



HAL
open science

Entretien postnatal précoce : mise en place et enjeux

Clarisse Ravot

► **To cite this version:**

Clarisse Ravot. Entretien postnatal précoce : mise en place et enjeux. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04769943

HAL Id: dumas-04769943

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04769943v1>

Submitted on 6 Nov 2024

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

Université de MONTPELLIER
UFR de MÉDECINE MONTPELLIER – NÎMES

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE
SITE d'enseignement de NÎMES

ENTRETIEN POSTNATAL PRÉCOCE : MISE EN PLACE ET ENJEUX

Soutenu par Clarisse RAVOT
Née le 31 mars 2000

Sous la direction de Solange Inidry

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme
Année 2024



**Université de MONTPELLIER
UFR de MÉDECINE MONTPELLIER – NÎMES**

**DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE
SITE d'enseignement de Nîmes**

ENTRETIEN POSTNATAL PRÉCOCE : MISE EN PLACE ET ENJEUX

**Soutenu par Clarisse RAVOT
Née le 31 mars 2000**

Sous la direction de Solange Inidry

**En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme
Année 2024**

Remerciements

Un grand merci à mes parents et ma sœur, Mathilde, de m'avoir soutenue tout au long de mes études. Je remercie particulièrement ma maman de m'avoir rappelée dans les moments difficiles à quel point j'apprenais un beau métier.

Merci à mes copines de promotion, Célia, Sarah, Jeanne et Nina d'avoir rendu ces études un peu plus simples et amusantes.

Je remercie également Mikael d'avoir été à mes côtés pendant toutes mes études et pour son aide, notamment pour l'utilisation du logiciel Excel.

Pour finir, je tiens à remercier, Madame Inidry pour m'avoir accompagnée dans la réalisation de mon mémoire ainsi que Madame Bouchot et Monsieur Ferrer pour leur aide lors des séances dédiées au suivi du mémoire.

Sommaire

Introduction	7
Partie 1 : Contexte de l'étude	9
1. Prévenir la dépression du post-partum et détecter les populations à risque : le suivi prénatal, une priorité de santé publique	9
1.1. Des populations à risque	9
1.1.1. Les mères ayant des antécédents de dépression, de troubles anxieux et de psychopathologies	9
1.1.2. Les mères nées à l'étranger	10
1.1.3. Les mères isolées rencontrant des difficultés socio-économiques	10
1.1.4. Les mères jeunes, adolescentes et mineures	10
1.1.5. Les femmes victimes de fausses couches et ayant perdu leur enfant	10
1.2. Un suivi de prévention : du prénatal au postnatal	11
1.2.1. L'entretien prénatal précoce : repérer les vulnérabilités	11
1.2.2. Les 1000 premiers jours	12
1.2.3. L'outil de repérage	14
1.2.4. Associations et collectivités sociales pour le soutien à la parentalité	14
1.2.4. Le programme d'accompagnement du retour à domicile	15
1.2.5. L'entretien postnatal précoce : diagnostiquer la dépression du post partum	16
2. L'entretien postnatal précoce : prévenir, repérer, détecter et diagnostiquer les vulnérabilités	17
2.1. Le post partum : une source de questionnements	17
2.1.1. Définition du post partum	17
2.1.2. Quelles vulnérabilités peuvent resurgir ?	18
2.2. Les différents troubles psychiques du post partum	18
2.2.1. Le baby-blues	18
2.2.2. La dépression du post partum	19
2.2.3. La psychose puerpérale	19
2.2.4. Traitements et prise en charge en cas de dépression du post partum et de dépression psychotique	20
2.3. Quelle trame à suivre pour les professionnels de la périnatalité et en particulier les sages-femmes ?	21
2.3.1. Enjeu législatif de l'entretien postnatal précoce	21
2.3.2. La sage-femme, pivot de coordination entre la patiente et les autres professionnels de santé et du psycho-social	21
2.3.2.1. La femme et le coparent	21
2.3.2.2. L'enfant et le lien familial	22
2.3.2.3. La reprise de la sexualité	23
2.3.2.4. La contraception	24
2.3.2.5. L'environnement social et le retour à la vie professionnelle.....	25
Partie 2 : méthode	27
1. La méthodologie retenue	27
1.1. Problématique	27
1.2. Objectifs.....	27
1.2.1. Objectif principal	27
1.2.2. Objectifs secondaires	27
1.3. Hypothèses.....	27
2. L'étude	28
2.1. Type d'étude	28
2.2. Population étudiée	28
2.2.1. Critères d'inclusion.....	28
2.2.2. Critères d'exclusion	28
2.3. Période de l'étude	28
2.4. Mode de recueil des données.....	29
Partie 3 : Résultats et analyse	30

1. Diagramme de flux	30
2. Présentation des résultats concernant les généralités	31
3. Présentations des résultats concernant le suivi des patientes	34
3.1. La continuité du suivi de prévention des femmes ayant réalisé l'EPP en prénatal	34
3.2. La rectification du suivi chez des patientes ayant échappé à l'EPP en prénatal	36
4. Présentation des résultats concernant la détection de la dépression du post partum et la mise en place du maillage interprofessionnel	38
5. Présentation des résultats concernant l'EPNP	42
<i>Partie 4 : Discussion</i>	<i>49</i>
1. Forces et limites de l'étude.....	49
2. L'entretien postnatal : seulement pour les populations à risque ?	50
3. L'entretien postnatal : continuité et rattrapage du repérage.....	51
4. L'entretien postnatal : une relation de confiance dans un lieu imparti et un temps imparti ?	52
5. Entretien postnatal : entre temps de formation et manque de temps.....	53
6. Le maillage interprofessionnel dans le repérage des DPP et le soutien à la parentalité	55
<i>Conclusion.....</i>	<i>58</i>
<i>Références bibliographiques.....</i>	<i>59</i>
<i>Annexes.....</i>	<i>61</i>

Liste des abréviations

ATSEM : Agent territorial spécialisé des écoles maternelles

CNSF : Collège nationale des sages-femmes de France

DIU : Dispositif intra-utérin

DPP : Dépression du post-partum

EPDS : Échelle de dépression postnatale d'Edimburg

EPNP : Entretien postnatal précoce

EPP : Entretien prénatal précoce

HAS : Haute autorité de santé

ISRS : Inhibiteur de la recapture de la sérotonine

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LAEP : Lieux d'accueil parent-enfant

MAP : Menace d'accouchement prématuré

MFIU : Mort fœtale in-utero

PMA : Procréation médicalement assistée

PMI : Protection maternelle et infantile

PRADO : Programme d'accompagnement du retour à domicile

RCIU : Retard de croissance intra-utérin

RéPAP : Référent parcours périnatalité

TISF : Technicien de l'intervention sociale et familiale

TND : Troubles du neuro-développement

TSPT : Troubles du stress post-traumatique

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Introduction

Le 1^{er} juillet 2022 est devenu obligatoire l'entretien postnatal précoce (EPNP). Dans le cadre de la prévention primaire de la dépression du post partum (DPP), le 1^{er} mai 2020 avait été rendu obligatoire l'entretien prénatal précoce (EPP) en anténatal. Pourquoi compléter ce suivi avec un entretien obligatoire en postnatal ? Dans ce mémoire nous nous intéresserons à la mise en place de cet entretien postnatal précoce auprès des sages-femmes, en se demandant de quelle manière il s'est instauré et quelles difficultés en émergent. Nous faisons le choix de cibler dans ce mémoire les sages-femmes comme personnel de référence, bien que les médecins généralistes et les gynécologues obstétriciens réalisent des entretiens post-natals précoces. En effet, 57% des EPP et certainement des EPNP sont faits par les sages-femmes notamment libérales (1). Ainsi, notre étude portera uniquement sur les sages-femmes quel que soit leur mode d'exercice, mais réalisant des EPNP.

Dès le début de la grossesse et durant les deux premières années de vie de l'enfant (période des 1000 premiers jours), beaucoup de femmes se sentent démunies et peuvent développer une dépression. Cependant aucun rendez-vous n'était obligatoire après la naissance pour écouter les difficultés des nouvelles mères et leur apporter aide et conseils. Ainsi l'entretien postnatal permettrait de donner libre cours aux émotions et aux ressentis des patientes. Nous émettons donc l'hypothèse que l'entretien postnatal précoce permet une prévention renforcée dans le repérage de la dépression du post-partum et la mise en place du maillage interprofessionnel.

En 2016, lorsqu'aucun suivi psychique n'était obligatoire, 28% des femmes avaient recours à l'entretien prénatal précoce. En 2020, il devient obligatoire et 36% de femmes ont eu un entretien prénatal lors de leur grossesse (1). Nous émettons ainsi une seconde hypothèse qui est que l'entretien postnatal précoce permet aux professionnels de santé de continuer les suivis de prévention primaire des femmes ayant déjà eu l'entretien prénatal précoce. De plus, l'entretien postnatal précoce permet aux professionnels de santé de rectifier le suivi des femmes vulnérables n'ayant pas été suivies en prénatal dans le but de diminuer le taux de dépression du post partum mais également le taux de suicide maternel, première cause de mortalité maternelle en 2022, devant l'hémorragie de la délivrance.

Pour étudier la mise en place de l'EPNP et ses difficultés, nous étudierons dans notre partie théorique, une première partie sur la prévention de la dépression du post partum en mettant en avant les populations vulnérables à risque de dépression postnatale puis en détaillant l'ensemble du suivi du prénatal au postnatal. Enfin, dans une seconde partie, nous nous intéresserons plus particulièrement à la mise en place de l'entretien postnatal et à la mise en place du maillage interprofessionnel.

Partie 1 : Contexte de l'étude

1. Prévenir la dépression du post-partum et détecter les populations à risque : le suivi prénatal, une priorité de santé publique

1.1. Des populations à risque

Lors de l'entretien prénatal précoce, la sage-femme doit s'adapter lors de son interrogatoire à la patiente et au couple puisque certaines patientes sont plus susceptibles de développer une dépression du post-partum en fonction de leur origine ethnique, leur statut social, leur entourage, leur âge, etc. On appelle facteurs de vulnérabilités, les facteurs psycho-sociaux (manque de support et isolement), psychiatriques, les addictions et les antécédents traumatiques qui auront un impact sur la santé mentale de la future mère. L'entretien prénatal précoce est alors déterminant notamment pour les populations à risque pour diminuer l'incidence d'une dépression du post-partum ou du moins en repérer une le plus rapidement possible (2).

1.1.1. Les mères ayant des antécédents de dépression, de troubles anxieux et de psychopathologies

Premièrement, les femmes ayant des antécédents personnels et familiaux de troubles psychiatriques voire même des antécédents suicidaires seront plus à risque de développer en post-partum une dépression (2). En cours de grossesse, ces femmes sont à risque de crises dépressives et doivent impérativement être accompagnées pendant la grossesse puis en post partum (3). La sage-femme doit renseigner dans le dossier médical les traitements psychiatriques en cours de la patiente (2). Elle doit également relever les antécédents de troubles dysphoriques prémenstruels et de stress psycho-social, puisqu'ils sont un facteur de risque supplémentaire de développer une DPP. Il est important que les patientes avec un trouble psychique soient suivies par un psychologue et/ou un psychiatre au cours de leur grossesse mais également en post-partum, même avant que la sage-femme ne relève des signes de DPP (4).

1.1.2. Les mères nées à l'étranger

Les femmes étrangères, notamment celles venant d'Afrique du Nord, d'Afrique subsaharienne, de Turquie, d'Europe de l'Est ou d'Asie sont plus à risque de développer une dépression en post-partum (2).

1.1.3. Les mères isolées rencontrant des difficultés socio-économiques

Les mères ayant peu de soutien social se retrouvent très souvent isolées avec leur enfant après la naissance et peuvent vite se sentir submergées par l'arrivée de l'enfant sans avoir personne à qui demander de l'aide (4). Les nouvelles mères ont besoin en postnatal d'être accompagnées, soutenues, comprises et rassurées. En effet, comme nous le dit Cécile Doherty-Bigara dans son livre *nouvelle mère*, « ce n'est pas naturel d'avoir un enfant seule » (5). Il est important que la sage-femme repère ses patientes, afin de les déculpabiliser, de les accompagner et de leur proposer toute sorte d'aide : soutien social, aide pour garde d'enfant, bains rituels (3,6). Ces patientes sont souvent étrangères ou bien il s'agit de femmes rencontrant des difficultés économiques et/ou sociales (4).

1.1.4. Les mères jeunes, adolescentes et mineures

L'adolescence est considérée comme un facteur de vulnérabilité pour une grossesse. Les jeunes mères de moins de 17 ans présentent un risque plus élevé de décès par suicide dû à une DPP plutôt qu'une mère plus âgée. Les adolescentes sont également plus à surveiller car à risque d'anorexie mentale, de conduites dangereuses à risque et de troubles du comportement (4,7).

1.1.5. Les femmes victimes de fausses couches et ayant perdu leur enfant

La prise en charge d'une femme ayant perdu son enfant durant la grossesse est primordiale, notamment pour les primipares et les femmes dont la grossesse n'était pas désirée, puisque la projection d'un couple se fait fréquemment très tôt dans la grossesse. La difficulté à se remettre, les remarques de l'entourage parfois blessantes, la culpabilité et l'annonce brutale entraîne une vraie situation de deuil périnatal pour le couple. Selon une étude de l'Imperial College de Londres en 2019-2020, une femme sur trois ayant vécu une fausse couche avant 14 semaines d'aménorrhée ou bien une grossesse extra-utérine développerait un état de stress post-traumatique pouvant perdurer jusqu'à 9 mois

pour une femme sur six. Chez 25% d'entre elles, on remarquerait des symptômes d'anxiété modérés à sévères et chez 10% d'entre elles une dépression modérée à sévère à 1 mois et 6% à 9 mois (8). Chez une patiente ayant des antécédents de dépression, le risque de développer une DPP lors d'une grossesse suivante et vivante est multiplié par deux. De plus, les femmes ne montrant aucun signe de deuil les deux premières semaines ainsi que celles ne montrant aucun signe de diminution du deuil 6 à 9 mois après la perte sont plus à risque de DPP et doivent être surveillées de plus près par un professionnel de santé. Ces femmes victimes de fausse couche ou de mort fœtale in-utero (MFIU) doivent être accompagnées et encouragées à parler de leur deuil, d'autant plus pour les femmes ayant vécu une fausse couche précoce et n'ayant pas révélé la grossesse à leur entourage pour éviter l'isolement. La sage-femme expliquera à la patiente que les deuils sont plus ou moins longs en fonction de chacun et qu'il est important de respecter son rythme. La sage-femme a pour rôle d'accompagner le couple dans le deuil périnatal, en effet, le père peut développer lui aussi anxiété, dépression et stress post-traumatique (6).

Chez ces femmes à risque de DPP, ainsi que chez l'ensemble des femmes enceintes, la sage-femme a pour rôle de suivre et d'accompagner tout au long de leur grossesse et même au-delà en post partum les femmes afin d'assurer un passage vers la maternité avec confiance et de diminuer l'incidence de la dépression post-natale.

1.2. Un suivi de prévention : du prénatal au postnatal

La transition vers la maternité est associée à une multitude de changements qu'ils soient physiques, sociaux, somatiques ou physiologiques. La période de la grossesse est sensible et peut réactiver chez les futures mères des anciens événements difficiles, parfois oubliés (7). Le désir d'enfant est bien différent de l'arrivée de l'enfant qui représente un processus d'adaptation à un nouveau rôle qui est celui d'être parent notamment lors de la première grossesse (3,7). La prévention et surtout l'information des parents sur l'ensemble des bouleversements de vie constituent un enjeu primordial pour les professionnels de la périnatalité (3).

1.2.1. L'entretien prénatal précoce : repérer les vulnérabilités

L'entretien prénatal précoce est un temps personnalisé de dialogue, d'écoute et de partage chez une sage-femme libérale au cours du 4^{ème} mois de grossesse (9). L'EPP,

initié par Françoise Molénat, pédopsychiatre, a été instauré pour la première fois dans le plan périnatal de 2005-2007 (10). Cet entretien encore trop peu pratiqué par les femmes enceintes (30% de primipare et 21,4% de multipare) avant 2020 devient obligatoire le 1^{er} mai 2020 pour lutter au maximum contre la dépression du post-partum (11). L'EPP est un entretien d'une heure environ autour duquel se crée un espace de confiance entre le couple ou la patiente et le professionnel de santé. L'arrivée d'un enfant fait resurgir chez de nombreuses patientes des souvenirs, positifs mais aussi négatifs, comme des anciens conflits parentaux et des peurs inconscientes (9). Il est donc important d'accompagner psychologiquement ces femmes à travers l'EPP en évoquant des sujets tels que : le vécu des anciennes grossesses et des anciens accouchements pour les multipares, la santé globale physique et psychique de la femme, les compétences parentales, le projet de naissance à développer, le vécu de la femme et ses envies, le soutien social et le parcours de vie de la femme (familial et conjugal).

Le rôle premier de la sage-femme ou du médecin est d'écouter la patiente et le couple afin de repérer les situations de vulnérabilité chez la mère et le père (problèmes relationnels, stress/anxiété, dépression, addictions, précarité, isolement) et d'orienter vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement si nécessaire ou vers des professionnels du psycho-social, d'où l'importance du travail en réseau chez les professionnels de la périnatalité (11).

D'après Martine Spiess, psychologue clinicienne, la grossesse se décompose en 3 grands moments :

- « L'être enceinte » dans les premières semaines qui se caractérise par une ambivalence entre le souhait de la grossesse et sa réalisation concrète.

- Temps d'épanouissement personnel et narcissique dans lequel la femme se fait une première image de l'enfant.

- « Donner naissance » à la fin de la grossesse où la femme prend conscience de l'individualisation du fœtus et de son autonomisation comme corps détachable.

Les cours de préparation à la naissance s'ajoutent à l'EPP et ensemble ils améliorent le vécu de la naissance d'un point de vue social, psychologique et médical (9).

1.2.2. Les 1000 premiers jours

Les 1000 premiers jours correspondent à une période qui débute dès le premier jour de grossesse et qui se termine aux deux ans de l'enfant. C'est une période primordiale pour le développement de l'enfant où l'entourage à la fois personnel et professionnel joue

un rôle très important. La protection maternelle et infantile (PMI), les sages-femmes libérales, les crèches, les ATSEM et les acteurs du médico-social sont des soutiens quotidiens pour les parents, que ce soit pour des conseils, de l'aide ou pour un besoin de confiance face à cette période de grande sensibilité (12,13).

Le livret de nos 1000 premiers jours est une communication synthétique à destination des parents pour leur informer quoi faire et ne pas faire, lors des 1000 premiers jours pour assurer le bon développement de leur enfant. Par exemple, l'activité physique en cours de grossesse est démontrée comme étant très bénéfique pour le développement moteur de l'enfant à venir. Ce livret explique l'importance des échanges entre les parents et leur bébé, l'importance de la voix et de la musique, l'importance du respect du rythme de l'enfant ainsi que du jeu pour le développement des sens et pour favoriser l'imagination, le vocabulaire et l'apprentissage. Le livret des 1000 premiers jours met surtout en garde les parents sur ce qui se révèle dangereux pour le fœtus ou le bébé (12).

Les fœtus et bébés, par la fragilité et l'immaturation de leurs organes, sont plus à risque d'infection, il est donc important de suivre les recommandations en cours de grossesse : privilégier le fait maison et penser aux précautions alimentaires en ce qui concerne la listériose et la toxoplasmose (12,13). À la naissance il faut rappeler aux parents de limiter le contact avec les personnes malades et limiter l'utilisation de substances toxiques. De plus, la sage-femme informera les parents sur l'existence des onze vaccins obligatoires des premiers mois de l'enfant. Pendant la grossesse, le tabac et l'alcool sont à proscrire puisqu'ils peuvent engendrer une MFIU, un retard de croissance intra-utérin (RCIU) ou encore une menace d'accouchement prématuré (MAP).

La violence en cours de grossesse (coups, cris, menaces) envers la future mère aura des répercussions sur le bébé : risques traumatiques directs sur le fœtus et le développement de son cerveau ou bien indirectement par des modifications physiologiques ou biologiques subies par la mère (perte de poids par exemple) (12,14). En post partum, la violence se révèle également néfaste pour le neurodéveloppement de l'enfant.

Au cours du 4^{ème} mois, des événements angoissants peuvent ressurgir chez la femme enceinte et avoir un effet néfaste sur le développement du fœtus, c'est pour cette raison que l'EPP est proposé au couple à partir du 4^{ème} mois. En effet, le stress et l'anxiété altèrent la vascularisation utéro-placentaire et peuvent engendrer une MAP ou un RCIU (9).

Le stress périnatal, prénatal et néonatal ont des répercussions à court terme au niveau neuronal et synaptique et à long terme sur le comportement, la cognition, les

capacités relationnelles et affectives. Le stress chronique dès la naissance augmente le risque de développer une maladie chronique à l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte (13,14).

Chez les patientes dépressives, en cours de grossesse ou en post partum, on retrouve une altération de la relation parent/enfant et une entrave à l'établissement du lien mère/enfant puis des conséquences délétères chez l'enfant à venir (9,14). Le développement psycho-affectif du bébé témoigne d'un mal-être physiologique, affectif et relationnel. À l'avenir, l'enfant rencontrera des troubles du comportement, des troubles dans l'apprentissage et pourra même développer à son tour une dépression (14). Un bébé d'une femme déprimée en post partum est également plus à risque du syndrome du bébé secoué. Le manque de sommeil et les pleurs de l'enfant poussent souvent la mère aux bords de ses limites, il est donc primordial d'expliquer aux parents l'importance de l'entourage et des professionnels et leur informer que « osez en parler c'est déjà prendre soin de soi et son enfant » (12).

1.2.3. L'outil de repérage

Pour certaines femmes on remarque une altération de l'état psychique concomitant avec l'arrivée de l'enfant. En effet, le sentiment maternel est un processus long, plus ou moins sensible dans lequel la femme nécessite un accompagnement spécialisé. La sage-femme peut alors dans le cadre de l'entretien postnatal diagnostiquer la DPP à l'aide d'outils dont le plus utilisé est l'échelle de dépression postnatal d'Edimburg (EPDS) (Annexe 1). L'EPDS est un questionnaire de dix questions élaborées par John L. Cox, psychiatre à l'Hôpital Royal d'Edimburg, à destination des femmes venant d'avoir un bébé permettant d'évaluer leur état dépressif. C'est le questionnaire préconisé par la HAS pour diagnostiquer la DPP. La femme peut réaliser ce test en auto-questionnaire mais il est préférable qu'un professionnel soit présent lors de la réalisation de celui-ci. D'autres questionnaires permettent d'évaluer l'état dépressif et la santé mentale comme l'inventaire de dépression de Beck (BDI) ou le general health questionnaire (GHQ) mais ils sont moins spécifiques de la dépression du post-partum donc très peu utilisés dans ce cadre-là (15).

1.2.4. Associations et collectivités sociales pour le soutien à la parentalité

Il existe plusieurs associations à disposition des nouvelles mères ayant besoin d'écoute et de conseils. Par exemple, le site *maman blues* exerce trois fonctions selon les

besoins de la consultante : une fonction de forum où les jeunes mamans peuvent s'informer, une fonction d'orientation et de contacts où des référentes locales sont proposées et enfin une fonction de groupes de paroles où les jeunes mamans peuvent échanger leurs difficultés et partager leurs conseils (15).

Après la grossesse et l'accouchement, la mère ne sait pas forcément vers qui se tourner, la sage-femme est en première ligne pour l'accompagner et redirige la femme vers d'autres professionnels si besoin.

Le conseil en planification familiale ou la PMI pour les femmes en situations de précarité peuvent être de grande aide (6). De même les lieux d'accueil et d'écoute des parents (LAEP), la mise en place des travailleurs de l'intervention sociale et familiale (TISF), les unités parents-bébés... sont autant de ressources territoriales permettant de mettre en lien tous les professionnels du monde sanitaire et du monde psycho-sociale pour éviter les ruptures dans la continuité du soins et l'accompagnement à la parentalité, entre l'hôpital et la ville.

1.2.4. Le programme d'accompagnement du retour à domicile

Le programme d'accompagnement du retour à domicile, plus connu sous le nom de PRADO, a été élaboré par le plan périnatal de 2005-2007 et mis en place par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). L'objectif du PRADO est de mieux soutenir les parents lors du retour à domicile, de diminuer la durée de séjour en maternité et d'améliorer le taux de satisfaction des femmes en évitant une hospitalisation à domicile. Le PRADO s'organise en deux consultations postnatales d'1h15 environ par une sage-femme libérale. La première visite a lieu dans les 48h suivant la sortie de la maternité de préférence à domicile mais elle est aussi possible dans un lieu de soin approprié.

Le rôle de la sage-femme est d'assurer le suivi de suite de couche physiologique après une sortie à J3, le suivi psychologique et le soutien à la parentalité des jeunes mères. Les parents peuvent choisir ou non d'adhérer au PRADO (13,15). Lorsqu'ils acceptent, la sage-femme doit observer et noter plusieurs éléments en ce qui concerne la mère, le nouveau-né et le lien mère/enfant. Chez la mère, le professionnel de santé continue de vérifier les risques de suite de couche surveillés dans un premier temps en maternité : le risque hémorragique, le risque infectieux, le risque thrombo-embolique, les troubles digestifs, les hémorroïdes et également l'état psychique de la mère. La sage-femme est

également un accompagnant dans la mise en place de l'allaitement. Chez le nouveau-né, la première semaine de vie est cruciale pour l'adaptation à son nouvel environnement, la sage-femme apprécie alors l'état général de l'enfant (coloration, réactivité, respiration, tonus et enfin activité cardiaque) et effectue un examen clinique général et un examen neurologique. Les phases d'éveil et de sommeil, la prise de poids et la qualité des soins de puériculture sont des bons indicateurs de la qualité de vie de l'enfant et doivent être évalués par la sage-femme. En effet, pour assurer une sécurité à la fois chez le nouveau-né et le couple, une observation fine du lien mère/enfant est primordiale. Il faut être attentif au comportement de l'enfant : agitation, phases d'éveils, pleurs, demande de tétées. Ainsi qu'au comportement de la mère et du couple : rejet, douceur, brutalité, gestes de maternage (17,19)

1.2.5. L'entretien postnatal précoce : diagnostiquer la dépression du post partum

L'entretien postnatal précoce est une étape obligatoire dans le parcours de soin depuis le 1^{er} juillet 2022. Il s'agit d'un temps d'échange qui évalue l'état de santé psychique de la patiente et qui entre dans le programme « les 1000 premiers jours » lancé par l'UNICEF et décliné par le gouvernement français. L'EPNP est réalisé entre la 4^{ème} et la 8^{ème} semaine après l'accouchement, puisque les premiers symptômes de dépression du post-partum se déclarent autour de la 6^{ème} semaine post-accouchement. Un deuxième entretien peut éventuellement être planifié pour les femmes présentant des facteurs de risque de dépression entre la 10^{ème} et la 14^{ème} semaine de vie de l'enfant. Le Collège nationale des sages-femmes de France (CNSF) préconise la présence de l'enfant et du coparent afin d'évaluer les attentes de chacun et les interactions parents/enfants. Le professionnel qui réalise l'entretien postnatal est en général la sage-femme qui a suivi la femme en anténatal et qui connaît donc déjà l'environnement social et familial. La femme est plus à l'aise avec un professionnel qu'elle connaît et la confiance entre le couple patient/soignant étant déjà bien installée, la patiente évoquera plus facilement ses difficultés. Ce rendez-vous ne constitue en aucun cas un examen clinique médical, il s'agit d'un réel espace de paroles pour les couples afin de prévenir et dépister les troubles psychiques du post partum telle que la dépression du post-partum. L'entretien postnatal précoce peut se compléter par deux séances d'actions de prévention et de suivi éducatif, en individuel ou en groupe.

Selon les besoins, les ressources et les attentes du couple, la sage-femme peut compléter le suivi prénatal en postnatal avec des thématiques telles que : l'allaitement maternel, la mort subite du nourrisson, le syndrome du bébé secoué, etc (18).

2. L'entretien postnatal précoce : prévenir, repérer, détecter et diagnostiquer les vulnérabilités

2.1. Le post partum : une source de questionnements

Depuis Hippocrate, l'association entre le post partum et les troubles de l'humeur est connue. Ces troubles commencent dans les 4 semaines qui suivent la naissance et jusqu'à 6 mois du post partum (6). Ils se caractérisent par des changements hormonaux (chute du taux d'hormones sexuelles et augmentation du taux de prolactine) rapides supposés contribuer à la vulnérabilité et à la dépression (20).

2.1.1. Définition du post partum

Le post partum correspond à la période entre l'accouchement et le retour de couche, soit environ une période de 6 à 8 semaines en l'absence de contraception hormonale, mais qui peut durer plusieurs mois voire un ou deux ans en cas d'allaitement exclusif (21). Cette période est caractérisée par des changements physiologiques (montée de lait dans les 3 jours, tranchées, lochies jusqu'au 15^{ème} jour, risque de phlébite le premier mois), physiques (vergetures, fuites urinaires/anales, hémorroïdes, baisse de la libido, dyspareunies, difficulté à la perte de poids) et psychiques (chute des hormones, fatigue) (21,22). La période du post partum voit s'attribuer le nom de matrescence, concept inventé en 1970 par Dana Raphael, anthropologue américaine, et est repris en 2019 par Clémentine Sarlat, journaliste et créatrice du podcast *la matrescence*. Ce terme viendrait de la contraction des mots maternité et adolescence caractérisant la période « ingrate » de transition où l'on devient mère (23). Cet état intermédiaire est un moment complexe et ambivalent durant lequel la femme doit se réappropriier son corps devenu mère et surmonter solitude et changement d'identité (23,24).

2.1.2. Quelles vulnérabilités peuvent resurgir ?

Les traumatismes psychiques sont dus la plupart du temps à l'interventionnisme systématique ou à l'abandon psychique de l'équipe soignante surchargée de travail. On relève 2 types de difficultés : les névroses et les troubles du stress post-traumatique (TSPT) (25). En général, les signes de troubles psychiatriques sont déjà visibles lors des premiers jours en maternité, or les signes d'alertes sont ignorés ou sous-estimés, et lorsqu'ils sont repérés la coordination hôpital/ville se fait mal et il y a un manque de transmission.

De plus, en anténatal, l'interrogatoire peut être défectueux : défaut d'interrogatoire sur les antécédents psychiatriques ou bien défaut de communication entre l'équipe obstétricale et les psychologues et psychiatres (2).

2.2. Les différents troubles psychiques du post partum

Les troubles psychiques sont la première complication obstétricale et la première cause de décès maternel (2). Plusieurs stades de troubles psychiques ont été mis en avant en post partum : le baby-blues, le plus fréquent, la dépression du post partum et enfin la psychose puerpérale, la plus rare mais la plus grave, pouvant mener au suicide (6). La sage-femme est en première ligne pour repérer ses troubles et se doit d'être très attentive aux moindres signes puisque l'on considère que sept femmes sur dix cache la sévérité de leur trouble psychique (2). L'ensemble des troubles anxieux en post partum peuvent conduire à la perturbation du lien mère/enfant (7)

2.2.1. Le baby-blues

Le baby blues est la première complication du post partum et concerne 50 à 80% des femmes (20). Ce pic du baby-blues est transitoire, il a lieu entre le 3^{ème} et le 5^{ème} jour après l'accouchement et disparaît totalement en deux semaines. Il se caractérise par une humeur plus labile, des pleurs plus réguliers, une irritabilité, des troubles du sommeil, un stress et une angoisse concernant les soins à apporter au nouveau-né et aux capacités maternelles (6,17). Le baby-blues est fréquemment retrouvé lors d'une première grossesse et est plus ou moins accentué à certains moments (17). On suppose que cet état très fréquent serait dû à la suite de la chute brutale des hormones, aux changements importants à la fois physiologique (montée de lait), physique et psychologique, mais également dû à la libération d'ocytocine, hormone impliquée dans le lien d'attachement

mère/enfant (6,17). Le baby-blues n'est pas lié aux facteurs de risque que nous avons évoqués en première partie, cependant ils vont nous permettre de savoir si ce blues pourra se transformer en dépression du post partum. Le rôle de la sage-femme est d'expliquer que le baby-blues est un événement très fréquent, physiologique et transitoire, de donner confiance à la nouvelle mère et d'apporter soutien et conseils aux parents (20).

2.2.2. La dépression du post partum

La dépression du post partum concerne entre 5 et 18% des femmes après l'accouchement et encore 11% des femmes 2 mois après la naissance (26). Le pic de la DPP a lieu 6 à 8 semaines après la naissance et jusqu'à 9 voire 15 semaines du post partum. Elle peut durer jusqu'à un an si elle n'est pas prise correctement en charge et le risque de récurrence est important. On retrouve chez les femmes atteintes deux tableaux différents caractéristiques de la DPP : un sentiment de tristesse ou bien un état dysphorique (20). La plupart du temps, les symptômes se caractérisent par un découragement, un sentiment d'inadéquation en tant que parent, des troubles du sommeil, des troubles de l'appétit et des troubles de l'attention. Dans de plus rares cas, on retrouve une pensée égo-dystocique de nuire à son nourrisson. Il existe des facteurs de risque de DPP qui doivent être relevés par le professionnel lors de l'EPP en anténatal : des antécédents de dépression majeure, des antécédents de troubles dysphoriques prémenstruels et des antécédents de stress psycho-social. Les changements biologiques, les vulnérabilités génétiques, le stress environnemental et le manque de soutien social peuvent favoriser en post partum le développement d'une DPP. En cas de non prise en charge, cette dépression peut s'installer sur le long terme et créer très souvent des conséquences sur le futur enfant comme des problèmes émotionnels, comportementaux, cognitifs et interpersonnels (6).

2.2.3. La psychose puerpérale

La psychose puerpérale confuso-délirante ou également appelée dépression psychotique est la forme la plus sévère des troubles psychiques en post partum. Elle se caractérise par des insomnies, des cauchemars, des angoisses, des délires, des hallucinations et des troubles de l'humeur dans les trois premières semaines après l'accouchement. Les patientes sont désorientées et d'humeur beaucoup plus labile. On peut également y retrouver des accès maniaques, mélancoliques, des épisodes

schizophréniques et des troubles névrotiques (6). Elle concerne deux femmes pour mille après l'accouchement et est considérée comme une urgence psychiatrique (la femme est hospitalisée d'urgence) d'autant plus que la patiente atteinte de psychose puerpérale est à risque de suicide maternelle (première cause de décès maternelle dans la première année) mais également susceptible de tuer son nourrisson et ses jeunes enfants par désir de ne pas les abandonner (26). Quant au risque de récurrence, il est très important puisqu'il est de 50 à 70% pendant et en dehors du post partum (20). Le taux de suicide est plus important après une MFIU ou une interruption volontaire de grossesse (IVG), c'est pourquoi toutes les patientes, voire même plus les mères d'enfants décédés devraient être suivies à la suite de l'évènement par une sage-femme et un psychologue dans certains cas.

Il est important en tant que professionnel de repérer tous les signes et de les mentionner car ce sont souvent des patientes qui semblent en bonne santé lors des entretiens et rendez-vous puis qui retrouvent leur humeur déprimée ou psychotique dès le retour à la maison (6).

2.2.4. Traitements et prise en charge en cas de dépression du post partum et de dépression psychotique

Lorsque l'on diagnostique en tant que sage-femme une patiente atteinte de dépression, la première chose à faire est de la rediriger vers un professionnel de la santé mentale. La patiente sera mise sous antidépresseurs et une psychothérapie cognitivo-comportementale et interpersonnelle sera mise en place. Les antidépresseurs prescrits, très efficaces chez les femmes, sont les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS).

Plusieurs organisations sont mises en place et doivent être proposées à la femme : un coaching parental, un réseau d'entraide (Post Partum Support International), des groupes d'organisations et de soutien.

En cas de psychose puerpérale, la patiente est immédiatement hospitalisée en soins psychiatriques et sera mise sous pharmacothérapie et psychothérapie et sera intégrée dans un renforcement de soutien social.

L'oestrogénothérapie peut se révéler également efficace (6).

2.3. Quelle trame à suivre pour les professionnels de la périnatalité et en particulier les sages-femmes ?

2.3.1. Enjeu législatif de l'entretien postnatal précoce

L'Entretien postnatal précoce est recommandé par la HAS depuis 2014 puis est concrétisé par un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale et devient obligatoire le 1^{er} juillet 2022 en France. L'entretien postnatal précoce complète l'entretien prénatal précoce réalisé à partir du 4^{ème} mois de grossesse et a pour objectif de repérer les premiers signes de la DPP et les femmes présentant des facteurs de risque mais également d'évaluer les besoins du couple en termes d'accompagnement. Ce rendez-vous, réalisé par la sage-femme ou le médecin ayant suivi la grossesse, est remboursé à 70% par l'assurance maladie, depuis septembre 2022, sachant qu'il est coté SP14 lorsqu'il est réalisé à domicile, soit un total de 42€ et SP12 lorsqu'il est réalisé en cabinet, soit un total de 36€. En ce qui concerne l'entretien prénatal, il est coté C 2,5, soit un total de 57,50€ mais remboursé entièrement par la sécurité sociale. L'entretien postnatal précoce peut être complété par un second entretien entre la 10^{ème} et 14^{ème} semaine post-accouchement si la femme en suggère le besoin ou bien si le professionnel détecte des signes de dépression (27).

2.3.2. La sage-femme, pivot de coordination entre la patiente et les autres professionnels de santé et du psycho-social

Au cours de l'entretien postnatal précoce, la sage-femme peut aborder plusieurs thématiques en ce qui concerne l'enfant, la femme et/ou le co-parent, la place du couple, le lien familial et enfin l'environnement social. En fonction des besoins et des attentes de la patiente et du couple, le professionnel de la périnatalité abordera certaines thématiques et d'autres pas du tout. Il est important que le professionnel connaisse tous les sujets qu'il est possible d'aborder lors de l'entretien et qu'il reconnaisse ses limites afin d'orienter aisément les femmes, le coparent et l'enfant vers d'autres professionnels si nécessaire. Cet entretien est à la base d'un travail en réseau pluriprofessionnel afin que la femme se sente soutenue et encadrée dans son parcours postnatal. A la fin de l'EPNP, la sage-femme rédigera une synthèse de l'entretien dont un exemplaire sera remis au couple et un second au professionnel de santé référent (18).

2.3.2.1. La femme et le coparent

Lors de l'EPNP, la femme et le coparent reviennent systématiquement avec le professionnel qui les prend en charge sur leur vécu de la grossesse, de l'accouchement et des premières semaines de vie depuis la naissance (18). Il est important que la femme partage ses difficultés avec la sage-femme ou le médecin pour que ce dernier puisse la rassurer et expliquer la physiologie de cet état d'ambivalence. La société idéalise la maternité et le risque est que la patiente fatiguée face aux difficultés de la naissance se renferme sur elle-même dans une vision de la maternité très néfaste, sans éprouver de plaisir ni demander de l'aide. En effet, l'image de la mère « parfaite » que la société renvoie laisse s'installer un sentiment de culpabilité chez la plupart des femmes se sentant en difficultés lors des premières semaines de vie de leur enfant (4). De plus, l'image du corps de la femme en post-partum n'est plus « conforme » à la société souligne Cécile Doherty-Bigara, ce qui rajoute une souffrance dans le quotidien des nouvelles mères (5). Cependant, Françoise Molénat nous rappelle que « la société oublie que mettre au monde un enfant nécessite d'être entourée soi-même » et que dans toutes les cultures, les mères ne sont jamais seules pour s'occuper d'un enfant. Il est donc primordial d'expliquer aux femmes qu'il est normal d'être aidée et de demander de l'aide lors de la naissance d'un bébé (3). Il est aussi fréquent, lors d'une première grossesse notamment, que la femme n'ait pas réalisé qu'elle soit devenue mère. En effet, Cécile Dogerty-Bigara nous le dit dans son livre *nouvelle mère*, l'année la plus difficile est l'année qui suit la naissance de l'enfant, où « l'âme d'une femme doit accoucher de la mère à l'intérieur d'elle », processus bien plus long et bien plus difficile que le premier accouchement (5). Ainsi la sage-femme peut lui proposer de revivre psychiquement son accouchement afin « d'accoucher psychiquement » pour enfin accepter et réaliser qu'elle est devenue mère à travers des séances personnalisées (25).

2.3.2.2. L'enfant et le lien familial

Lors de la visite de la sage-femme pour l'EPNP, de préférence à domicile en présence des deux parents, l'enfant et le lien familial doit être une préoccupation du professionnel. Ce dernier doit s'intéresser à la qualité des interactions de l'enfant. Le professionnel observe les parents lorsque l'enfant pleure ou cri, sont-ils passifs ou actifs ? l'enfant dort-il beaucoup ou peu ? l'enfant mange-t-il bien ? Comment se déroule l'allaitement ? Le rythme de l'enfant est-il respecté ? S'en suit l'observation des capacités de l'enfant, de son développement et de l'évolution de son rythme. Est-ce que l'enfant réagit aux bruits, à la lumière, à la voix de ses parents ?

Le rôle de la sage-femme est d'observer puis d'accompagner et de conseiller les parents en valorisant toujours leurs compétences pour éviter frustrations et remises en question. Ainsi, le professionnel et les parents doivent échanger lors de l'entretien sur leur projet parental en se demandant quels sont leurs besoins et leurs attentes.

L'EPNP permet aussi le repérage des situations de vulnérabilités afin d'assurer la sécurité de l'enfant. Quelles sont les ressources du couple ? Le père est-il présent ? Le couple est-il entouré par des proches pouvant leur apporter de l'aide si besoin ? Y a-t-il des conflits à la maison ou dans la sphère familiale ? De la violence est-elle présente entre les parents ou envers l'enfant ? Y a-t-il une consommation d'alcool ou de drogue par la mère ou le père ? Ces situations ne sont pas les plus simples à mettre en évidence mais une attention particulière doit être apportée. Si besoin, la sage-femme pourra faire le lien avec d'autres professionnels compétents, notamment la PMI (18).

2.3.2.3. La reprise de la sexualité

La question de la reprise de la sexualité puis de la contraception ne doit pas attendre la visite des deux mois du post partum puisque 10% des couples reprennent une activité sexuelle entre une et trois semaines après l'accouchement. Cependant, la reprise est plus ou moins longue et le niveau d'activité sexuelle est le plus souvent bas du fait de la fatigue, des douleurs, des pertes, de la sécheresse vaginale et de la crainte de léser le périnée. De plus, l'activité sexuelle a déjà connu des modifications au cours de la grossesse : diminution de la fréquence voire arrêt des rapports sexuels, activités sexuelles de remplacement ou non et diminutions des rêves érotiques (20). Ainsi, la reprise de la vie sexuelle est un sujet à aborder lors de l'EPNP mais il est important de rappeler au couple qu'aucune règle n'est mise en place et que chaque couple reprendra son activité sexuelle à des temps plus ou moins longs, lorsqu'ils le souhaiteront (24). En effet, la moitié des couples reprendront une activité à huit semaines, 81% à trois mois et 90% à huit mois (20).

Plusieurs problématiques se posent autour de la question de la reprise de la sexualité en post partum. Premièrement, les dyspareunies ou la crainte de celles-ci sont la principale problématique puisque 17 à 30% des femmes rencontrent des dyspareunies en post partum. Elles sont principalement dû à l'accouchement et aux points au niveau du périnée mais également à la sécheresse vaginale suite à l'imprégnation hormonale et à la baisse de la libido. Il est alors important d'expliquer à la patiente que les réactions

physiologiques ralenties et moins intenses reviennent progressivement pour retrouver un niveau antérieur en 2 à 3 mois du post partum.

La sage-femme peut également expliquer l'importance de la rééducation périnéale bénéfique à la fois pour la reprise du sport mais également pour la reprise des rapports sexuels (24). Le sport doux (marche, gymnastique aquatique, etc.) avant la rééducation périnéale peut être évoqué puisqu'il permettra de diminuer le stress et la fatigue et aidera la femme à retrouver sa forme (20).

Une autre problématique de cette reprise difficile des rapports est le nouvel équilibre social et la recomposition familiale. Il est difficile de la part de la mère de trouver un équilibre entre maternité et sexualité avec la modification de son corps ; et en ce qui concerne le père, la représentation de sa femme devenue mère et la peur de blesser sa partenaire ralentit la reprise des rapports à son tour. Selon le climat psychologique et la relation globale du couple, les rapports sexuels auront une place difficile à prendre au milieu de la mise en place de la parentalité. Le rôle de la sage-femme dans ce cas est d'informer sur la physiologie du post partum et de permettre la reprise à son rythme de la vie sexuelle dès la cicatrisation du périnée (20,24).

2.3.2.4. La contraception

Après avoir aborder la sexualité, il peut être intéressant de revenir sur la contraception puisque très souvent les sages-femmes prescrivent systématiquement aux femmes sortant de la maternité une pilule progestative à commencer 21 jours après l'accouchement. Avec l'arrivée de l'enfant et le bouleversement de la vie sexuelle, la moitié des femmes utilisant la pilule contraceptive oublie de la prendre dans le post partum. Ainsi, 90% des femmes changent de contraception dans la première année qui suit l'accouchement (24,28). La sage-femme peut alors aborder la contraception lors de l'entretien postnatal, entretien consacré à la discussion et à l'accompagnement, d'autant plus que les femmes sont peu réceptives au sujet de la contraception en post partum dans les services d'hospitalisation juste après leur accouchement. En effet, face à la multitude d'informations, il est préférable de réexpliquer plusieurs fois, à des moments différents, la contraception à la patiente afin qu'elle choisisse, avec son partenaire, la méthode qui lui convient le mieux et qui sera donc la plus efficace. La sage-femme peut commencer à présenter à la patiente les différentes contraceptions qui s'offrent à elle pour qu'elle puisse commencer à réfléchir puis elles seront évoquées de nouveau, lors de la consultation

postnatale, examen médical six à huit semaines après l'accouchement remboursé à 100% par l'assurance maladie (24).

La sage-femme doit tenir compte des facteurs de risque thrombo-embolique, des pathologies de la grossesse mais également de l'allaitement. En effet, la sage-femme ne pourra prescrire des oestroprogestatifs à une femme qui allaite. A l'inverse, une femme qui n'allait pas pourra utiliser une pilule oestroprogestative ou bien un dispositif intra-utérin (DIU) par exemple à partir de quarante-deux jours après l'accouchement. Si la patiente pratique la méthode MAMA, effet contraceptif assuré par un allaitement exclusif jusqu'à 6 mois du post partum, la sage-femme doit vérifier l'efficacité de celle-ci :

- Allaitement exclusif ;
- Allaitement jour et nuit (6 à 10 tétées par jour) ;
- Pas plus de 6h d'intervalle entre deux tétées la nuit et 4h le jour ;
- Aménorrhée persistante.

Si ce n'est pas le cas, la sage-femme devra proposer une contraception complémentaire.

La sage-femme ou le médecin conseillera si le couple semble peu compréhensif les contraceptions locales (préservatifs, spermicides). En effet, elles sont bien adaptées au post partum puisque les rapports sont peu fréquents durant cette période et il n'y a pas de retentissement sur l'allaitement ou la libido (29).

2.3.2.5. L'environnement social et le retour à la vie professionnelle

Les dernières thématiques intéressantes à aborder vont être celle de l'environnement social, afin de renseigner les parents sur les différentes aides auxquelles ils peuvent adhérer, et enfin la question du retour à la vie professionnelle, afin de les aider et de les rassurer dans cette nouvelle étape qui peut être plus ou moins angoissante. La sage-femme ou le médecin s'intéresse alors à la situation économique des parents, aux choix de garde de l'enfant envisagés par les parents et discute de la future organisation lorsque la mère reprendra son activité professionnelle (18).

Cette première partie théorique nous a permis de nous rendre compte de l'importance de la place de la sage-femme dans le post partum et plus précisément dans l'entretien postnatal précoce.

Pourtant aucune étude ne montre le nombre de sages-femmes réalisant l'EPNP, contrairement à l'EPP. Nous nous sommes rendu compte de l'importance du suivi prénatal et postnatal pour établir un lien de confiance entre le professionnel et la triade parents/enfant. Le professionnel a également pour enjeu d'identifier le moment le plus adéquat pour réaliser l'EPNP pour une patiente donnée. Généralement, l'EPNP est réalisé entre la 4ème et la 8ème semaine après l'accouchement, moment où les DPP apparaissent le plus souvent.

La sage-femme est ainsi en première ligne dans l'accompagnement du couple en post partum et dans l'établissement du lien parents/enfant. Elle est indispensable dans le repérage des situations de vulnérabilités et dans le repérage et diagnostic des DPP puisqu'elle est le professionnel pivot et de coordination à la base d'un réseau pluriprofessionnel et pluridisciplinaire permettant un suivi sécurisé et sécuritaire des patientes dans la continuité du parcours périnatal.

Partie 2 : méthode

1. La méthodologie retenue

1.1. Problématique

Suite à cette première partie où la pertinence de la mise en place des entretiens pré et postnatals est incontestable dans l'accompagnement et le soutien à la parentalité, la problématique suivante se pose alors : comment s'est mis en place l'entretien postnatal précoce et quelles difficultés peuvent en émerger ?

1.2. Objectifs

1.2.1. Objectif principal

L'objectif principal est d'étudier la mise en place de l'entretien postnatal précoce sur le terrain, de conforter sa nécessité et son intérêt dans le suivi post partum et de mettre en évidence les enjeux de l'entretien postnatal précoce.

1.2.2. Objectifs secondaires

Nous avons mis en avant deux enjeux secondaires que nous souhaitons objectiver au travers de l'étude. Le premier est de mettre en évidence que l'entretien postnatal précoce a permis de détecter plus de dépression du post-partum. Le second est de proposer une trame à suivre aux professionnels de la périnatalité réalisant les entretiens postnatals précoces (sages-femmes libérales, sages-femmes de consultation, sages-femmes de PMI) afin d'aborder l'ensemble des thématiques pour lesquelles la patiente se questionne et de résoudre les difficultés rencontrées.

1.3. Hypothèses

Nous avons émis trois hypothèses pour mettre en évidence l'enjeu de cette étude.

La première hypothèse est que l'entretien postnatal précoce permet aux professionnels de santé de continuer les suivis de prévention des femmes ayant déjà eu l'entretien prénatal précoce.

La seconde est que l'entretien postnatal précoce permet aux professionnels de santé de rectifier le suivi des femmes vulnérables qui n'ont pas été suivies en prénatal.

Et enfin, la dernière hypothèse est que l'entretien postnatal précoce permet une prévention renforcée dans la détection de la dépression du post partum et la mise en place du maillage interprofessionnel.

2. L'étude

2.1. Type d'étude

Nous avons réalisé pour étudier la mise en place de l'entretien postnatal précoce depuis le 1^{er} juillet 2022 une étude observationnelle, descriptive et transversale. Pour ce faire, nous avons rédigé un questionnaire de quarante et une questions comprenant cinq questions ouvertes et trente-sept questions fermées.

2.2. Population étudiée

2.2.1. Critères d'inclusion

Au cours de cette étude, nous avons interrogé les sages-femmes libérales, les sages-femmes de PMI, les sages-femmes de consultation et de manière générale toutes les sages-femmes pratiquant l'entretien postnatal précoce en France métropolitaine et dans les DROM TOM.

2.2.2. Critères d'exclusion

À l'inverse, nous excluons les sages-femmes exerçant exclusivement en salle de naissance, en suite de couche et les sages-femmes travaillant exclusivement en procréation médicalement assistée (PMA).

2.3. Période de l'étude

L'étude a eu lieu de mi-avril 2023 à septembre 2023 avec une relance début septembre deux semaines avant la clôture du questionnaire dans le but d'obtenir un peu plus de réponses.

2.4. Mode de recueil des données

La circulation des données des questionnaires a pu être réalisée grâce au conseil de l'ordre des sages-femmes et grâce aux groupes facebook URPS sages-femmes. Puis les données ont été saisies via le logiciel Excel pour être analysées.

Les données ont été sécurisées à trois niveaux : sur un ordinateur avec mot de passe, sur une clé USB et sur un google drive.

Partie 3 : Résultats et analyse

1. Diagramme de flux

Le diagramme de flux ci-dessous nous permet de nous rendre compte, de manière globale, des résultats obtenus lors de l'enquête. Ainsi, 298 questionnaires ont été recueillis. Parmi ceux-ci, 60 ne répondent pas aux critères d'inclusion (« je suis sage-femme et je réalise des entretiens postnatals »). Sur les 238 questionnaires restants, 100 sont exhaustifs et 138 ne le sont pas mais ont toutefois été considérés pour l'étude.

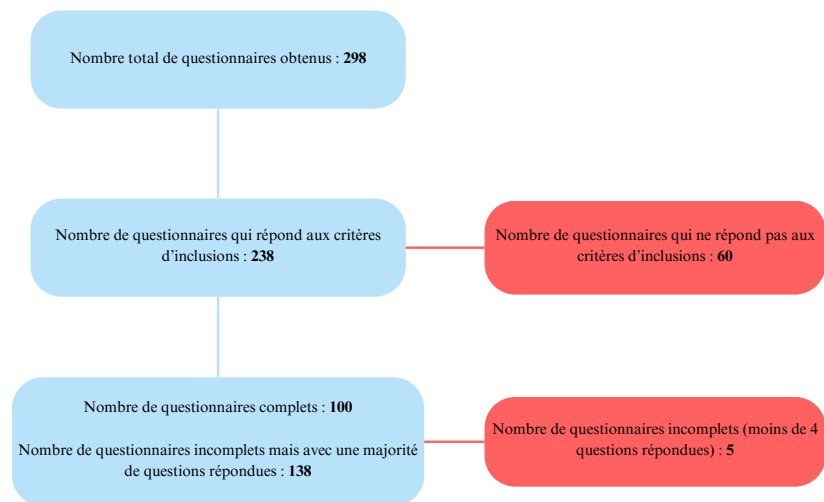


Figure 1 : *Diagramme de flux*

Tout au long du questionnaire, nous précisons que le nombre de sages-femmes ayant répondu au questionnaire a diminué ce qui explique la baisse du N au fil des figures et les 138 questionnaires incomplets mais avec une majorité de questions répondues. Nous avons décidé de présenter les résultats en fonction des trois hypothèses émises dans la partie méthode. Dans la dernière sous partie, nous nous sommes intéressés plus précisément à la présentation des résultats concernant l'EPNP afin de recentrer notre sujet.

2. Présentation des résultats concernant les généralités

Premièrement, nous allons nous intéresser aux questions générales qui concernent le professionnel de santé ayant répondu au questionnaire.

Les premières questions nous ont permis de connaître le type d'exercice des sages-femmes interrogées, leur région d'exercice, depuis quand elles réalisaient des entretiens postnatals précoces et si elles avaient été formées ou non et par qui.

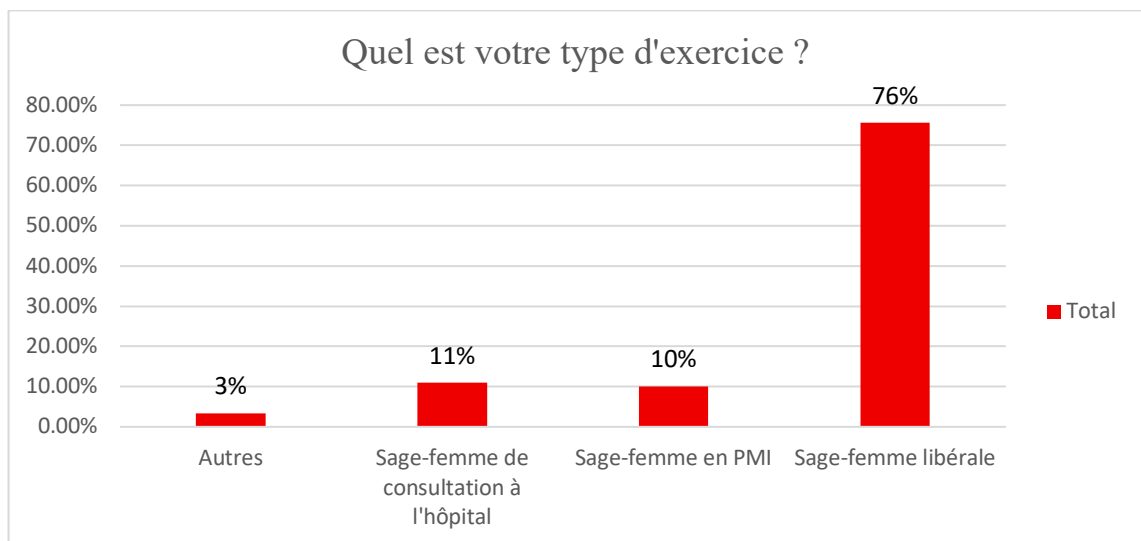


Figure 2 : « Quel est votre type d'exercice ? » (%) (N=238)

La plupart des sages-femmes réalisant des entretiens postnatals précoces sont des sages-femmes libérales (76%) puisque 181 sages-femmes ont répondu travailler en libéral.

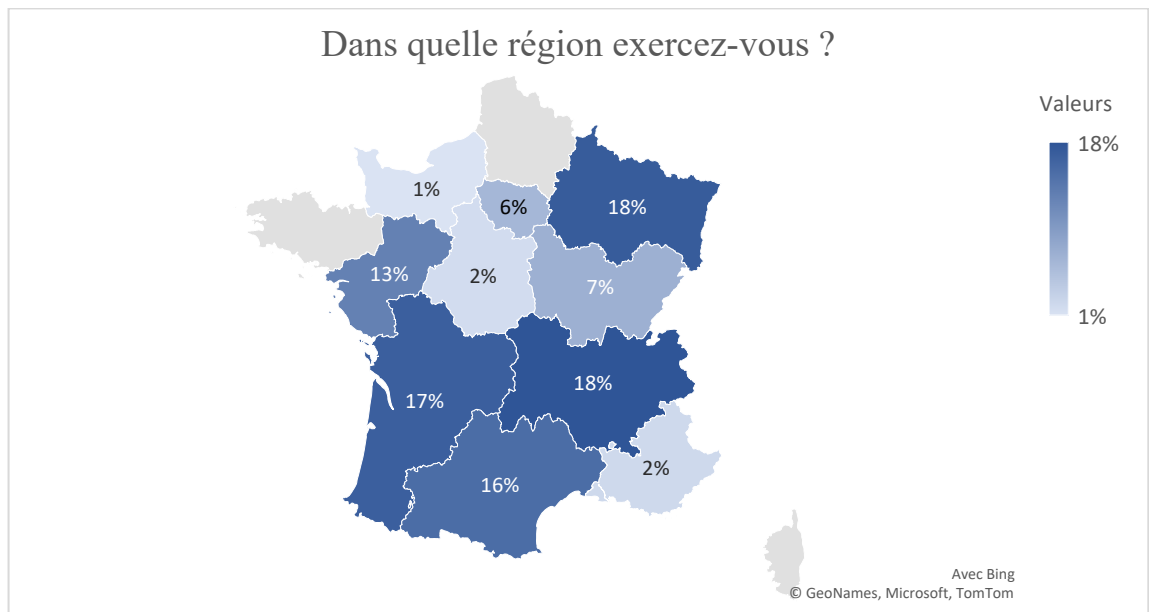


Figure 3 : « Dans quelle région exercez-vous ? » (%) (N= 238)

La seconde question concernant le lieu d'exercice nous montre une majorité de réponses dans la région Grand-Est, Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie. Or, aucun questionnaire de sage-femme exerçant en Outre-Mer, ou même en Hauts-de-France, Bretagne ou Corse n'ont été recensés.

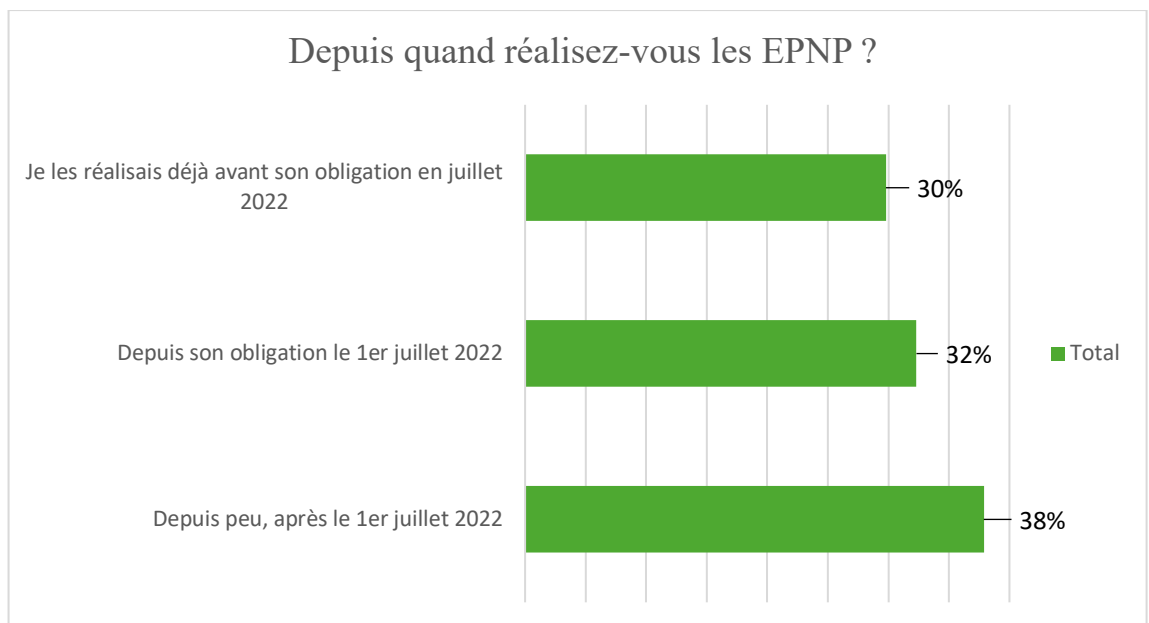


Figure 4 : « Depuis quand réalisez-vous les entretiens postnatals précoces (EPNP) ? » (%) (N=198)

À la question « depuis quand réalisez-vous les entretiens postnatals précoces ? », seulement 30% des sages-femmes (60 sur 198) les réalisaient déjà avant sa mise en place

obligatoire le 1^{er} juillet 2022. 32% (63 sages-femmes) ont répondu qu'elles ont commencé la réalisation de ces entretiens dès le 1^{er} juillet 2022 et 38% (75 sages-femmes) qu'elles réalisaient l'EPNP depuis peu, après la mise en place obligatoire de l'EPNP, c'est-à-dire après le 1^{er} juillet 2022.



Figure 5 : « Avez-vous suivi une formation » (%) (N=197)

Tableau 1 : « Par qui avez-vous été formé ? » (N=63)

Par qui avez-vous été formé ?	Total
Autre	17
Par un centre agréé	38
Via une formation en ligne	8
Total général	63

Seulement 32% des sages-femmes ont été formées à l'entretien postnatal précoce.

Parmi ces 32%, soit environ 63 sages-femmes sur 197, la plupart ont répondu qu'elles avaient été formées par un centre agréé. 17 sages-femmes ont répondu « autres ». Parmi ces « autres » sont ressortis : réseau périnatal Aurore, réseau périnatal Occitanie, réseau MYPA, formation en interne, association de sages-femmes libérales locale, école de sages-femmes, formation en intra au conseil départemental du Val d'Oise, formation parentalité, médic formation, UMB CHU et psychiatre.

3. Présentations des résultats concernant le suivi des patientes

3.1. La continuité du suivi de prévention des femmes ayant réalisé l'EPP en prénatal

Nous allons présenter dans cette partie, les questions relatives à la continuité du suivi des femmes ayant réalisé l'EPP en prénatal.

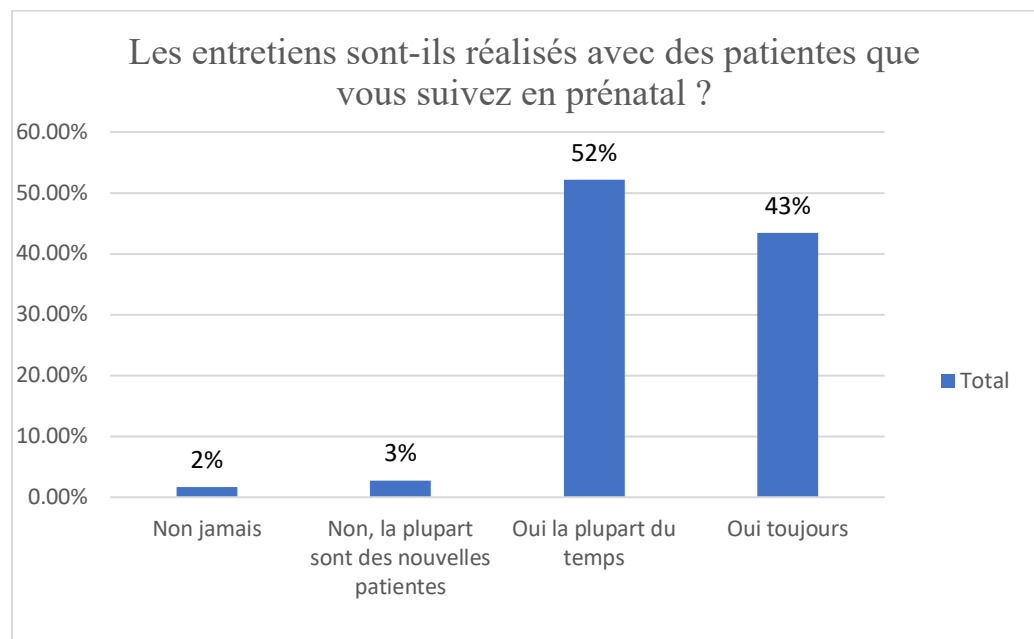


Figure 6 : « Les entretiens sont-ils réalisés avec des patientes que vous suivez en prénatal ? » (%) (N= 182)

Nous remarquons grâce au diagramme ci-dessus que la plupart des entretiens sont réalisés avec des patientes suivies en prénatal. 43% des sages-femmes, c'est-à-dire 78 sages-femmes ont répondu « oui toujours » à cette question et 52% soit 95 sages-femmes « oui la plupart du temps ». Seulement 3% des sages-femmes (5) ont répondu que la plupart sont des nouvelles patientes et 2% (4) que ce sont toujours de nouvelles patientes.

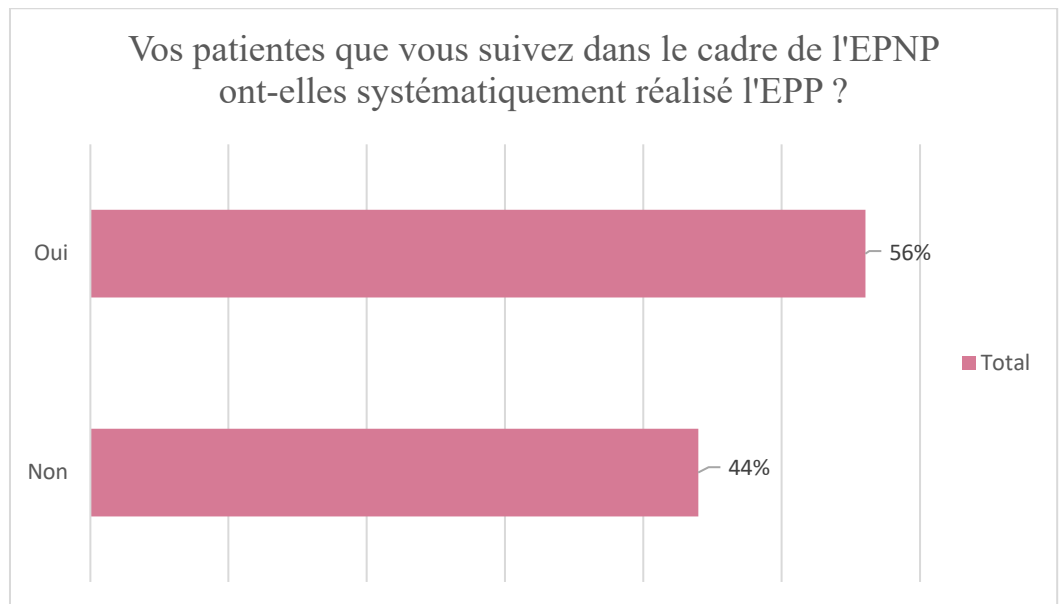


Figure 7 : « Vos patientes que vous voyez dans le cadre de l'EPNP ont-elles systématiquement réalisé l'EPP ? » (%) (N=182)

À cette seconde question étudiée dans cette partie, 56% soit 102 sages-femmes ont répondu que oui leurs patientes qu'elles voyaient dans le cadre de l'EPNP avaient systématiquement réalisé l'EPP et donc 44%, 80 sages-femmes, ont coché qu'elles n'avaient pas systématiquement réalisé l'EPP.

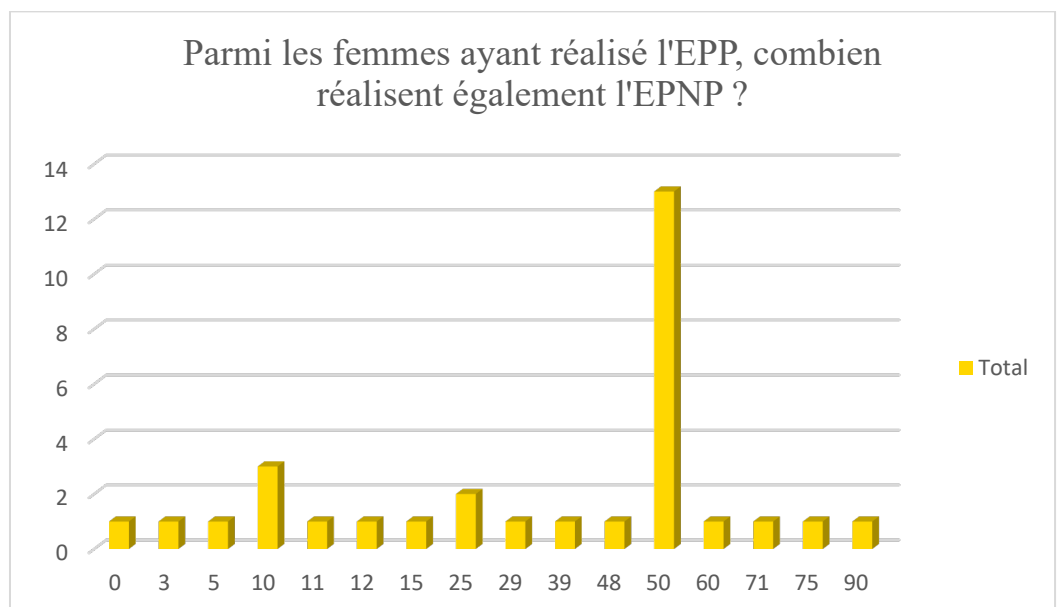


Figure 8 : « Parmi les femmes ayant réalisé l'EPP, combien réalisent également l'EPNP ? » (N=31)

La dernière question à laquelle nous nous intéresserons au cours de cette partie est : « Parmi les femmes ayant réalisé l'EPP, combien réalisent également l'EPNP ? ».

Peu de professionnels ont répondu à cette question précise et sont passés directement à l'étape suivante. Cette réponse se faisait sous forme d'un curseur de 0 à 100. En abscisse, nous avons les valeurs (en %) proposées par les sages-femmes ayant répondu et en ordonné le nombre de sage-femme ayant coché cette valeur. Ainsi, 13 sages-femmes sur 31 ont répondu que 50% des femmes ayant réalisé l'EPP réalisaient également l'EPNP. Puis, seulement 4 sages-femmes ont répondu que plus de 50% des femmes ayant réalisé l'EPP réalisaient également l'EPNP et les 14 autres ont répondu que moins de 50% des patientes réalisaient l'EPNP si elles avaient réalisé l'EPP.

3.2. La rectification du suivi chez des patientes ayant échappé à l'EPP en prénatal

Dans cette partie, nous nous sommes intéressés au suivi postnatal des femmes n'ayant pas eu de suivi prénatal dans le but de mettre en évidence l'importance de l'EPNP pour rattraper le suivi de ces femmes.

Tableau 2 : « Parmi celles n'ayant pas réalisé l'EPP, combien réalisent l'EPNP environ dans votre patientèle ? » (N=72)

Parmi celles n'ayant pas réalisé l'EPP, combien réalisent l'EPNP environ dans votre patientèle ?	Total
Moins de 50 %	31/72
50 %	18/72
Plus de 50%	23/72

D'après ce tableau, 31 sages-femmes sur 72 ont répondu que moins de 50% des femmes n'ayant pas réalisé l'EPP réalisaient l'EPNP. 23 sages-femmes à l'inverse ont répondu que plus de 50% des patientes n'ayant pas réalisé l'EPP réalisaient tout de même l'EPNP. Et enfin, 18 sages-femmes sur 72 ont répondu que la moitié des femmes n'ayant pas réalisé l'EPP réalisaient l'EPNP.

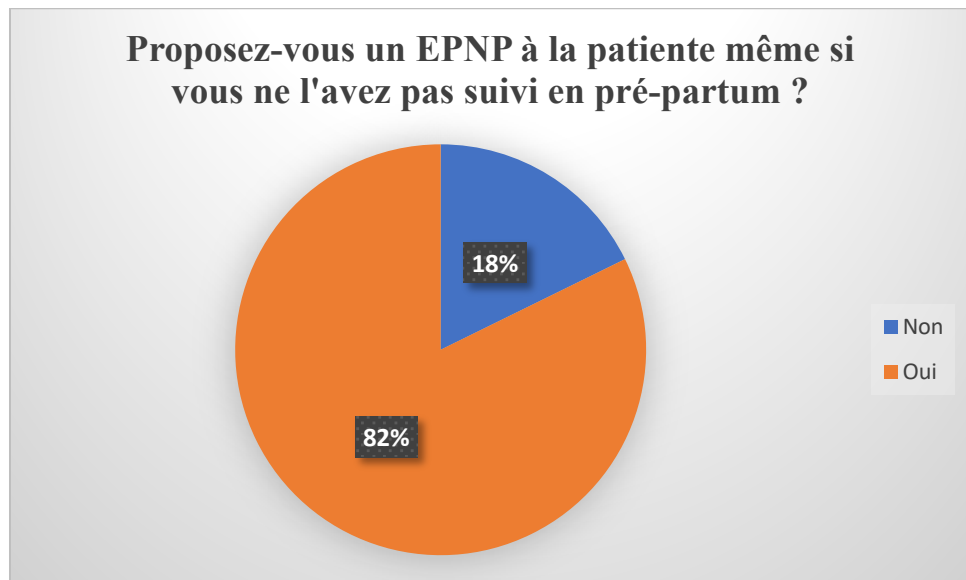


Figure 9 : « Proposez-vous un EPNP à la patiente même si vous ne l'avez pas suivi en pré-partum ? » (%) (N=141)

À cette seconde question 82%, 116 sages-femmes, ont répondu « oui » contre 18%, 25 sages-femmes « non ».

4. Présentation des résultats concernant la détection de la dépression du post partum et la mise en place du maillage interprofessionnel

Dans cette partie, nous avons regroupés les questions concernant la pertinence de l'EPNP dans la détection des signes de dépression du post-partum et la marche à suivre des professionnels en cas de DPP chez une patiente.

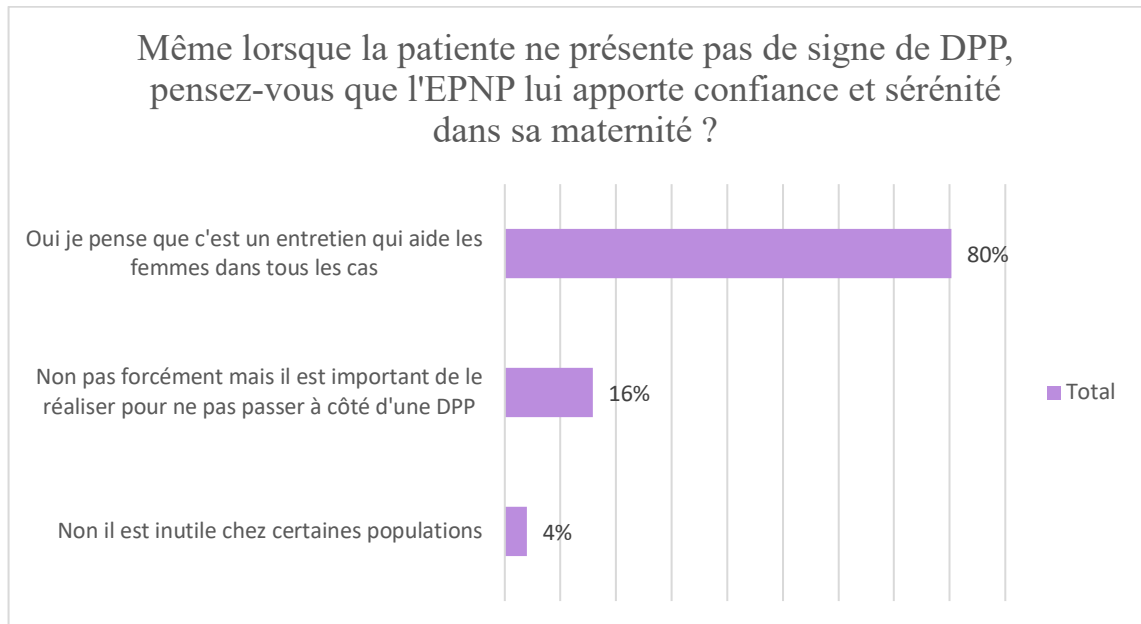


Figure 10 : « Même lorsque la patiente ne présente pas de signe de DPP, pensez-vous que l'EPNP lui apporte confiance et sérénité dans sa maternité ? » (%) (N=152)

Premièrement on observe que pour 80% des sages-femmes, soit 122 sur 152, l'EPNP est essentiel et aide les nouvelles mères à trouver confiance et sérénité dans leur maternité même si la patiente ne présente aucun signe de DPP. 16% des sages-femmes, soit 24 sur 152 réalisent l'EPNP pour être sûr de ne pas passer à côté d'une DPP même si elles ne pensent pas que l'EPNP apporte confiance et sérénité dans la maternité de la nouvelle mère. Et enfin, 4% soit 6 sages-femmes ne ressentent pas l'utilité de cet entretien chez certaines populations.

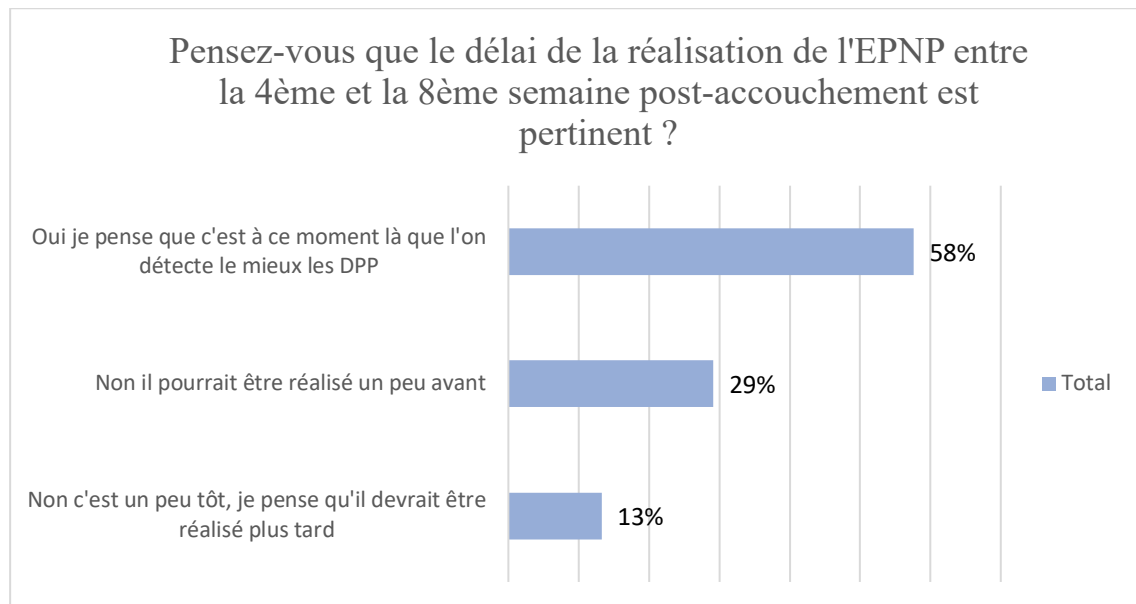


Figure 11 : « Pensez-vous que le délai de la réalisation de l'EPNP entre la 4^{ème} et la 8^{ème} semaine post-accouchement est pertinent ? » (%) (N=151)

Plus de la moitié des sages-femmes ayant répondu à notre questionnaire pensent que le délai de réalisation de l'EPNP entre la 4^{ème} et la 8^{ème} semaine post-accouchement est le meilleur moment pour détecter les DPP. En effet, 58% soit 88 sages-femmes ont coché cette proposition. 29% soit 44 sages-femmes pensent qu'il pourrait être réalisé un peu avant et finalement 13% donc 19 sages-femmes ont coché que c'était un peu tôt et que l'EPNP devrait être réalisé plus tard.

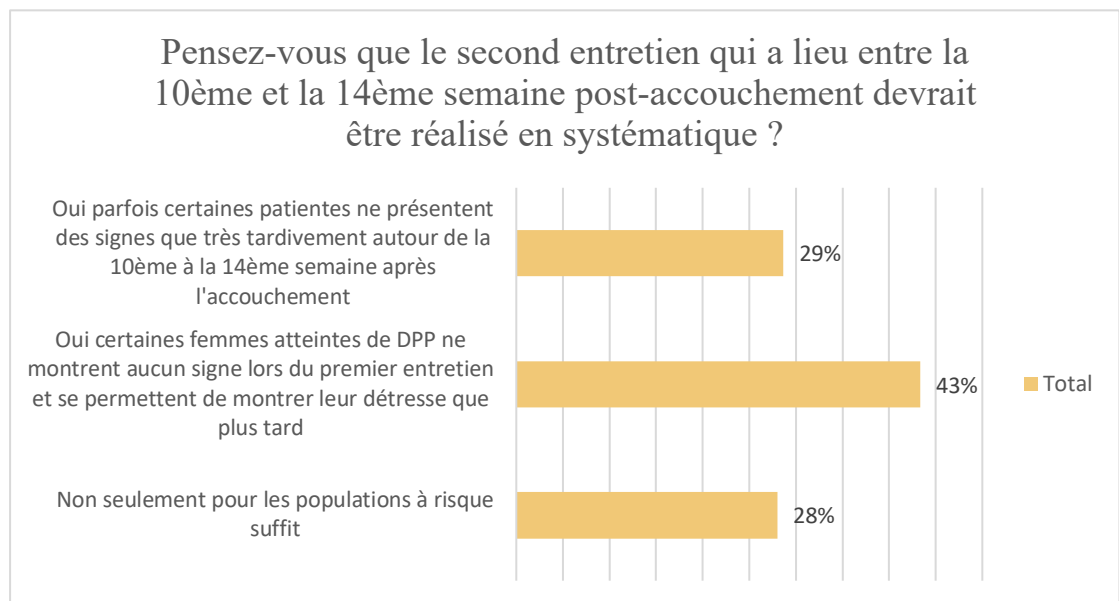


Figure 12 : « Pensez-vous que le second entretien qui a lieu entre la 10^{ème} et la 14^{ème} semaine post-accouchement devrait être réalisé en systématique ? » (%) (N=150)

43% des sages-femmes, c'est-à-dire 65 sages-femmes ayant répondu au questionnaire pensent que le second entretien qui a lieu entre la 10^{ème} et la 14^{ème} semaine post-accouchement devrait être réalisé en systématique puisque parfois certaines patientes atteintes de DPP ne montrent aucun signe lors du premier entretien et se permettent de montrer leur détresse que plus tard. 29%, soit 43 sages-femmes ont également répondu qu'il devrait être réalisé en systématique mais parce que certaines patientes ne présentent des signes de DPP que très tardivement. Enfin, 28%, soit 42 sages-femmes sur 150 ne réaliseraient pas systématiquement le second entretien et le réserve pour des populations à risque.

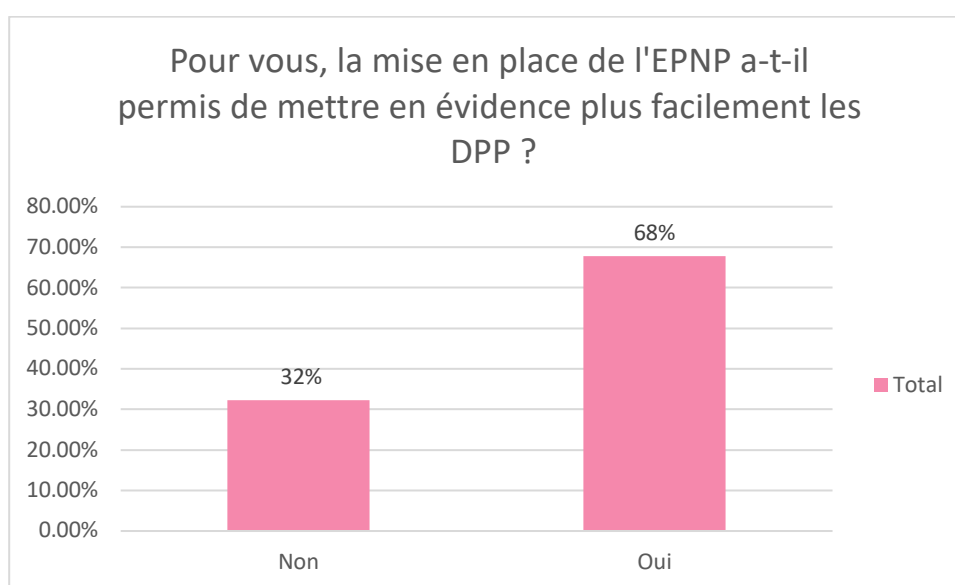


Figure 13 : « Pour vous, la mise en place de l'EPNP a-t-il permis de mettre en évidence plus facilement les DPP ? » (%) (N=118)

D'après les sages-femmes ayant répondu à l'étude, 68%, soit 80 sages-femmes sur 118 pensent que la mise en place de l'EPNP a permis de mettre en évidence plus facilement les DPP. Et donc 32%, 38 sages-femmes ne le pensent pas.

Tableau 3 : « Lors de la suspicion d'une DPP au cours d'un EPNP que faites-vous ? »

Lors de la suspicion d'une DPP au cours d'un EPNP que faites-vous ?	Total
Je propose à la patiente un suivi plus spécialisé chez un spécialiste de la santé mentale	102
Je réalise un deuxième entretien	82
Je lui fais réaliser un questionnaire permettant de diagnostiquer la DPP telle que l'échelle de dépression post-natal d'Edimburg (EPDS)	58
J'adresse un courrier au médecin généraliste de la patiente en l'en informant	25
Autres	16

À la question suivante, nous avons demandé aux sages-femmes ce qu'elles faisaient lors de la suspicion d'une DPP au cours d'un EPNP. À cette question, plusieurs réponses étaient proposées et les 118 sages-femmes ayant répondu choisissaient une ou plusieurs propositions. Ainsi, 86% des sages-femmes ont coché la réponse : « je propose à la patiente un suivi plus spécialisé chez un spécialiste de la santé mentale ». La seconde proposition la plus cochée a été : « je réalise un second entretien ». En effet, 69% ont coché cette proposition. 49% ont coché qu'elles faisaient réaliser un questionnaire de diagnostic de la DPP telle que l'EPDS et 21% ont indiqué adresser un courrier au médecin généraliste de la patiente. Pour finir, 14% des sages-femmes ont coché « autres » puis ont précisé qu'elles : adressaient la patiente à la PMI, renseignaient la patiente sur les associations (*maman blues*) et les groupes de parole entre parents ou futurs parents, proposaient un suivi plus régulier et des consultations de soutien à la parentalité, débutaient la rééducation du périnée un peu plus tôt pour revoir la patiente rapidement et régulièrement, s'intéressaient à l'entourage de la patiente afin de lui expliquer le besoin et la nécessité de ce dernier lors des premiers mois avec bébé et enfin qu'elles la rassuraient sur la difficulté des premiers mois en tant que nouvelle mère.

5. Présentation des résultats concernant l'EPNP

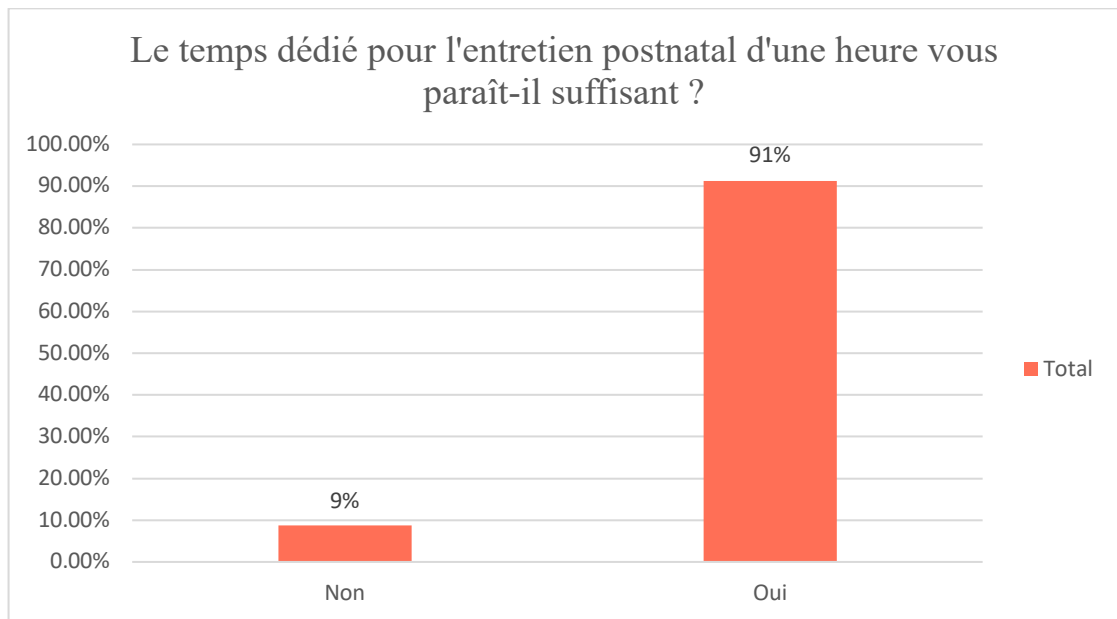


Figure 14 : « Le temps dédié pour l'entretien postnatal d'une heure vous paraît-il suffisant ? » (%) (N=183)

Premièrement le temps d'une heure consacré à l'EPNP semble être un temps suffisant et nécessaire pour réaliser cet entretien dans de bonnes conditions (pour 91% des sages-femmes ayant répondu à notre questionnaire). Concernant les 9% restant, une heure leur semble trop peu et elles s'accordent toutes pour préciser que le temps d'une heure et trente minutes est adéquat.

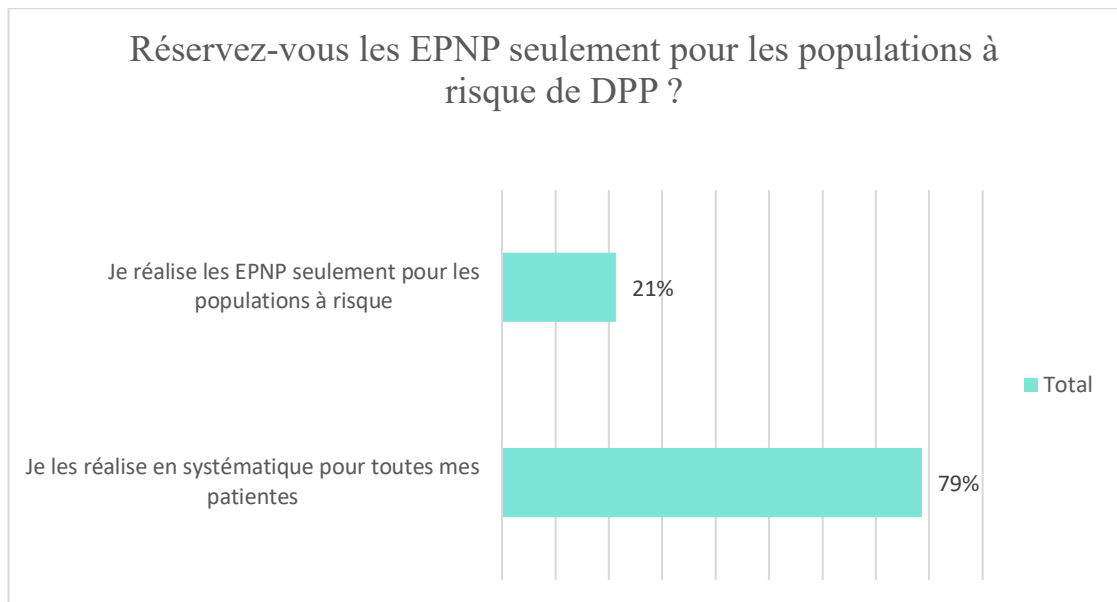


Figure 15 : « Réservez-vous les EPNP seulement pour des populations à risque de dépression du post partum ? (%) (N=173)

Les sages-femmes ont répondu principalement, dans 79% des cas qu'elles réalisaient les EPNP en systématique pour toutes leurs patientes tandis que 21% ont spécifié qu'elles ne réalisaient cet entretien seulement pour les populations à risque de DPP.



Figure 16 : « Vous arrive-t-il de découvrir des signes de dépression du post partum (DPP) lors d'autres rendez-vous ? (%) (N=155)

Tableau 4 : « Lors de quel type de rendez-vous ? »

Lors de quel type de rendez-vous ?	Total
Lors de la consultation du post partum	119
Lors d'entretiens sur l'allaitement	83
Lors d'autres cours non spécifiés ici	63
Lors d'entretiens sur le lien mère enfant	32
Lors d'entretiens sur la place du coparent	15
En sophrologie	7
En séance personnalisée d'hypnose	7

Ensuite, nous nous sommes intéressés au fait que les sages-femmes puissent découvrir des signes de DPP lors d'autres rendez-vous, autre que l'EPNP. Ainsi, 93% des sages-femmes (144 sur 155) ont répondu que oui elles découvriraient des signes de DPP en dehors de l'EPNP.

On s'est ensuite demandé lors de quel type de rendez-vous. Pour cette question, nous avons proposé un choix multiple et plusieurs réponses pouvaient être sélectionnées par les sages-femmes. 155 sages-femmes ont alors répondu. Seulement 5% ont coché la proposition « hypnose » et « sophrologie ». 10% ont détecté des signes de DPP lors d'entretiens sur la place du coparent et 21% lors d'entretiens sur le lien mère enfant. Les rendez-vous qui sont ressortis le plus où l'on détectait beaucoup de femmes présentant des signes de DPP sont :

- Les entretiens sur l'allaitement : 54%
- La consultation du post partum : 77%

Enfin, 41% des sages-femmes ont coché « lors d'autres cours non spécifiés ici ».

Tableau 5 : « Quels sont les sujets abordés lors de l'EPNP ? »

Quels sont les sujets abordés lors de l'EPNP ?	Total
Le post partum et l'enfant	123
Le vécu de la grossesse et de l'accouchement	121
La place du coparent	115
La reprise de l'activité professionnelle	103
Le lien familial	103
L'environnement social	98
La place du couple et la reprise de la sexualité	97
Le développement de la maternité	73
La contraception	51
Autres	26

À la question concernant les sujets abordés lors de l'EPNP, nous avons proposés plusieurs sujets et les sages-femmes pouvaient cocher autant de propositions qu'elles le souhaitaient. On a présenté les résultats sous forme d'un tableau. 125 sages-femmes ont répondu à cette question. Plus de 90% des sages-femmes abordent lors de l'EPNP le vécu de la grossesse et de l'accouchement, le post partum et l'enfant et la place du coparent. Ensuite, 82% abordent le lien familial et la reprise de l'activité professionnelle. 78% abordent la place du couple et la reprise de la sexualité ainsi que l'environnement social. De même 58% évoquent le développement de la maternité et seulement 41% la contraception. Enfin, 21% des sages-femmes ont coché la réponse « autres » et ont précisé discuter de sujets tels que : l'alimentation du nouveau-né/l'allaitement, les pleurs de bébé, le mode de garde et la fratrie, la modification de la dynamique familiale, les activités personnelles et le temps pour soi, le moral, les moteurs de stress externes, les violences, les addictions et le sommeil.

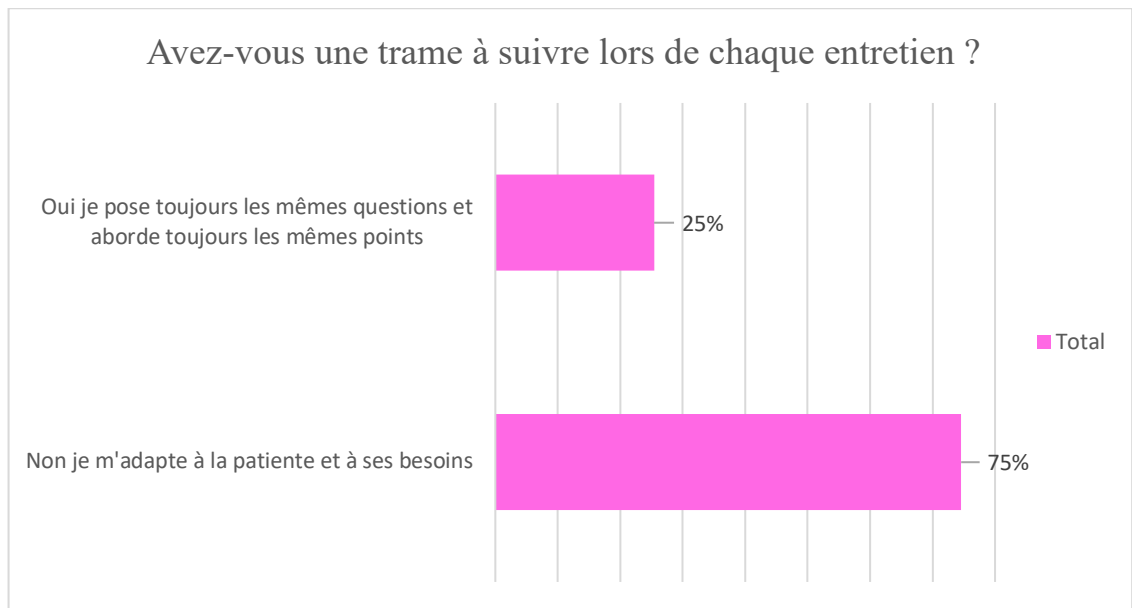


Figure 17 : « Avez-vous une trame à suivre lors de chaque entretien ? » (%) (N=118)

À la fin du questionnaire, nous avons choisi d'évoquer le sujet de la trame et de savoir si les professionnels en avaient une et si oui, où ils l'avaient trouvée. 75% des sages-femmes ont répondu ne pas avoir de trame et s'adapter à la patiente et à ses besoins.

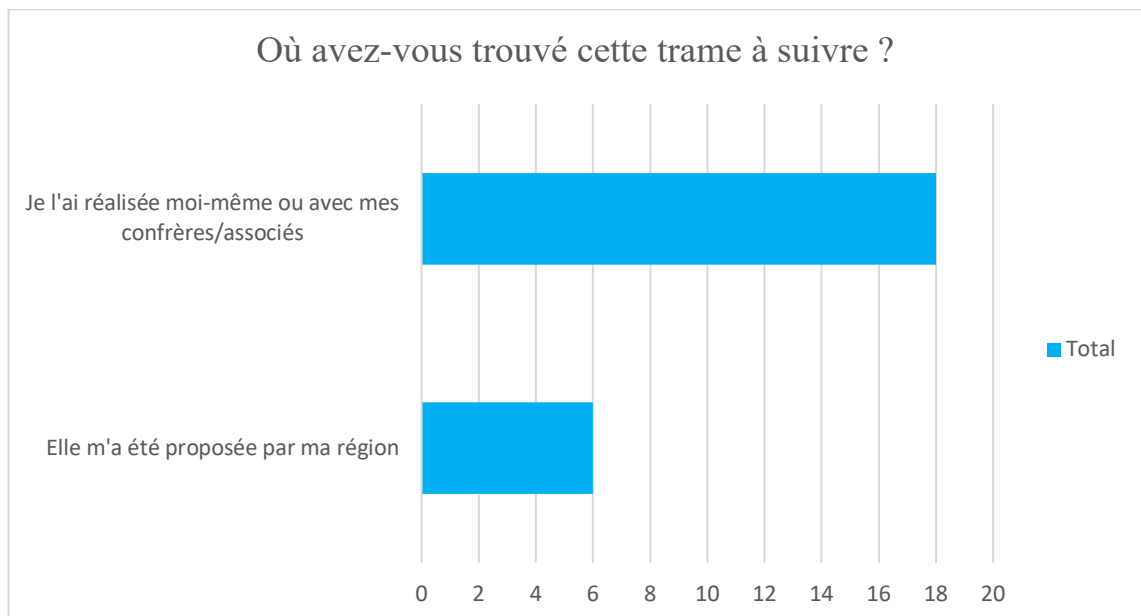


Figure 18 : « Où avez-vous trouvé cette trame à suivre ? » (N=24)

Les sages-femmes ayant répondu que oui elles avaient une trame à suivre et posaient toujours les mêmes questions, ont également dû répondre à la question « Où avez-vous trouvé cette trame à suivre ? ». Ainsi, parmi les 24 sages-femmes ayant coché

cette proposition, 18 ont répondu l'avoir réalisée elle-même ou avec l'aide de ses confrères et 6 l'avoir eu par leur région.

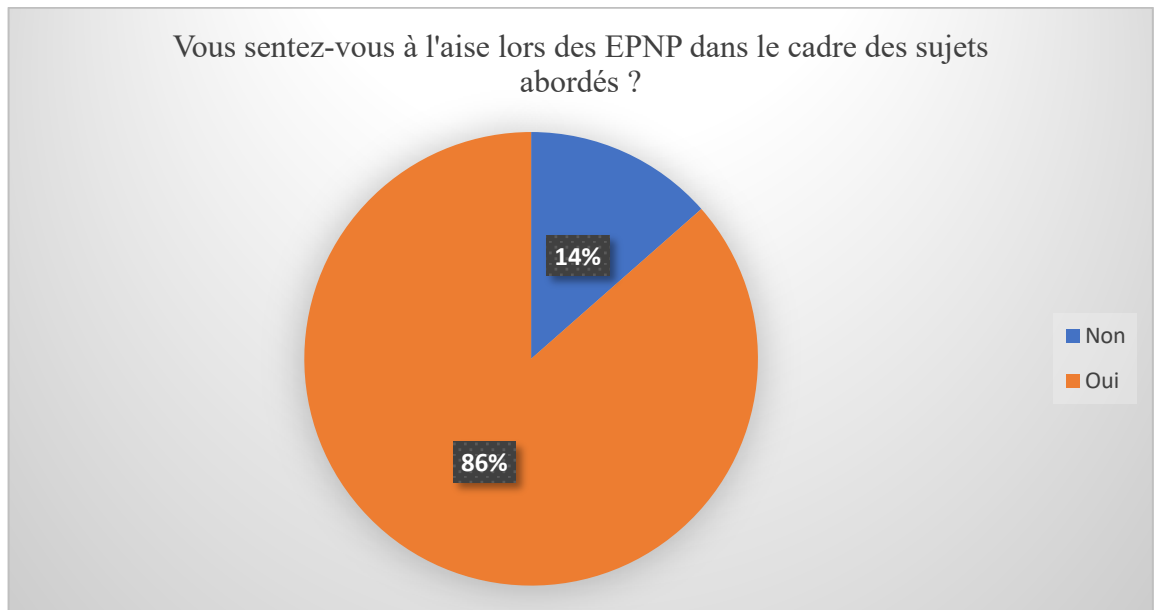


Figure 19 : « Vous sentez-vous à l'aise lors des EPNP dans le cadre des sujets abordés ? » (%) (N=111)

Pour finir, à la suite des questions concernant la trame, 86% (95) des sages-femmes ont indiqué se sentir à l'aise lors des EPNP dans le cadre des sujets abordés et 14% (16) non.

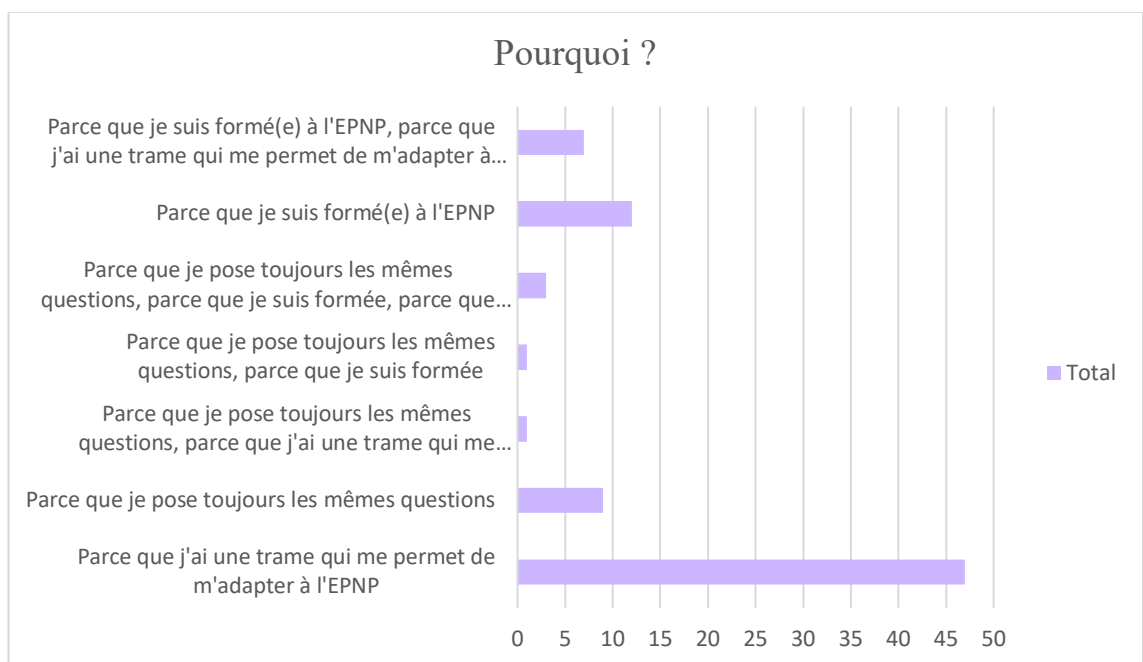


Figure 20 : « Pourquoi ? » (N=80)

Les sages-femmes ayant répondu « oui » ont dû répondre pourquoi en choisissant une ou plusieurs propositions parmi les suivantes :

- Parce que j'ai une trame qui me permet de m'adapter à l'EPNP.
- Parce que je pose toujours les mêmes questions.
- Parce que je suis formée à l'EPNP.

Ainsi, 47 sages-femmes sur 80 ont précisé se sentir à l'aise parce qu'elles ont une trame à suivre leur permettant de s'adapter à l'EPNP. 12 ont précisé que c'est parce qu'elles avaient été formées à l'EPNP, 9 parce qu'elles posaient toujours les mêmes questions et enfin 7 parce qu'elles étaient à la fois formées à l'EPNP et parce qu'elles avaient une trame leur permettant de s'adapter.

Également, ceux ayant coché ne pas se sentir à l'aise lors des EPNP ont dû préciser pourquoi. Il en est ressorti principalement par manque de formation ou bien par manque de trame.

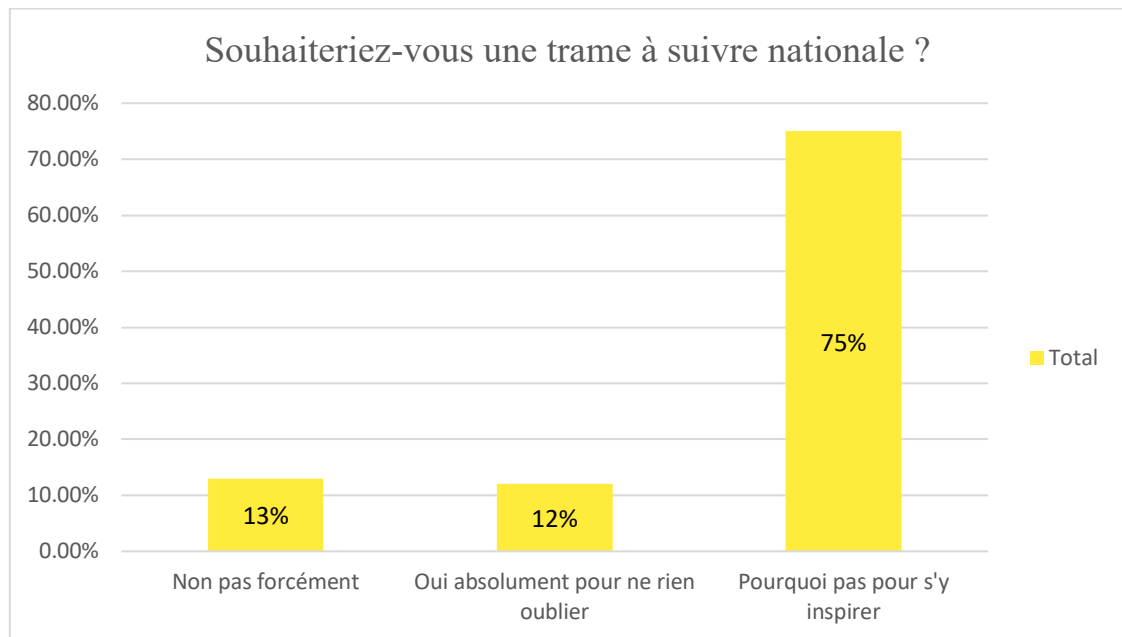


Figure 21 : « Souhaiteriez-vous une trame à suivre nationale ? » (%) (N=100)

Pour finir, 75% des sages-femmes aimeraient une trame à suivre nationale pour s'y inspirer, 13% ne sont pas forcément intéressées et 12% souhaiteraient une trame pour ne rien oublier.

Partie 4 : Discussion

Au départ de cette étude, nous avons émis trois hypothèses concernant la mise en place de l'entretien postnatal précoce. La première étant que l'entretien postnatal précoce permet aux professionnels de santé de continuer les suivis de prévention des femmes ayant déjà eu l'entretien prénatal précoce. La seconde hypothèse est que l'entretien postnatal précoce permet aux professionnels de santé de rectifier le suivi des femmes vulnérables qui n'ont pas été suivies en prénatal. Et enfin la dernière, que l'entretien postnatal précoce permet une prévention renforcée dans la détection de la dépression du post partum et la mise en place du maillage interprofessionnel. Nous avons posé la problématique suivante : comment s'est mis en place l'entretien postnatal précoce et quelles difficultés peuvent en émerger ?

Nous allons pouvoir répondre à nos hypothèses grâce à l'analyse des résultats obtenus lors de notre étude. Cela va nous permettre de mettre en évidence les points clés de notre mémoire, c'est-à-dire la nécessité de l'entretien postnatal précoce dans le suivi post partum et ses enjeux, notamment le repérage de la dépression du post partum.

Après avoir défini les forces et les limites de notre étude, nous avons choisi de présenter cette discussion selon les cinq grands axes qui sont ressortis au cours des résultats de notre étude concernant la mise en place obligatoire de l'EPNP. Premièrement nous allons nous intéresser au fait que l'entretien postnatal est pour certaines sages-femmes consacré essentiellement aux populations à risque. Dans une seconde partie, nous verrons la rectification et la continuité du suivi en postnatal et l'établissement d'un lien de confiance entre le professionnel et le patient. Dans une troisième partie, nous mettrons en avant l'importance de la réalisation de l'EPNP dans un temps imparti. Au cours du quatrième axe, nous ferons ressortir le manque de formation et le manque de temps des sages-femmes réalisant les EPNP. Et enfin dans une dernière partie, nous nous intéresserons au maillage interprofessionnel dans le repérage des DPP et au soutien à la parentalité.

1. Forces et limites de l'étude

Nous avons débuté notre étude en avril 2023 via un questionnaire en ligne diffusé par les conseils de l'ordre départementaux et clôturé en septembre 2023 après une relance de deux semaines au début du mois de septembre sur les groupes facebook sages-femmes URPS dans l'espoir d'obtenir plus de résultats « complets ».

Nous avons finalement obtenu 298 questionnaires dont seulement 100 entièrement complétés, peut-être dû à la longueur du questionnaire ou bien au fait que notre étude touchait en particulier les sages-femmes libérales, complétant le questionnaire entre deux rendez-vous.

L'objectif de la première partie du questionnaire a été d'identifier l'exercice des répondants, puis nous nous sommes intéressés au suivi des patientes, au repérage de la dépression du post partum et au maillage interprofessionnel et enfin plus précisément à l'entretien postnatal précoce.

La plus grande force de cette étude est le sujet d'actualité qui a permis de toucher un grand nombre de sages-femmes et d'évaluer un sujet en expansion. Un des points faibles de cette étude est que nous aurions pu faire un ou deux entretiens avec des sages-femmes pour préciser et comparer la mise en place de cet entretien entre les sages-femmes.

2. L'entretien postnatal : seulement pour les populations à risque ?

Avant l'obligation de la réalisation de l'EPNP, seulement 30% des sages-femmes avaient l'habitude de réaliser cet entretien à leurs patientes [figure 4]. Ces chiffres montrent que les professionnels ne se souciaient que peu de comment était vécu le retour à la maison par les parents. Ainsi les formations étaient peu axées sur cette thématique, en particulier puisque le prénatal représentait l'axe prioritaire. Peu de suivi se perpétuait une fois la naissance de l'enfant. Cette hypothèse semble encore d'actualité puisqu'une minorité de sages-femmes a précisé réaliser l'EPNP seulement à des patientes qu'elles n'avaient jamais ou rarement vu [figure 6], certainement car elles ne réalisent cet entretien que sur demande, adressage ou sur des populations à risque. Nous pouvons confirmer ces propos avec la figure 8 montrant que la grande majorité des patientes réalisent essentiellement l'EPP. Certaines sages-femmes ne réalisent l'EPNP, malgré son obligation, que sur des populations à risque et si aucune vulnérabilité n'a été détectée au cours du suivi prénatal, elles le proposent seulement à la patiente [figure 11, 16]. Nous avons vu dans notre partie théorique que l'EPNP n'était remboursé qu'à 70% par l'assurance maladie contrairement à l'EPP pris en charge à 100%. Ainsi, certaines patientes n'ont certainement pas recours à cet entretien pour des raisons financières.

Cette réflexion ne concerne qu'une petite partie des sages-femmes, cependant, concernant le second entretien non systématique réalisé entre la 10^{ème} et la 14^{ème} semaine, davantage de sages-femmes ne voient son utilité que pour les populations à risque. C'est

d'ailleurs ce que nous avons vu dans notre partie théorique. Certainement qu'elles considèrent que réaliser cet entretien chez des populations non à risque, représente une perte de temps à la fois pour elle mais également pour la patiente. Finalement, un peu plus d'un quart des sages-femmes semblent ne pas approuver le fait que l'EPNP a permis de détecter plus de DPP. Cependant, si comme vu précédemment, certaines sages-femmes ne réalisent pas en systématique l'EPNP, le repérage des DPP ne peut s'améliorer puisqu'encore trop de patientes ne sont pas assez suivies en postnatal.

3. L'entretien postnatal : continuité et rattrapage du repérage

Dans ce second axe, nous allons nous intéresser à l'importance de la rectification du suivi des patientes n'ayant pas réalisé l'EPP et de l'établissement d'un lien de confiance entre le professionnel et le patient.

Par manque de temps, de professionnels, de formation et surtout pour des raisons politiques budgétaires des établissements de santé, l'hôpital suit les femmes essentiellement en prénatal, sur le plan médical. En effet, il existe un maillage de soin : il y a un choix politique que l'hôpital traite du prénatal et que la ville s'occupe du postnatal [figure 2]. Ainsi un relais vers une sage-femme libérale va être nécessaire après l'accouchement afin d'établir un lien de confiance avec un professionnel qui va prendre en charge la patiente sur le plan médical mais également psychologique avec la réalisation de l'EPNP. C'est d'ailleurs pour cette raison que la plupart des sages-femmes réalisant l'EPNP exercent en libéral [figure 2]. De plus, ces dernières ont accès à beaucoup de formation sur le suivi postnatal. En ce qui concerne les sages-femmes de PMI, la plupart des patientes ne revienne pas après leur accouchement ou refuse un suivi post partum peut-être par peur du jugement ou du retrait de leur enfant pour certaines. Ainsi, la majorité des sages-femmes libérales réalise l'EPNP aux femmes qu'elles suivent depuis le début de la grossesse mais également à de nouvelles patientes, pour la plupart suivies à l'hôpital [figure 6,7], et ce systématiquement [figure 11].

Certaines patientes ressentent le besoin d'être suivie par deux sages-femmes, une assurant le suivi médical (sage-femme libérale ou sage-femme de consultation à l'hôpital) et une assurant le suivi plus psychologique avec la réalisation de l'EPP en prénatal et de l'EPNP en postnatal [figure 7]. En effet, il y a la nécessité d'établir un lien de confiance entre le professionnel et la patiente pour que cette dernière puisse se livrer et demander de l'aide plus facilement [figure 13]. On peut se poser la question de la place de la sage-

femme référente vulnérabilité ici, ou du référent périnatalité (Répap). Les conclusions prochaines de l'expérimentation nationale des Répap pourraient apporter un éclairage sur ce suivi en double strate.

Nous devons noter cependant qu'une partie des sages-femmes ne souhaitent pas rattraper le suivi en postnatal avec des nouvelles patientes [figure 6, 10]. En effet, nous supposons qu'elles ne se sentent pas suffisamment à l'aise pour aborder les questions de l'EPNP avec des patientes inconnues où le lien de confiance n'existe pas encore. En effet, nous avons vu dans notre partie théorique que l'EPNP est généralement réalisé avec la sage-femme qui a fait le suivi anténatal pour que la patiente soit plus à l'aise avec le professionnel puisque la confiance est déjà installée.

Une des limites de notre étude est que nous ne nous sommes pas intéressés au cours du questionnaire à la place du père au sein de cet entretien et au lien de confiance nécessaire entre le professionnel et le père et plus généralement entre le professionnel et la triade mère/père/bébé. En effet, la DPP touche près de 20% des mères mais également 10% des coparents (26). Il est alors indispensable de repérer les vulnérabilités de la mère mais aussi du père afin de garantir l'établissement d'un lien parents/enfant et de repérer les troubles du neurodéveloppement. Sachant cela, le lieu de l'EPNP le plus adéquat semble être au domicile des parents, lieu où l'on peut observer le quotidien de la triade et les interactions parents/enfant comme nous l'avons évoqué en première partie de ce mémoire.

4. L'entretien postnatal : une relation de confiance dans un lieu imparti et un temps imparti ?

Comme nous l'avons vu précédemment, le lien de confiance est important pour que la patiente et le coparent puissent se livrer en toute liberté et se sentir pleinement écoutée et soutenue. Nous venons également de voir l'importance de réaliser cet entretien à domicile dans le but de repérer au mieux les vulnérabilités. Cependant, un autre point est ressorti dans nos résultats concernant la réalisation de l'EPNP dans les meilleures conditions possibles. Il s'agit de la réalisation de l'entretien au bon moment du post partum. Concernant le premier entretien qui a lieu entre la 4^{ème} et la 8^{ème} semaine après l'accouchement, les résultats divergent. Nous avons vu dans notre partie théorique que c'est à ce moment-là que les premiers signes de DPP se déclarent, or une grande partie des sages-femmes ayant répondues à notre questionnaire a indiqué que l'EPNP pourrait être réalisé un peu avant. Effectivement on peut imaginer que si la dépression s'installe

trop, il sera plus difficile ensuite de s'en guérir. De plus, cela permet de montrer aux patientes le soutien des sages-femmes après l'accouchement et de leur rappeler qu'elles ne sont pas seules à traverser cette étape. Cependant certaines sages-femmes pensent que l'entretien a lieu trop tôt puisque des patientes ne ressentent un sentiment d'épuisement que plus tard, certainement car elles se convainquent qu'elles vont s'en sortir seule, notamment à cause de la société actuelle comme vu dans notre partie théorique qui prône les capacités de la mère parfaite, jusqu'au jour où le seuil critique est atteint [figure 12,14]. De plus, nous avons vu dans la première partie du mémoire que les troubles psychiques peuvent se manifester jusqu'à 6 mois du post partum. Il serait donc vraiment intéressant et important de s'adapter à la patiente quant à la réalisation de cet EPNP en identifiant tous les signes pouvant caractériser une (future) DPP lors du suivi post partum [figure 17, tableau 3].

Nous aurions pu nous intéresser au cours de notre étude à la distinction de l'EPNP et de la consultation du post partum. En effet, nous avons vu que l'EPNP, remboursé qu'à 70% par l'assurance maladie, avait lieu entre la 4^{ème} et la 8^{ème} semaine et la consultation du post partum, remboursé à 100% par l'assurance maladie, entre la 6^{ème} et la 8^{ème} semaine après l'accouchement. Ainsi, nous pouvons nous demander s'il n'existerait pas une certaine confusion entre cet entretien et cette consultation pour la patiente mais également pour les professionnels non formés. Nous avons d'ailleurs vu au cours de notre étude qu'une grande partie des vulnérabilités étaient repérées lors de la consultation du post partum [figure 16, tableau 4].

À propos du second entretien non systématique, nous revenons sur l'importance de celui-ci puisque des signes de DPP peuvent arriver tardivement. Comme nous le disions précédemment, la femme est persuadée d'être capable, puis finalement du jour au lendemain, elle se sent dépassée et déboussolée. De plus, le lien de confiance se mettant en place petit à petit, la détresse des patientes est exprimée seulement lors du deuxième entretien, ce qui montre de nouveau l'intérêt pour la patiente de connaître le professionnel [figure 13].

5. Entretien postnatal : entre temps de formation et manque de temps

Nous allons aborder ici le manque de formation et le manque de temps pouvant pénaliser certaines sages-femmes dans la réalisation de l'EPNP et donc par conséquent pouvant pénaliser les patientes.

Premièrement, les sages-femmes ayant répondu à notre questionnaire ont laissé à travers plusieurs réponses sous-entendre qu'elles manquaient de temps pour prendre en charge de nouvelles patientes [figure 6,10]. Il en est de même pour les sages-femmes travaillant à l'hôpital qui manquent de temps pour assurer le suivi postnatal [figure 2]. Ce manque de temps est aussi à mettre en lien avec le sentiment de perte de temps que peuvent ressentir les professionnels en prenant en charge par exemple des populations non à risque de dépression postnatale ou bien des populations non vulnérables au premier abord [figure 16], notamment dans la réalisation d'un second entretien [figure 13]. Le manque de temps est par conséquent en lien direct avec le manque de sages-femmes formées. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, la majorité des sages-femmes réalisant des EPNP exercent en libéral, ce qui sous-entend qu'elles doivent fermer leur cabinet ou bien se faire remplacer pour réaliser de nouvelles formations. Or, il existe une réelle difficulté à trouver une sage-femme remplaçante notamment pour quelques jours seulement. Ainsi, le coût de la formation et la fermeture du cabinet pendant quelques jours représentent parfois une perte d'argent trop conséquent pour le professionnel [figure 5] bien que la formation bénéficie d'une prise en charge financière via le développement professionnel continu (DPC). En effet, les sages-femmes bénéficient d'une prise en charge par l'ANDPC de 794,85€ par an, or le coût de la formation sur l'EPNP s'élève à 750€ sans compter les frais de déplacement et d'hébergement. Les formations par webinaire sont alors intéressant niveau rapport qualité/prix. La question du temps dédié à l'EPNP relève également cette problématique temps/argent. En effet, 9% des sages-femmes ayant répondu à notre questionnaire précisaient qu'un temps d'1h30 consacré à l'entretien était plus approprié pour détecter les signes de DPP. Or cela signifie perdre 30 minutes supplémentaires à chaque entretien au détriment des autres consultations sans augmenter le prix de l'EPNP qui reste fixe [figure 15]. L'intérêt du second entretien non systématique est alors mis en avant à travers ces résultats.

Nous avons relevé que très peu de sages-femmes ayant répondu à notre questionnaire sont formées à l'EPNP [figure 5]. Nous pouvons l'expliquer par le manque de temps et le coût important nécessaire comme vu à l'instant ou encore par le fait que le remboursement des actes de l'EPNP a été formalisé fin d'été 2022, soit près de 2 mois après l'obligation de ce dernier. Nous pouvons également nous interroger sur le manque de formation existante sur le sujet, notamment dans certaines régions. Malheureusement, le manque de sages-femmes formées à une conséquence directe sur la réalisation efficace des EPNP. Par exemple, certaines sages-femmes ne savent pas quels sont les sujets

importants à aborder et se laissent prendre par le temps [figure 15]. D'autres ne se sentiront pas à l'aise dans leurs entretiens de par leur manque d'expérience et de formation. L'enjeu premier de l'EPNP, étant le repérage précoce de la DPP, ne sera pas réalisé [figure 14, 20]. Pour contrer ce manque de formation et d'expériences, la plupart des sages-femmes démontre l'importance d'une trame à suivre pour se sentir à l'aise dans la réalisation des EPNP tout en s'adaptant aux besoins de chaque patiente [figure 18,21]. Certaines régions ont alors proposé une trame et un guide à destination des professionnels comme le Réseau périnatal Méditerranée de la région PACA. Une trame ou un listing national pourrait permettre aux sages-femmes de se lancer avec sérénité et confiance dans la réalisation des EPNP, encore nouveau pour certains professionnels [figure 20,21]. De plus, se former avec d'autres professionnels d'autres modes d'exercice va permettre un vrai partage de connaissance et la mise en place d'un réseau pluriprofessionnel.

6. Le maillage interprofessionnel dans le repérage des DPP et le soutien à la parentalité

Pour finir, nous allons nous intéresser ici au maillage interprofessionnel dans le repérage des DPP. La sage-femme libérale doit dès le début de son installation se constituer un réseau professionnel afin d'orienter au mieux ses patientes en cas de nécessité. Par exemple, si la patiente fait ressentir un besoin de soutien à la parentalité, la sage-femme pourra avancer le début de ses consultations de rééducations du périnée afin de revoir rapidement la patiente et de la soutenir dans son rôle de mère [tableau 3]. En effet, la sage-femme est présente les premiers mois du post-partum puis de moins en moins tandis que la DPP peut s'installer jusqu'au 1 an de l'enfant, comme vu dans notre partie théorique. La sage-femme va devoir mobiliser son réseau en contactant notamment les professionnels du psycho-social formés en post partum. Tout d'abord la PMI et notamment les puéricultrices de la PMI sont d'une grande aide pour les patientes ayant besoin de soutien lors des premières semaines. La sage-femme informera également la patiente sur les associations existantes comme *maman blues* et sur les groupes de paroles entre parents et futurs parents [tableau 3]. L'importance des Unités Parents Bébé qui se développent de plus en plus ont également leur place dans cet échange entre professionnel et patient. De plus, la sage-femme doit informer la patiente sur les aides existantes telles que les techniciens de l'intervention sociale et familiales (TISF) ou bien encore les auxiliaires de vie sociale (AVS) et les contacter si besoin.

En post-partum, lors de l'EPNP, si la sage-femme suspecte une DPP ou lors d'un repérage d'une grande situation de vulnérabilité, elle se doit de relayer la patiente. Comme

vu au cours de notre questionnaire, une sage-femme sur deux fera réaliser à la patiente un questionnaire de diagnostic de DPP telle que l'EPDS et 69% des sages-femmes réaliseront le second entretien non systématique 10 à 14 semaines après l'accouchement afin de ré-évaluer la patiente plus tardivement [tableau 3]. Enfin, l'élément principal ressorti dans les réponses de notre questionnaire dans la suspicion d'une DPP est l'orientation de la patiente vers un spécialiste de la santé mentale (86%) [tableau 3]. Dans ces cas-là, la sage-femme orientera la patiente plutôt vers des professionnels de santé : psychiatre, mais également médecin généraliste et gynécologue obstétricien suivant la femme depuis plusieurs années.

Pour conclure notre discussion, encore trop de sages-femmes réalisent l'EPNP seulement aux populations à risque de dépression du post-partum, contrairement à l'EPP. Par conséquent, les sages-femmes passent encore à côté de trop de DPP, enjeu primaire de l'EPNP. Nous nous sommes rendu compte de l'importance du suivi prénatal et postnatal pour établir un lien de confiance entre le professionnel et la triade parents/enfant. Le professionnel a également pour enjeu d'identifier le moment le plus adéquat pour réaliser l'EPNP pour une patiente donnée. Généralement, et pour des raisons économiques (remboursement de la sécurité sociale à 70%) l'EPNP est réalisé entre la 4^{ème} et la 8^{ème} semaine après l'accouchement, moment où les DPP apparaissent le plus souvent. Cependant, chacun étant différent et réagissant différemment à l'arrivée d'un enfant au foyer, le sentiment de dépassement faisant écho à la DPP peut se développer plus tardivement et ainsi, nous mettons en avant l'importance du second entretien qui pourrait être réalisé en systématique et non pas seulement sur des populations à risque. Ceci afin d'augmenter encore une fois le lien de confiance entre la sage-femme et le couple mais également d'augmenter le diagnostic de DPP. De même, rendre ces entretiens postnatals totalement remboursés permettraient de ne pas écarter les populations les plus vulnérables. À l'échelle régionale et nationale, il est important de prôner cet entretien afin de mettre en avant l'importance de celui-ci pour les nouvelles mères. En effet, afin de réaliser au mieux l'EPNP, les formations ont démontrées leur importance.

Par ailleurs, en matière de prévention, ici dans la dépression du post-partum, la politique du « aller vers » semble se heurter également à une problématique de coût et de temps.

De plus, une trame à suivre à adapter à chaque patiente a prouvé sa nécessité pour respecter les thèmes à aborder ainsi que le temps d'1h consacré à l'entretien. Il est alors

important que chaque région propose des offres de formations peu coûteuses permettant aux sages-femmes et autres professionnels réalisant des EPNP d'échanger sur leurs connaissances et de se former près de chez eux, sans perdre trop de temps à un prix raisonnable.

Par la suite, un enjeu supplémentaire est ressorti : connaître les professionnels autour de nous afin d'orienter nos patientes le plus facilement et le plus adéquatement possible. En effet, dans la prise en charge et le repérage des DPP, le maillage pluridisciplinaire entre les acteurs de la santé et les acteurs du psychosocial est primordial dans la politique des 1000 jours à l'échelle du territoire. L'interconnaissance des professionnels est fondamentale pour éviter les ruptures de lien dans le parcours de vie et plus particulièrement dans le parcours périnatal des femmes entre le prénatal et le postnatal.

Conclusion

En ce qui concerne la triade parents/enfant, l'enjeu primaire de l'EPNP va être de réaliser cet entretien au domicile uniquement des familles au moment le plus adéquat, c'est-à-dire au moment où le couple semble le plus avoir besoin de soutien à la parentalité.

Par ailleurs, il est primordial que le professionnel de santé connaisse son champ de compétence et se crée un réseau pluri-professionnel médical et psycho-social. En effet, dans la prise en charge et le repérage des DPP, le maillage pluridisciplinaire territorial entre les acteurs de la santé et les acteurs du psychosocial est primordial dans la politique des 1000 jours à l'échelle du territoire.

L'interconnaissance des professionnels est fondamentale pour éviter les ruptures de lien dans le parcours de vie et plus particulièrement dans le parcours périnatal des femmes entre le prénatal et le postnatal.

En ce qui concerne le professionnel de santé, l'enjeu primaire est de réaliser les entretiens en systématique, pour toutes les populations. Pour ce faire, il serait nécessaire de rendre ces entretiens postnatals totalement remboursés par la sécurité sociale, afin de ne pas écarter les populations les plus vulnérables.

Ainsi dans le cadre de la politique de prévention primaire, il s'agit de tout mettre en œuvre pour garantir un entretien efficace permettant un repérage actif de DPP en augmentant notamment les financements.

Enfin, il faut souligner l'importance des formations du postnatal à l'échelle nationale et surtout régionale et puis former l'ensemble des professionnels réalisant ces entretiens.

Ce travail de recherche a été centré sur le repérage et le diagnostic des DPP chez les nouvelles mères dans le cadre de la mise en place obligatoire de l'EPNP en juillet 2022. Il serait intéressant d'étudier l'évolution de cet entretien dans le temps. Après la formation de plus de professionnels, la mise en place d'une trame nationale, l'évaluation de l'efficacité des Répap, une conduite de projet permettrait en effet d'étudier l'efficacité de l'entretien postnatal précoce à distance de cette mise en place.

Références bibliographiques

1. Cinelli H, Lelong N, Le Ray C. Enquête nationale périnatale 2021. 2022 oct p. 295.
2. Magnan G. Comprendre le suicide maternelle. Profession sage-femme. 01/2020 2019;
3. Prévenir la dépression du post-partum. Yapaka; 2008.
4. Richard-guerroudj N. Suicide maternelle, l'affaire de tous : importance de l'entretien post natal même si bébé décédé? ou autre suivi psy? Profession sage-femme. juin 2021;
5. Doherty-Bigara C. Nouvelle mère: un témoignage libérateur et féministe sur la maternité. Paris, France: Leduc; 2020. 197 p.
6. Miller LJ. Postpartum Depression. JAMA. 13 févr 2002;287(6):762.
7. Marpeau L, Senat MV, Sentilhes L. Post-partum: recommandations CNGOF. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2018. (Recommandations pour la pratique clinique).
8. Logean S. La fausse couche précoce, un traumatisme sous évalué. janv 2020;
9. Janvier E. Mémoire de fin d'étude : L'entretien prénatal précoce : etat des lieux de la formation et des difficultés rencontrées par les sages-femmes d'Auvergne. 2013.
10. Vaugrenard C. L'Entretien Prénatal Précoce : Etat des lieux des connaissances et des freins à la bonne pratique de l'EPP par les gynécologues médicaux et obstétriciens du Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale. 2015.
11. Bazin A, Gasc C, Mégret C, Guillaume S. L'entretien prénatal précoce : des mots sur des maux [Internet]. cairn info; 2013. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/spi.066.0163>
12. Ministère des solidarités et de la santé. Le livret de nos 1000 premiers jours. 2022.
13. Les questions de la semaine : les 1000 premiers jours, de quoi s'agit-il ? Santé Publique France; 2021.
14. Cyrulnik B, Benachi A, Filliozat I, Dugravier R, Ansermet F, Casso-Vicarni N. Les 1000 premiers jours : là où tout commence. 2020 p. 130.
15. Maman blues. Difficulté maternelle : tout ce qu'il faut savoir pour les jeunes mamans. 2010.
16. Saïas T, Clavel C, Bodard J. Effets du programme d'accompagnement du retour à domicile sur les pratiques des services de Protection maternelle et infantile: Santé Publique. oct 2018;Vol. 30(4):489-96.

17. Lenoir P. Le programme d'accompagnement à domicile (PRADO) : enquête de satisfaction auprès des accouchés de l'hôpital de la mère et de l'enfant de Limoges. 2015.
18. Bleuzen E, Benjilany S, Gantois A, Kheniche M, Baunot N, Guillaume S, et al. Entretien post-natal précoce : préconisation pour la pratique clinique. Collège national des sages-femmes de France [Internet]. 2022 juin. Disponible sur: hal-03719354
19. Laborde-Ducourtioux A. Sortie précoce après un accouchement : suivi de la mère et du nouveau né par la sage-femme. 2014.
20. Battut A, Harvey T, Lapillonne A. 110 fiches pour le suivi post-natal mère-enfant. 2^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2020.
21. Sauvegrain P. Dans ma culotte. 2021. Après l'accouchement, le cap du post-partum.
22. Ooreka santé. Post partum. 2022.
23. Sarlat C. La matrescence. 2019.
24. Rondepierre L. Mémoire : Quand le prépartum rencontre le post-partum. 2010.
25. Drugmanne A, De Valors MH. Des traumatismes psychiques du post partum. Les DO de l'obstétrique. août 2020;
26. Delcroix MH, Gomez C, Ivernois JF. Suivi pré- & post-natal: guide de la sage-femme. Paris: Maloine; 2014. (Études maïeutiques).
27. Legifrance. Dépression post-partum : un entretien postnatal précoce systématique pour les jeunes mamans. 2022.
28. Fanello S, Parat-Pateu V, Dagorne C, Hitoto H, Collet J, Routiot T, et al. La contraception du post-partum: les recommandations médicales, le point de vue des femmes. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. juin 2007;36(4):369-74.
29. HAS. Contraception chez la femme en post-partum. 2013 avr.

Annexes

Annexe 1 : Échelle de dépression postnatal d'Edimbourg



**Edinburgh Postnatal Depression Scale
Translation – French**

Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg

Name: _____ Date: _____

Si vous êtes enceinte : Nombre de semaines de grossesse _____

Si vous avez donné naissance : Nombre de semaines après l'accouchement _____

Vous allez avoir un bébé (ou vous venez d'avoir un bébé) et nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Veuillez cocher la réponse qui vous semble décrire le mieux comment vous vous êtes sentie au cours des 7 derniers jours et pas seulement au jour d'aujourd'hui. Dans l'exemple ci-dessous, « X » signifie « je me suis sentie heureuse la plupart du temps pendant la semaine qui vient de s'écouler ».

EXEMPLE : Je me suis sentie heureuse
 Oui, tout le temps
 X Oui, la plupart du temps
 Non, pas souvent
 Non, pas du tout

Veuillez compléter les questions qui suivent de la même façon.

Au cours des derniers 7 jours :

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté
 Aussi souvent que d'habitude
 Pas tout-à-fait autant
 Beaucoup moins souvent ces jours-ci
 Absolument pas
2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir
 Autant que d'habitude
 Plutôt moins que d'habitude
 Beaucoup moins que d'habitude
 Pratiquement pas
3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal
 Oui, la plupart du temps
 Oui, parfois
 Pas très souvent
 Non, jamais
4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs
 Non, pas du tout
 Presque jamais
 Oui, parfois
 Oui, très souvent
5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans raisons
 Oui, vraiment souvent
 Oui, parfois
 Non, pas très souvent
 Non, pas du tout

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements
 Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
 Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
 Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
 Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude
7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil
 Oui, la plupart du temps
 Oui, parfois
 Pas très souvent
 Non, pas du tout
8. Je me suis sentie triste ou malheureuse
 Oui, la plupart du temps
 Oui, très souvent
 Pas très souvent
 Non, pas du tout
9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré
 Oui, la plupart du temps
 Oui, très souvent
 Seulement de temps en temps
 Non, jamais
10. Il m'est arrivée de penser à me faire du mal
 Oui, très souvent
 Parfois
 Presque jamais
 Jamais

© The Royal College of Psychiatrists 1987. Translated from Cox, J.L., Holden J.M. & Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.

Reprinted with permission

Annexe 2 : Questionnaire en ligne de notre étude à destination des sages-femmes réalisant des EPNP

Page 1

Entretien postnatal précoce

Bonjour !

Je m'appelle Clarisse Ravot et suis actuellement en 4ème année de sage-femme à la faculté de médecine de Nîmes.

J'ai réalisé dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, un questionnaire à destination des sages-femmes réalisant des entretiens postnatals précoces. Ce questionnaire me permettra d'étudier la mise en place de l'entretien postnatal précoce et de mettre en évidence les difficultés qui en émergent.

Une dizaine de minutes est nécessaire pour y répondre.

Je vous remercie pour le temps que vous accorderez à mon questionnaire !

Généralités

Quel est votre type d'exercice ? (activité principale)

- Sage-femme libérale
 Sage-femme de consultation à l'hôpital
 Sage-femme en PMI
 Autres

Précisez "autres"

Dans quelle région exercez-vous ?

- Auvergne-Rhône-Alpes
 Bourgogne-Franche-Comté
 Bretagne
 Centre-Val de Loire
 Corse
 Grand Est
 Hauts-de-France
 Ile-de-France
 Normandie
 Nouvelle-Aquitaine
 Occitanie
 Pays de la Loire
 Provence-Alpes-Côte d'Azur
 Guadeloupe
 Martinique
 Guyane
 La Réunion
 Mayotte

Depuis quand exercez-vous ?

- Depuis moins de 5 ans
 Depuis 5 à 10 ans
 Depuis plus de 10 ans

Réalisez-vous des entretiens postnatals précoces ?

- Oui
 Non

Merci d'avoir participé à l'enquête mais malheureusement vous n'entrez pas dans les critères d'inclusions de l'étude.

Réservez-vous les EPNP seulement pour des populations à risque de dépression du post-partum (DPP) ?

- Je réalise les EPNP seulement pour les populations à risque
- Je les réalise en systématique pour toutes mes patientes

Parmi les femmes ayant réalisé l'EPP, combien réalisent également l'EPNP ? (en pourcentage)

0 50 100



(Place a mark on the scale above)

Le suivi du prénatal au postnatal et le rattrapage du suivi en post partum

Vous arrive-t-il de découvrir des signes de dépression du post partum (DPP) lors d'autres rendez-vous ? (par exemple lors de la consultation du post partum)

- Oui
 Non

Lors de quel type de rendez-vous ?

- En séance personnalisée d'hypnose
 En sophrologie
 Lors d'entretiens sur l'allaitement
 Lors d'entretiens sur le lien mère enfant
 Lors d'entretiens sur la place du coparent
 Lors d'autres cours non spécifiés ici
 lors de la consultation du post partum

Proposez-vous un EPNP à la patiente même si vous ne l'avez pas suivi en pré partum?

- Oui
 Non

Même lorsque la patiente ne présente pas de signe de DPP, pensez-vous que l'EPNP lui apporte confiance et sérénité dans sa maternité ?

- Oui je pense que c'est un entretien qui aide les femmes dans tous les cas
 Non pas forcément mais il est important de le réaliser pour ne pas passer à côté d'une DPP
 Non il est inutile chez certaines populations

Pensez-vous que le délai de la réalisation de l'EPNP entre la 4ème et la 8ème semaine post accouchement est pertinent ?

- Oui je pense que c'est à ce moment là que l'on détecte le mieux les DPP
 Non il pourrait être réalisé un peu avant
 Non c'est un peu tôt, je pense qu'il devrait être réalisé plus tard

Pensez-vous que le second entretien qui a lieu entre la 10ème et la 14ème semaine post accouchement devrait être réalisé en systématique ?

- Non seulement pour les populations à risque suffit
 Oui parfois certaines patientes ne présentent des signes que très tardivement autour de la 10ème à la 14ème semaine après l'accouchement
 Oui certaines femmes atteintes de DPP ne montrent aucun signe lors du premier entretien et se permettent de montrer leur détresse que plus tard

Le maillage interprofessionnel et les difficultés rencontrées à la détection d'une dépression du post partum

Réalisez-vous des entretiens prénataux précoces (EPP) ? Oui Non

À quelle proportion correspond les EPP parmi toutes vos consultations ? (en pourcentage)


0 50 100



(Place a mark on the scale above)

À quelle proportion correspond les EPNP parmi toutes vos consultations ? (en pourcentage)

0 50 100



(Place a mark on the scale above)

Quels sont les sujets abordés lors de l'EPNP ?

- Le vécu de la grossesse et de l'accouchement
- Le post partum et l'enfant
- La place du coparent
- Le développement de la maternité
- Le lien familial
- La place du couple et la reprise de la sexualité
- La contraception
- L'environnement social
- La reprise de l'activité professionnelle
- Autres


Précisez "autres"

Quelles populations à risque de DPP retrouvez-vous le plus souvent dans votre patientèle parmi les sept suivantes ? Veuillez cocher les populations les plus rencontrées.

- Mères ayant des antécédents de dépression, de troubles anxieux et de psychopathologies
- Mères nées à l'étranger
- Mères isolées
- Mères jeunes
- Mères rencontrant des difficultés socio-économiques
- Primipares
- Mères victimes de fausses couches et de morts fœtales in-utero

Combien de femmes à qui vous avez fait l'EPNP n'ont pas eu d'EPP dans votre patientèle ? (en pourcentage)

0 50 100



(Place a mark on the scale above)

Pour vous, la mise en place de l'EPNP a-t-il permis de mettre en évidence plus facilement les DPP ? Oui Non

Lors de la suspicion d'une DPP au cours d'un EPNP que faites vous ?

- Je réalise un deuxième entretien
- Je propose à la patiente un suivi plus spécialisé chez un spécialiste de la santé mentale
- J'adresse un courrier au médecin généraliste de la patiente en lui informant
- Je lui fais réaliser un questionnaire permettant de diagnostiquer la DPP telle que l'échelle de dépression post-natal d'Edimburg (EPDS)
- Autres

Précisez "autres"

Avez-vous une trame à suivre lors de chaque entretien ?	<input type="radio"/> Oui je pose toujours les mêmes questions et aborde toujours les mêmes points <input type="radio"/> Non je m'adapte à la patiente et à ses besoins
Où avez-vous trouvé cette trame à suivre ?	<input type="radio"/> Je l'ai réalisée moi-même ou avec mes confrères/associés <input type="radio"/> Elle m'a été proposée par l'hôpital pour lequel je travaille <input type="radio"/> Elle m'a été proposée par ma région
Vous sentez-vous à l'aise lors des EPNP dans le cadre des sujets abordés ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Pourquoi ?	<input type="checkbox"/> Parce que je pose toujours les mêmes questions <input type="checkbox"/> Parce que je suis formée à l'EPNP <input type="checkbox"/> Parce que j'ai une trame qui me permet de m'adapter à l'EPNP
Pourquoi ?	_____
Souhaiteriez-vous une trame à suivre nationale ?	<input type="radio"/> Oui absolument pour ne rien oublier <input type="radio"/> Pourquoi pas pour s'y inspirer <input type="radio"/> Non pas forcément

Résumé

Titre : Entretien postnatal précoce : mise en place et enjeux

La dépression du post partum concerne aujourd'hui près d'une femme sur cinq et le suicide maternel représente la première cause de décès maternel en post partum. Le 1^{er} juillet 2022, l'entretien postnatal précoce a été rendu obligatoire dans le but de prévenir et de détecter au mieux la dépression du post partum. Comment s'est-il mis en place et quelles difficultés ont été rencontrées ?

Nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive et transversale à destination des sages-femmes réalisant les entretiens postnatals précoces. 298 questionnaires ont été recueillis dont 238 analysés.

L'enjeu premier de l'entretien postnatal précoce est le repérage de la dépression du post-partum. La confiance couple/professionnel, la réalisation de l'entretien au bon moment et dans un lieu adéquat chez toutes les populations, l'interconnaissance des professionnels et le maillage pluridisciplinaire sont des enjeux secondaires qui permettront la bonne réalisation de cet entretien.

Mots clés : Entretien postnatal précoce ; Suivi post partum ; Dépression du post partum ; Prévention primaire ; Sage-femme

Auteur : Clarisse Ravot

Diplôme d'État de sage-femme, Université de Montpellier, site de Nîmes, 2024