>
<p><u>METHODOLOGIE / SCHEMA DE LA RECHERCHE</u> Étude qualitative Entretiens semi-directifs 10 à 20 entretiens (jusqu'à saturation des données) Entretien 2 à 5 jours suivants le retour à domicile « Comment s'est passé le retour à domicile ? »</p>
<p><u>POPULATION CIBLE</u> Cette étude portera sur des primipares ayant accouchées au Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse entre septembre et novembre 2020 (environ)</p>
<p><u>CRITERES D'INCLUSION</u> Primipare ayant accouché par voie basse ou césarienne Quel que soit le mode d'accouchement Retour à domicile avec le nouveau-né</p>
<p><u>CRITERES DE NON INCLUSION</u> Patiente présentant une barrière de la langue Patientes mineures Pathologies prénatales justifiant une hospitalisation Hospitalisation du bébé en néonatalogie. Difficultés socio-économiques importantes. Patiente présentant une pathologie psychique nécessitant une prise en charge médicale.</p>
<p><u>CRITERES DE SORTIE D'ETUDE</u> Entretiens non aboutis</p>
<p><u>NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRES</u> Il me faudrait réaliser entre 10 et 20 entretiens. Le principe de l'étude qualitative est d'interrompre le recrutement à partir du moment où les entretiens n'apportent plus de matières nouvelles.</p>
<p><u>DUREE DE L'ETUDE</u> Les entretiens se dérouleraient à partir du mois de septembre 2020 jusqu'à ce que je sois arrivée à saturation des données.</p>
<p><u>LIEU DE LA RECHERCHE</u> CHB</p>
<p><u>RETOMBEES ATTENDUES</u> J'attends de cette étude de comprendre les attentes et les besoins des femmes dans les premiers jours de leur retour à domicile pour mettre en évidence des facteurs qui influencent le vécu de ces femmes. J'aimerais également identifier et mettre en avant le rôle qu'a la sage-femme dans cette problématique afin d'éventuellement proposer des axes d'amélioration. La difficulté est une notion relative et peut prendre différentes formes, néanmoins j'espère lors de mes entretiens et de leur analyse, pouvoir mettre en évidence ces différents éléments et proposer des manières d'y remédier. Enfin, cela me permettra d'adapter ma prise en charge des patientes, pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement.</p>
<p><u>ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES</u> Principe d'anonymat Secret professionnel</p>
<p>Mots clés : Primipare, post-partum, retour à domicile, vécu, difficultés, périnatalité</p>

Auteur : SCHUTZ Coline	Diplôme d'État de sage-femme
Titre : Difficultés et vécu des primipares lors du retour à domicile : rôle de la sage-femme libérale	
<p>Résumé :</p> <p><u>Introduction</u> : Le retour à domicile avec leur enfant concrétise le nouveau statut de mère des femmes primipares. Un vécu négatif pourrait entraîner des difficultés sur le plus long terme. Il est donc de notre rôle de sage-femme de favoriser un retour à domicile le plus serein possible. Pourquoi les femmes vivent-elles cette expérience plus ou moins facilement ?</p> <p><u>Objectifs</u> : Les objectifs sont d'identifier les difficultés auxquels ont été confrontés les primipares à leur retour à domicile, et de mettre en évidence le rôle de la sage-femme libérale.</p> <p><u>Méthode</u> : Étude qualitative, avec douze entretiens semi-directifs, réalisés entre trois et sept jours après le retour à domicile. Les patientes incluses sont des primipares ayant accouché au centre hospitalier de Bourg-en-Bresse.</p> <p><u>Résultats et discussion</u> : Les principales difficultés identifiées sont ; l'adaptation, les douleurs, les pleurs, l'allaitement, et la solitude. La sage-femme a un rôle essentiel dans la gestion et le vécu de ces difficultés grâce à son écoute, ses conseils, son anticipation et son rôle de réassurance. Le conjoint a également une place clé et représente la principale source de soutien des jeunes mamans. Il demeure des perspectives d'amélioration en termes d'information et de prévention à exploiter concernant la prise en charge des couples au retour à domicile.</p> <p><u>Conclusion</u> : Les difficultés au retour à domicile dans le post-partum existent et sont souvent communes aux différents couples. Cependant elles ne sont pas vécues de la même manière en fonction de l'environnement, du contexte, de la place du conjoint, du passage de la sage-femme libérale. L'accompagnement et la prise en charge par les professionnels de santé restent primordiaux pour permettre à ces femmes de développer une confiance en elles suffisante les aidant à vivre en toute quiétude leur retour à domicile.</p>	
Mots clés : Primipare, post-partum, retour à domicile, vécu, difficultés, périnatalité, sage-femme	

Title : Difficulties and experiences of primiparous women when they return home : the role of the liberal midwife
<p>Abstract :</p> <p><u>Introduction</u> : Returning home with their child makes the new status of primiparous women as mothers a reality. If this step is experienced in a negative way, it could lead to difficulties in the longer term. It is therefore our role as midwives to promote a return home as serene as possible. Why do women live this experience more or less easily?</p> <p><u>Objectives</u> : The objectives are to identify the difficulties faced by primiparas when they return home, and to highlight the role of the liberal midwife.</p> <p><u>Method</u> : Qualitative study, with twelve semi-directive interviews, carried out between three and seven days after the return home. The patients questioned are primiparous women who gave birth at the Bourg-en-Bresse hospital center.</p> <p><u>Results and discussion</u> : The main difficulties identified are ; adaptation, pain, crying, breastfeeding, and loneliness. The midwife has an essential role in the management and the experience of these difficulties thanks to her listening, her advice, her anticipation and her role of reassurance. The spouse also has a key role and is the main source of support for young mothers. There is still room for improvement in terms of information and prevention to be exploited concerning the care of couples when they return home.</p> <p><u>Conclusion</u> : Difficulties while going back home in the postpartum period exist and are often common to all couples. However, they are not experienced in the same way depending on the environment, the context, the place of the spouse, the passage of the liberal midwife. The support and care provided by the professionals of health still essential to enable these women to develop sufficient self-confidence to help them live their return home in complete peace of mind.</p>
Key words : Primipare, postpartum, return home, lived experience, difficulties, perinatality, midwife