

**DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE**

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2023-2024

**L'ENTRETIEN POSTNATAL PRÉCOCE ET LA PRISE EN CHARGE**

**PAR LES SAGES-FEMMES :**

**ÉTUDE QUALITATIVE SUR LES FREINS ET LES LEVIERS**

**RENCONTRÉS**

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME



**DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE**

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2023-2024

**L'ENTRETIEN POSTNATAL PRÉCOCE ET LA PRISE EN CHARGE**

**PAR LES SAGES-FEMMES :**

**ÉTUDE QUALITATIVE SUR LES FREINS ET LES LEVIERS**

**RENCONTRÉS**



# TABLES DES MATIÈRES

I.	INTRODUCTION .....	7
1.	La dépression du postpartum et ses conséquences touchant la mère et le nouveau-né .....	8
2.	Le suivi de la femme en pré et postpartum .....	9
3.	La création de l'entretien postnatal précoce .....	10
II.	MATÉRIEL ET MÉTHODES .....	12
1.	Type d'étude .....	13
2.	Population d'études et échantillonnage .....	13
3.	Recueil des données .....	14
4.	Analyse des données .....	14
5.	Aspect réglementaire et législatif .....	15
A.	Anonymat .....	15
B.	Autorisation .....	15
C.	Information et consentement .....	15
III.	RÉSULTATS ET ANALYSE .....	16
1.	Caractéristiques de la population interrogée .....	17
2.	L'entretien prénatal précoce .....	19
A.	Une pratique ancrée .....	19
B.	Différents buts .....	19
C.	Diverses thématiques .....	19
D.	Les outils disponibles .....	20
3.	L'entretien postnatal précoce .....	21
A.	Les motivations à pratiquer l'EPNP .....	21
B.	Le rôle majeur de la sage-femme .....	22
C.	La mise en place de l'EPNP .....	23
D.	Les obstacles ressortant de l'EPNP .....	26
E.	Les avantages de l'EPNP .....	29
F.	Un changement de pratique depuis l'obligation de proposer l'EPNP ? .....	29
G.	Les améliorations à mettre en place .....	30
IV.	DISCUSSION .....	34
1.	Intérêts et limites de l'étude .....	35
A.	Intérêts .....	35
B.	Limites .....	35
2.	Confrontation aux données de la littérature .....	35
A.	La place de la sage-femme concernant l'EPNP .....	35

B.	Les freins .....	37
C.	Les leviers .....	44
D.	Question autour de l'obligation .....	45
V.	CONCLUSION.....	47
VI.	BIBLIOGRAPHIE .....	50
VII.	ANNEXES.....	55

# **I. INTRODUCTION**

La période du postpartum débute après la délivrance et ce jusqu'à six à huit semaines après la naissance d'après l'Organisation Mondiale de la Santé. C'est une période où l'on assiste à une redéfinition des rôles parentaux, où le couple passe de conjoints à parents, ce qui nécessite un temps de réadaptation. C'est également une période critique sur le plan physiologique, affectif et social qui nécessite une prise en charge adaptée, afin de repérer précocement les signes de difficultés psychologiques. (1,2)

#### 1. La dépression du postpartum et ses conséquences touchant la mère et le nouveau-né

Dans l'accompagnement des femmes, la dimension psychique est négligée, or la dépression du postpartum touche entre 15 à 30 % des femmes après l'accouchement. La dépression du postpartum a un pic de fréquence à 2-4 mois et un autre vers six mois, mais elle peut aussi survenir avant ou après cette période. Elle est difficilement repérée par les professionnels de santé, on estime que 50 % des dépressions du postpartum ne sont pas dépistées. D'après l'enquête périnatale de 2021, 16,7% des femmes présentaient des symptômes dépressifs majeurs à deux mois du postpartum. (3-6)

Il peut y avoir des symptômes physiques comme un sentiment d'épuisement ou des troubles du sommeil, des symptômes émotionnels comme la tristesse, la perte de plaisir, de la culpabilité, un sentiment d'incapacité à satisfaire les besoins de son bébé en particulier, ou encore des symptômes cognitifs comme une perte d'intérêt. On peut également retrouver une irritabilité, voire une agressivité envers le conjoint principalement. (4) Cependant, la dépression du postpartum n'a pas seulement un effet sur la mère, mais elle peut aussi avoir des effets sur la relation mère-enfant, sur le nouveau-né ainsi que sur l'enfant et l'adulte en devenir. En effet, les dépressions du postpartum affectent le développement psycho-affectif du nouveau-né qui montrera des signes de mal être physiologique, affectif et relationnel. Plus la dépression est sévère et dure longtemps, plus le risque de répercussion sur le développement de l'enfant augmente. (7) On sait que les premiers échanges mère-enfant sont nécessaires pour le développement psychique de celui-ci, « c'est la mère qui établit la santé mentale de l'enfant pendant qu'elle se préoccupe des soins à donner au nourrisson », or les mères dépressives ont tendance à avoir moins d'interaction avec leur nouveau-né. (2,4,5)

La complication la plus sévère de la dépression du postpartum est le suicide, qui a encore un taux anormalement élevé durant la période postnatale. (2) Le suicide est la première cause de mort maternelle pendant le postpartum et la deuxième cause de mortalité maternelle en

France. Le suicide est évitable dans 90 % des cas, en repérant les signes d'alerte en prénatal et en postpartum et en ayant un suivi coordonné et organisé. La grossesse et le postpartum sont associés à un risque accru d'apparition de troubles mentaux d'intensité variable.(8) Pour la moitié des cas, la dépression du postpartum survient chez des femmes n'ayant pas d'antécédent personnel psychiatrique, mais d'autres facteurs peuvent être en cause comme la précarité, l'isolement social ou encore un jeune âge maternel. Cependant, ces facteurs de risques peuvent être repérés pendant le suivi de grossesse et plus particulièrement pendant l'entretien prénatal précoce (EPP). (5)

## 2. Le suivi de la femme en pré et postpartum

L'entretien prénatal précoce a été créé à l'occasion du plan périnatalité 2005-2007 pour améliorer la sécurité et la qualité des soins tout en offrant une dimension plus humaine. C'est un espace de dialogue pour permettre à la femme et au couple d'exprimer leurs émotions, inquiétudes, mais aussi de faire le point sur toutes les dimensions de la grossesse, le déroulement de l'accouchement et la sortie de maternité avec un point sur le soutien postnatal. Cependant, la plupart des femmes ne sont pas réceptives aux informations sur les soins du nouveau-né et son mode d'alimentation, qui est une source principale d'inquiétude durant la période du postpartum. (9) L'entretien prénatal précoce concernait 28 % des grossesses en 2019, il a été rendu obligatoire en 2020 par la loi du 24 décembre 2019. Depuis, le taux de participation de l'EPP est en légère hausse, 36,5% des femmes reconnaissent avoir eu un entretien d'après l'enquête périnatal de 2021. (6,7,10)

Les séjours en maternité étant de plus en plus courts, ils sont passés de 5,3 jours en 1997 à 4 jours en 2016 voire 2 jours en cas de programme d'accompagnement de retour à domicile (PRADO). Les parents se retrouvent le plus souvent isolés à la sortie de maternité. Une femme primipare sur six se dit être angoissée à la sortie de maternité et une sur quatre se dit incertaine. Malheureusement, « à la jungle des interventions prénatales succède le désert des interventions postnatales ». (9,11)

Constatant les besoins existant chez les jeunes mères, le PRADO a été développé en 2012, il avait pour objectif de mieux soutenir les parents lors de leur retour à domicile et consistait en deux visites à domicile par une sage-femme libérale jusqu'au 12<sup>ème</sup> jour suivant l'accouchement. (12) Il avait pour mission d'évaluer l'état clinique de la mère et de l'enfant, la

relation mère-enfant et la nécessité du soutien à l'allaitement maternel. Mais aujourd'hui, le PRADO, bien qu'utile, est inadapté pour l'accompagnement psycho-affectif. (13)

### 3. La création de l'entretien postnatal précoce

Depuis juin 2010, le réseau de périnatalité du Pays Thur Doller, situé dans le département du Haut-Rhin, en Alsace, a mis en place l'entretien postnatal précoce (EPNP), comme un moment de parole, ne se substituant pas à la consultation postnatale de la femme, ni à l'examen du premier mois de l'enfant et ce n'est, non plus, pas un entretien psychologique. Il permet de soutenir l'allaitement, d'observer les premiers liens entre les parents et les enfants mais aussi de dépister des fragilités. (14)

L'EPNP a été recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis 2014 et est devenu un entretien obligatoire le 1<sup>er</sup> juillet 2022 par la loi du 23 décembre 2021. Il entre dans le cadre du programme « les 1000 premiers jours » et a été mis en place suite à de nombreuses demandes par des professionnels de la périnatalité. C'est un entretien qui a lieu entre la 4<sup>ème</sup> et la 8<sup>ème</sup> semaine après l'accouchement et est pris en charge à 70 % par l'Assurance Maladie. (15,16) L'EPNP a pour objectifs de repérer les difficultés liées à la parentalité et à l'enfant ainsi que les premiers signes ou facteurs de risques de la dépression du postpartum, afin de prévenir celle-ci. L'EPNP se veut donc être un outil de prévention primaire. (17,18)

D'après les préconisations pour la pratique clinique établies par le Collège Nationale des Sages-Femmes (CNSF), l'EPNP doit être personnalisé en fonction des besoins et des attentes de chaque femme et du couple, il doit avoir lieu de préférence en présence de l'enfant et du coparent et doit être réalisé par une sage-femme qui connaît déjà le couple, idéalement la sage-femme ayant procédé au suivi de grossesse ou à l'EPP, afin d'avoir une continuité dans le parcours de soin. La sage-femme pourra aborder plusieurs thématiques comme le vécu de la naissance, le retour à domicile, le bien-être mental de la femme, le nouvel équilibre du couple, les échanges avec le bébé, l'environnement social etc. Un deuxième entretien postnatal pourra être proposé entre la 10<sup>ème</sup> et la 14<sup>ème</sup> semaine post-accouchement selon les besoins et facteurs de risques. L'EPNP est à différencier de la consultation postnatale qui a lieu entre la 6<sup>ème</sup> et la 8<sup>ème</sup> semaine après l'accouchement. La consultation postnatale est une consultation médicale tandis que l'EPNP est un véritable espace de dialogue. (13,17-19)

Certains auteurs disent que l'EPNP est un dispositif miroir de l'EPP, le diagnostic établi à partir de l'EPNP établirait le programme et les objectifs des séances postnatales, tout comme

l'EPP le permet pour les séances de préparation à la naissance. En effet, deux séances postnatales sont proposées et prises en charge par l'Assurance Maladie, mais sont encore trop peu utilisées par les sages-femmes. (11) Malheureusement, nous n'avons trouvé aucune enquête sur le taux de réalisation de l'EPNP, mais le faible taux d'EPP réalisés laisse à suggérer que l'EPNP est peu réalisé comme mentionné dans le rapport des 1000 premiers jours. (7) De plus, nous ne retrouvons que très peu d'informations sur les raisons motivationnelles de ce délaissement, c'est pourquoi, nous avons voulu rendre la parole aux professionnels de santé en menant cette étude.

Ainsi, dans ce mémoire, nous allons aborder la problématique suivante : comment les sages-femmes libérales, intègrent l'entretien postnatal précoce, devenu obligatoire en juillet 2022, dans la prise en charge de leurs patientes ?

Notre étude aura pour objectifs d'identifier les différents freins et leviers à la mise en place de l'EPNP ainsi que de montrer différentes manières d'aborder les thématiques préconisées afin d'améliorer la pratique clinique.

Nous pouvons formuler plusieurs hypothèses :

- Les sages-femmes n'intégreraient pas l'EPNP par manque de temps ;
- Les sages-femmes ne pratiqueraient pas l'EPNP car elles ne connaissent pas l'intérêt de celui-ci ;
- Les sages-femmes ne réaliseraient pas l'EPNP par manque de formation ;
- Les sages-femmes ne sauraient pas quel sujet aborder lors de l'EPNP.

## **II. MATÉRIEL ET MÉTHODES**

## 1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle exploratoire réalisée entre février et août 2023. L'étude est basée sur l'analyse qualitative des réponses obtenues lors d'entretiens individuels semi-dirigés avec des sages-femmes libérales.

Le choix de cette méthode a été motivé par le souhait de vouloir questionner les professionnels de santé sur leurs ressentis afin de comprendre les éventuels freins qui peuvent être rencontrés, que ce soit dans l'initiation de l'entretien postnatal précoce pour les sages-femmes ne le pratiquant pas, ou dans l'exercice de ce dernier pour les sages-femmes le réalisant.

## 2. Population d'études et échantillonnage

La population d'étude était constituée par l'ensemble des sages-femmes libérales, exerçant en cabinet individuel ou partagé, proposant ou non l'entretien postnatal précoce. L'annuaire des sages-femmes libérales disponible sur le site de l'Association des Sages-Femmes Libérales a permis de recenser 173 sages-femmes libérales au moment du recrutement des participantes en janvier 2023. Cet annuaire renseignait les activités et les coordonnées des professionnelles, dont leur adresse mail, facilitant la première prise de contact.

L'étude, s'intéressant aux sages-femmes libérales, n'a pas inclus les sages-femmes salariées du secteur hospitalier public ou privé, protection maternelle et infantile et de l'enseignement. Cependant, les sages-femmes exerçant en secteur hospitalier public ou privé et en libéral ont été incluses. De même les sages-femmes libérales pratiquant uniquement l'activité d'échographie n'ont pas été incluses dans cette étude.

Nous avons procédé par un échantillonnage aléatoire des sages-femmes incluses dans l'étude, grâce à un tableur Excel où nous avons retranscrit les 173 sages-femmes libérales incluses. Le nombre de sujet à recruter n'étant pas fixé à l'avance, nous avons contacté les sages-femmes tirées au sort par l'échantillonnage au fur et à mesure.

Les demandes de participation à l'entretien ont été adressées aux sages-femmes par mails (Annexe I) résumant le thème de l'étude et les modalités de participation ainsi que par SMS, afin d'avoir un plus grand nombre de réponses. Les entretiens ont été réalisés en alternance

avec l'analyse de données. L'inclusion des sujets a été arrêtée lorsque la saturation des données a été atteinte.

### 3. Recueil des données

Les données ont été recueillies à partir d'une grille d'entretien élaborée préalablement (Annexe II). Le guide d'entretien a été testé en amont afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions, permettant ainsi d'apporter quelques modifications. L'échange débutait par une présentation de l'étude et de son déroulement, puis continuait avec l'entretien prénatal précoce (EPP) pour finir avec l'entretien postnatal précoce (EPNP).

Les entretiens semi-directifs abordaient six grands thèmes, en lien avec les objectifs de l'étude :

- L'entretien prénatal précoce ;
- Les généralités à propos de l'EPNP ;
- Les différentes pratiques de l'EPNP ;
- Les difficultés rencontrées suite à l'EPNP ;
- Les freins et limites quant à l'exercice, ou non, de l'EPNP ;
- L'opinion vis-à-vis de la place de la sage-femme dans la pratique de l'EPNP.

Un rendez-vous a été proposé à chaque sage-femme ayant acceptée de participer à l'étude, celle-ci avait le choix de le réaliser par téléphone ou en présentiel. Avec l'accord des sages-femmes, les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone, puis intégralement retranscrits.

### 4. Analyse des données

Chaque entretien a été anonymisé et le verbatim ainsi que les expressions ont été retranscrits au plus proche de l'enregistrement. Chaque transcription a été stocké sur un serveur sécurisé de l'Université (seafile) et a été codée selon les différents thèmes abordés.

## 5. Aspect réglementaire et législatif

### A. Anonymat

Pour garantir l'anonymat, aucune donnée personnelle ne figure dans les résultats de l'étude. Un numéro a été attribué à chaque sage-femme (SF1, SF2... SF10), permettant d'identifier chaque participante. Le féminin sera toujours employé, quel que soit le sexe de l'interrogée lorsque nous citerons une participante en particulier.

### B. Autorisation

L'étude menée se trouve hors champs de la loi Jardé, elle ne recueille pas de données sensibles et donc ne nécessite pas l'avis d'un comité d'éthique. L'étude est en conformité avec le règlement général de la protection des données et, à ce titre, ne nécessite pas de déclaration à la CNIL.

### C. Information et consentement

Chaque participante a reçu avant l'entretien une fiche explicative concernant l'étude. Pour participer à l'étude, le consentement ainsi que l'enregistrement audio de l'entretien ont été recueillis oralement. Les participantes ont été informées de la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude.

Toutes les participantes ont accepté d'avoir les résultats de l'étude par mail, à la fin de cette dernière.

### **III. RÉSULTATS ET ANALYSE**

## 1. Caractéristiques de la population interrogée

Sur 30 sages-femmes contactées, 12 ont tout d'abord répondu positivement, puis 2 sages-femmes ont été perdues de vue. Les autres n'ont pas répondu mais aucune n'a donné de réponse négative. La saturation des données a été atteinte au bout du dixième entretien. Toutes les participantes ont choisi de réaliser l'entretien par téléphone.

Dix entretiens ont été réalisés, auprès de neuf femmes et un homme, avec des durées variables allant de 12 à 36 minutes. La durée moyenne d'un entretien était d'environ 25 minutes.

Chacune des sages-femmes de l'étude exerçait en milieu libéral au moment du recueil de données.

Les enregistrements ont été numérotés de 1 à 10. Le tableau I détaille les caractéristiques de chaque participante.

Tableau I : Caractéristiques des participants

Participant	Lieu d'exercice	Pratique de l'EPNP	Âge	Années d'exercice
SF1	Cabinet partagé	Depuis 2023	33 ans	SF depuis 9 ans Exerce en libéral depuis 6 ans
SF2	Cabinet partagé	Depuis 2020	30 ans	SF depuis 6 ans Exerce en libéral depuis 4 ans
SF3	Cabinet individuel	Non	48 ans	SF depuis 25 ans Exerce en libéral depuis 10 ans
SF4	Cabinet partagé	Depuis 2020	28 ans	SF depuis 5 ans Exercice en libéral depuis 5 ans
SF5	Cabinet partagé	Depuis 3 mois	34 ans	SF depuis 10 ans Exerce en libéral depuis 4 ans
SF6	Cabinet partagé	Depuis 11 mois	33 ans	SF depuis 9 ans Exerce en libéral depuis 2 ans et demi
SF7	Cabinet individuel	Depuis 11 mois	51 ans	SF depuis 29 ans Exerce en libéral depuis 10 ans
SF8	Cabinet partagé	Depuis 9 mois	34 ans	SF depuis 10 ans Exerce en libéral depuis 9 ans
SF9	Cabinet individuel	Depuis 9 mois	36 ans	SF depuis 12 ans Exerce en libéral depuis 2 ans
SF10	Cabinet individuel	Depuis 9 mois	32 ans	SF depuis 8 ans Exerce en libéral depuis 4 ans

## 2. L'entretien prénatal précoce

### A. Une pratique ancrée

Chaque sage-femme interrogée signale faire l'entretien prénatal précoce (EPP), cependant, une seule sage-femme précise le faire uniquement pour les patientes venant pour la préparation à la naissance.

*« Alors je le réalise, avec les patientes que je ne suis pas au niveau médical, toutes les patientes qui viennent de l'extérieur, adressée par une conseillère ou un gynéco » SF3.*

SF4 précise que *« l'entretien prénatal, on [les sages-femmes du cabinet] le pratique bien plus que le postnatal »*

### B. Différents buts

L'entretien prénatal a différents buts suivant les sages-femmes, notamment celui de l'initiation à la préparation à la naissance. SF2 *« l'entretien prénatal faut vraiment l'utiliser pour cette initiation à la préparation et repérer les facteurs de risques et de vulnérabilité »*. Il a aussi pour but d'*« avoir un temps un peu sur elle-même »* SF1 concernant la patiente.

### C. Diverses thématiques

Toutes les sages-femmes interrogées énumèrent les mêmes thématiques :

- Le vécu de la grossesse ainsi que celui des grossesses précédentes ;
- Le soutien, la présence de l'entourage, du co-parent ;
- Les sources de stress, de peurs et d'angoisses ;
- La présence de violence quelle qu'elle soit ;
- Les antécédents de dépression, burnout ou dépression du post partum ;
- L'image du corps pendant la grossesse et en post partum ;
- La place du père/co-parent ;
- Le projet de naissance, le lieu d'accouchement et la préparation à la naissance ;
- Le retour à domicile, le mode de garde, la reprise du travail ;
- L'alimentation pendant la grossesse.

D'autres thématiques sont abordées par certaines sages-femmes, « *J'aborde aussi la question de la sexualité pendant la grossesse, un point souvent un peu tabou.* » SF4.

Le postpartum, ainsi que l'EPNP peuvent être expliqués à ce moment-là, « *Et puis on parle du retour à domicile, la prise en charge de la sage-femme à domicile. Et puis ensuite, je leur parle de l'entretien postnatal et des séances postnatales.* » SF5, « *J'enchaîne sur le rôle de la sage-femme libérale, les préparations à la naissance, le retour à domicile, le suivi postnatal, l'entretien postnatal, les séances postnatales.* » SF9.

#### D. Les outils disponibles

Les trames, grilles, questionnaires sont plus ou moins utilisés.

« *Je n'ai pas une vraie grille, mais on va dire que c'est toujours approximativement la même chose* » SF2.

« *Moi, je me suis fait un questionnaire qui est d'ordre administratif, un peu d'ordre médical et social* » SF3.

« *J'ai une trame que je respecte plus ou moins bien sur le déroulé de la séance pendant ce premier entretien, c'est moi qui l'ai fait avec mes collègues.* » SF4.

Plusieurs sages-femmes utilisent des outils imagés en plus de leur trame, SF1 utilise « *un outil imagé qui permet de faire participer au mieux les patientes, et puis on a deux grilles, qui quand la patiente vient avec son conjoint, chaque personne à sa grille* ».

SF7 précise avoir une « *petite trame que j'utilise régulièrement, presque toujours. J'ai aussi des cartes, des baleines bleues qui abordent différents thèmes. La trame je l'utilise de toute façon, les cartes ponctuellement, ça dépend, la fille qui ne parle pas du tout, qui a du mal à parler, j'utilise les cartes.* »

Une sage-femme parle d'un outil lui-aussi imagé, qu'elle aimerait bien se procurer en plus du logiciel qu'elle utilise « *Sinon, je voudrais voir pour les cartes qui sont super bien faites, c'est avec des cartes de Urkind ®, c'est une formation à venir* » SF9.

D'autres sages-femmes utilisent un logiciel ou un réseau qui propose directement une trame pour l'EPP.

« *J'ai un logiciel, Maieuticapp ®, qui me donne une trame que je remplis* » SF6.

« J'ai un support de par mon logiciel qui est Maieuticapp ® qui est relativement bien fait » SF7.

« Nous, on utilise l'outil du tableau. Je ne sais plus si c'est le tableau qui est dans les recommandations ou pas. On a la particularité de travailler avec le réseau périnatal [...]. C'est le réseau qui nous fournit ce document ». SF8

Enfin, certaines sages-femmes avaient des outils mais qu'elles n'utilisent plus.

« J'avais une trame au début. Je n'en ai plus depuis longtemps parce que à force de le faire, je n'utilise plus ma trame. Je le fais un peu automatiquement » SF10.

### 3. L'entretien postnatal précoce

#### A. Les motivations à pratiquer l'EPNP

Le but principal pour toutes les sages-femmes interrogées était de dépister la dépression du postpartum « Le but, c'est de voir les dépressions post-natales, les détresses et les précarités » SF10.

Il permet également de « Dépister les facteurs de vulnérabilités postnataux (...), c'est un entretien pour pouvoir râler, vider votre sac. (...) Elles [les patientes] se retrouvent très seules, ça peut permettre à la femme d'avoir une « excuse » pour se rapprocher à nouveau de sa sage-femme. » SF2, ainsi que d'« identifier peut-être des comportements à risque ou qui mettraient en insécurité l'enfant » SF5, « Après de manière plus globale, je dirais évaluer le bien-être de la mère, du couple et de la famille en création » SF8.

Pour certaines sages-femmes, la motivation est le dépistage des détresses maternelles, « Ce qui m'a motivé à le pratiquer, c'est que je sais qu'il y a des problèmes de dépression du post partum et que pour l'instant, on n'avait pas de cotation pour ça et pas vraiment d'arguments pour motiver les femmes à revenir nous voir. » SF7, « J'en ai quelques-unes qui ont fait des dépressions du postpartum. Finalement, ça a permis de les voir assez rapidement » SF9, « En fait, c'est trop important parce que j'ai détecté je ne sais pas combien de dépression. » SF10, « C'est quelque chose qui manquait » SF5.

Pour d'autres sages-femmes pratiquant déjà l'EPNP, il pouvait y avoir en plus de dépister les déresses maternelles, la motivation de le généraliser à toutes les patientes « *Je le pratiquais pour mes patientes de la maison de naissance et pour les autres patientes pas forcément et là je veux le faire pour toutes les patientes.* » SF1.

## B. Le rôle majeur de la sage-femme

Toutes les sages-femmes interrogées déclarent faire l'EPP, et toutes les sages-femmes pratiquant l'EPNP le font à des patientes déjà connues. Avoir fait l'EPP durant la grossesse rend le dépistage plus facile lors de l'EPNP, « *On se rend vraiment compte que malgré tout, même si elles nous font confiance dès le premier jour, la relation est quand même différente et on arrive beaucoup plus facilement à dépister quand il y a un mal être* » SF8.

Mais certaines sages-femmes le font également lors du PRADO ou pour les patientes non connues « *Après, évidemment, que si on a une patiente qui surgit de nulle part pour un PRADO, on va aussi faire son entretien postnatal* » SF8. Les patientes venant lors du PRADO ne trouvent pas forcément d'intérêt à l'EPNP « *ce sont souvent des patientes qui vont y trouver peu d'intérêt et vont pas forcément réaliser que c'est important pour elles, parce qu'elles n'ont pas eu tout le cheminement avant* » SF8, « *celles-là ont moins tendance à vouloir le faire, l'entretien* » SF7, « *C'est là où on les connaît le moins, on n'a pas ce recul-là, de savoir les difficultés qu'il y a pu avoir pendant la grossesse qui sont des points d'appui et des points de sensibilité sur lesquels on va un petit peu plus insister en postnatal* » SF6.

En effet, la sage-femme a une place centrale dans l'EPNP, « *Elle a une place centrale, parce qu'elle tisse un lien avec les parents depuis le prénatal, c'est une démarche particulière d'aller voir un psy, alors qu'avec la sage-femme on a vraiment une toute autre relation* » SF1, « *On a une place principale ou prioritaire, elles nous connaissent déjà et on voit tout de suite quand on arrive, si ça va ou pas.* » SF7, « *Je pense que c'est vraiment le rôle de la sage-femme, je ne vois pas quel autre professionnel aurait cette place* » SF5, « *On est un peu les premières à détecter les signaux de détresse, je pense que le gynéco, il n'aura jamais la patience pendant 45 minutes de parler à une dame, au tarif de 35 euros. Nous on fait ça tout le temps, on a l'habitude, on a une connexion* » SF10.

La sage-femme a un lien important avec les patientes « *Je pense que ça prouve aussi l'intérêt de ce lien qui doit continuer finalement entre la sage-femme et le couple. Les soins ne s'arrêtent pas douze jours après l'accouchement, qu'on peut encore bénéficier d'un suivi et qu'il ne faut pas hésiter à faire appel* » SF4

Au contraire, une sage-femme interrogée pense qu'une collaboration pourrait être utile « *Je trouve que le médecin qui suit le bébé, ça serait super qu'il fasse un entretien postnatal. On a toute notre place, pour faire l'entretien postnatal mais si c'était en collaboration avec le médecin qui suit le bébé, ce serait encore mieux.* » SF8.

### C. La mise en place de l'EPNP

#### a. L'organisation des sages-femmes

L'EPNP peut déjà être organisé en prénatal, « *Nous [le cabinet], on le prévoit toujours en prénatal, soit pendant l'entretien prénatal, soit on rappelle aux patientes de prendre déjà leur rendez-vous en fin de grossesse quand on fait la préparation à la naissance.* » SF8, « *Je leur en parle toujours en prénatal. Je leur dis la dernière fois que je les vois en PRADO qu'il y a cet entretien. Et après, même si c'est obligatoire, je pars du principe que c'est elles qui reviennent vers moi. Je leur laisse ensuite prendre rendez-vous* » SF9.

Le lieu de l'entretien dépend des sages-femmes, « *C'est vraiment en fonction de mon agenda et de la patiente, mais les dernières à qui j'ai proposé soit à domicile soit au cabinet, elles ont dit le domicile* » SF1. Quelques participantes déclarent le faire à domicile mais la plupart des sages-femmes interrogées le font au cabinet. « *Un peu les deux en réalité. L'entretien tel qu'il doit être bien rédigé, c'est plutôt au cabinet. Mais sur le côté humain, c'est déjà à domicile et c'est en fait dès la naissance.* » SF6, « *Ça se fait la plupart du temps au cabinet, mais ça peut arriver qu'on le fasse à domicile* » SF8.

Toutes les participantes ont été d'accord sur le fait de faire l'entretien aux alentours de la 4<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> semaine du postpartum, « *J'ai l'impression que le premier mois, pour elle, c'est le plus dur. C'est là où le papa retourne au travail, c'est compliqué* » SF10, « *On va plutôt le faire entre la 3<sup>ème</sup> et la 5<sup>ème</sup> semaine après la naissance du bébé, parce que ça tombe souvent à la reprise du travail du conjoint, c'est une période en général où le suivi sage-femme est un peu moins poussé, il y a moins de visites, mais ça permet de pallier le fait qu'on se voit un peu moins entre 15 jours et 6 semaines* » SF8.

L'organisation en tant que tel, dépend des sages-femmes. Certaines ont créé une consultation spéciale tandis que d'autres, ont augmenté la durée de leurs consultations postnatales, « *Personnellement, je prévois dans ma consultation postnatale, un temps spécifique. J'ai agrandi ma consultation post natale, je la prends sur un créneau d'une heure où je fais la consultation, la partie clinique et la partie psycho sociale, la partie entretien.* » SF6, « *On prévoit trois quarts d'heure pour l'entretien, je trouve que c'est suffisant quand on connaît la patiente et le couple.* » SF8.

#### b. Les thématiques abordées

Toutes les sages-femmes interrogées évoquent les mêmes thématiques :

- Le vécu de la grossesse, de l'accouchement, de l'allaitement ;
- La parentalité naissante, la place du couple, du père, la relation parent-enfant ;
- Les pleurs, le sommeil, les difficultés physiques, les douleurs ;
- La reprise de la sexualité ;
- La présence de l'entourage ;
- Les crises d'angoisses, la mort subite ;
- Le retour au travail, le mode de garde ;
- La consultation du postpartum, la rééducation périnéale.

Une sage-femme procède d'une manière différente : « *Je fais en fonction des dames, souvent on parle beaucoup d'elles. Souvent, je les laisse parler et puis après j'enchaîne un peu sur ce dont elles ont besoin* » SF9.

#### c. Les différents outils en place

La plupart des sages-femmes reconnaissent utiliser une trame, « *On a le même tableau, mais pour l'entretien postnatal qui est donné par le réseau périnatal* » SF8, « *J'ai une trame avec différentes cases et à chaque fois, il y a tous les contextes à aborder* » SF10. Certaines sages-femmes en plus d'utiliser les trames, exploitent l'échelle d'Édimbourg, « *Je fais la grille d'Edimbourg si je sens que la patiente est en difficulté. Je ne le fais pas systématiquement.* » SF7, « *Je ne le fais pas encore en systématique mais je pense que je vais le faire, de leur laisser*

*l'échelle d'Édimbourg, Pour le moment ce que je fais, c'est que certaines que je trouve un peu border line je leur laisse. » SF1. « En fait, je me base sur l'entretien, sur le guide, en quelque sorte sur le collège national des sages-femmes » SF5.*

Le même logiciel que pour l'entretien prénatal revient, *« J'ai une trame qui est fournie dans mon logiciel, Maieuticapp ®, c'est un logiciel qui est dédié aux sages-femmes et qui a été fait par des sages-femmes » SF6.*

L'expérience joue aussi un rôle, *« Je n'ai pas mis en place de guide ou quoi que ce soit, je fais plus au feeling, avec l'expérience. » SF4.*

Une sage-femme mentionne les outils mis en place pour les séances post-natales en groupe *« J'ai essayé d'organiser quelque chose plus pour les séances en groupe, où j'ai des cartes avec des thèmes (...), ça permet d'aborder des choses (...) une espèce de parole qui se libère. » SF2.*

#### d. La cotation de l'EPNP

Avant l'apparition de la cotation, les sages-femmes avaient différentes manières de coter l'EPNP :

- SF4 *« je cotais V + MSF à maman et un C + MSF à bébé »*
- SF2 *« je cotais C + MSF et prenais ce temps sur la consultation postnatale »*
- SF 9 *« Avant septembre 2022, je ne faisais pas d'entretien postnatal. Je discutais avec les patientes au décours d'une séance de rééducation ou lors de la consultation postnatale ou lors des séances massage bébé non remboursées »,* comme SF9, plusieurs sages-femmes ne faisaient pas à proprement parler l'EPNP avant la cotation.

Depuis l'apparition de la cotation, SP12 ou SP14, les participantes déclarent l'utiliser :

- SF10 *« Je cote SP12 »*
- SF4 *« Maintenant je cote SP14 à domicile et SP12 au cabinet, du coup c'est moins bien rémunéré... »*
- SF6 *« Aujourd'hui j'utilise la cotation SP14 lorsque réalisé au domicile de la patiente et SP12 lorsqu'il est réalisé au cabinet »*

Enfin, une sage-femme déclare utiliser la cotation la plus avantageuse, « *À présent, j'utilise toujours en premier la cotation la plus avantageuse, lorsqu'une femme vient consulter en post-partum. A vrai dire, que ce soit pour la consultation postnatale ou pour la rééducation périnéale, on aborde toujours un peu la globalité de la femme : comment ça se passe avec son bébé, son moral, sa fatigue...* » SF2.

#### D. Les obstacles ressortant de l'EPNP

##### a. Les freins concernant la pratique de l'EPNP

Plusieurs freins revenaient comme le manque de formation :

- « *Moi je me suis formée, ça peut être un frein de dire qu'on ne sait pas ce qu'il faut aborder, si on n'a pas fait de formation* » SF7
- « *Je crois que le frein, pour moi je ne le ressens pas, mais je peux imaginer que c'est quelqu'un qui n'a pas le bagage théorique. Ce n'est pas toujours si simple que ça non plus de faire des formations quand on est en libéral et ce n'est pas forcément vers ces formations là qu'on irait.* » SF6
- « *Je pense que le principal frein est le manque de formation* » SF1

Le manque de réseau peut également être un frein :

- « *Et quand on n'a pas la ressource de savoir vers qui s'orienter, c'est compliqué* » SF6
- « *C'est ce qu'on peut proposer par la suite. Je trouve qu'il manque un réseau de psychologues, je pense qu'on est très limité* » SF9
- « *Ça peut aussi être l'absence de réseau parce que quand même si on dépiste une dépression, vers qui on adresse ?* » SF1

Mais pour d'autres sages-femmes, le manque de réseau n'est pas un frein « *Ne pas avoir de réseau ne m'aurait pas bloquée, mais tu vois que quand on va faire le relai après c'est toujours plus compliqué* » SF5, « *Après quand ça fait un petit moment que tu travailles, tu l'as ton réseau, ce n'est pas très inquiétant ça* » SF3.

Mais les problématiques qui revenaient de façon récurrente peuvent être regroupées en trois catégories : l'aspect financier, le manque d'intérêt des patientes et l'aspect temporel. L'aspect financier regroupe 2 inconvénients majeurs.

D'une part, l'absence du remboursement 100% maternité, « *Qu'il ne fasse pas partie du 100% maternité, parce que l'accès aux soins, ça commence à devenir problématique.* » SF1, « *Je ne comprends pas pourquoi ce n'est pas en 100% maternité, parce que je ne vois pas pourquoi l'entretien prénatal est en 100% maternité et pas celui-ci* » SF10, « *Le fait que ce n'est pas en 100% maternité, parce que certaines sages-femmes ont beaucoup de mal à demander de l'argent* » SF2. Cependant, des participantes pensent que ce n'est pas un frein en tant que tel, « *Dans ma pratique, le fait que ce ne soit pas remboursé à 100% maternité, ce n'est pas un problème parce que toutes mes patientes ont une mutuelle* » SF8.

D'autre part, la rémunération des sages-femmes, « *36 euros si la patiente va bien, ça peut aller. Mais si la patiente ne va pas bien effectivement c'est chaud quand même 36 euros* » SF3, « *Le tarif aussi, parce que je trouve que quelque fois, il y en a pour plus d'une heure. Je trouve que ce n'est pas très bien valorisé d'un point de vue financier* » SF9.

Le deuxième frein qui revenait le plus était le manque d'intérêt des patientes ainsi que le manque d'information, « *J'ai très peu de patientes qui m'en parlent, qui me le disent. Donc en fait elles n'ont même pas l'information. Ce n'est pas quelque chose dont je parle tout de suite, mais même par le biais d'Ameli, je ne sais pas si d'autres organismes en parlent, mais j'ai l'impression qu'elles ne savent même pas qu'elles y ont droit* » SF3, « *J'ai assez peu de patientes qui vont vraiment prendre un rendez-vous dans cette visée-là. (...) J'ai l'impression qu'il y a un manque d'intérêt, elles sont quand même beaucoup moins assidues qu'en pre partum, il y a un peu un lâcher-prise. Finalement, celles qui viennent c'est déjà celles qui s'occupent d'elles-mêmes, donc qui ont peut-être moins de facteurs de risque* » SF2, « *Après, souvent les dames, elles ne voient pas l'intérêt du truc, c'est vrai que quand tout va bien et que moralement tout va bien, elles ne comprennent pas pourquoi. Après ça fait quand même du bien, il y a quand même toujours quelque chose à dire mais des fois, c'est vrai que ça dépend du caractère des dames.* » SF10. Au contraire, une sage-femme pense que ce n'est pas un frein

*« On en parle forcément lors du suivi à domicile, en post-partum, donc elles l'ont forcément entendu. On en parle forcément à chaque cours de préparation à la naissance ou pendant la grossesse ou lors du suivi post-partum » SF5.*

Enfin, l'un des derniers freins majeurs était le manque de temps de la part des sages-femmes, *« Peut-être le manque de temps, mais après, c'est des choix aussi, faire ou ne pas faire » SF7, « Mon planning ne me permet pas d'inclure ce genre de type d'entretien, parce que je n'ai pas le temps (...), je n'aurais pas la capacité de temps pour le faire, ou alors, il faudrait que je sélectionne uniquement mes patientes que j'ai rencontrées depuis le début de la grossesse, mais c'est difficile de sélectionner comme ça » SF3, « C'est toujours compliqué de mettre en place de nouvelles consultations sachant que le planning est souvent déjà un peu chargé » SF4.*

#### b. Les réponses aux difficultés des patientes

La plupart des difficultés rencontrées était des dépressions du postpartum ainsi que des difficultés d'attachement. Les sages-femmes interrogées avaient différentes solutions à proposer en fonction du lieu d'exercice et de leur réseau, notamment des orientations vers d'autres professionnels de santé. *« J'ai appelé l'unité mobile de [...] qui a ensuite fait une prise en charge derrière. C'est elle (la patiente) qui était venue et qui m'a dit que ça n'allait pas » SF9, « En général j'adresse, la psychologue de l'hôpital, on travaille régulièrement ensemble. Et sinon, on met en place aussi l'unité mobile de [...] et qui intervient à domicile. » SF5, « J'avais contacté les psychologues, le médecin traitant, la PMI. C'était eux qui m'avaient informée pour l'unités soins berceuses où il y a un pédopsychiatre, il y a aussi des groupes de parole et des choses comme ça. » SF10.*

Un site internet a été cité par une sage-femme permettant de faciliter la prise de rendez-vous chez les patientes *« J'ai beaucoup orienté les patientes vers le site mamans blues, c'est une plateforme en ligne où on a différents professionnels et notamment des psychologues qui sont orientés autour de la périnatalité. Il y a des intervenants dans chaque région, que l'on peut trouver via ce site. Il y a la possibilité d'avoir des tables rondes en visio. C'est difficile je trouve pour les mamans de passer le cap, d'oser aller consulter, ce qui est pas mal avec la visio c'est qu'on n'est pas obligé de mettre la caméra » SF4.*

## E. Les avantages de l'EPNP

Les points positifs de l'EPNP sont nombreux, tout d'abord les retours positifs des patientes, « *Les dames sont super contentes de revenir et de discuter d'elles et pas tout le temps de l'alimentation du bébé, du rythme etc, ça les oblige à sortir et souvent, ça leur fait du bien* » SF9, « *Les patientes sont contentes d'avoir un peu ce moment de bilan sur elles-mêmes, ça ressoude la famille, je ne doute pas de l'utilité.* » SF1, « *Les patientes sont plutôt contentes de nous voir et d'avoir ce temps pour discuter* » SF7.

Les autres avantages sont :

- Une consultation dédiée « *En rééducation, on discute, mais on ne va pas aussi profondément dans les choses qu'à l'entretien* » SF10.
- Un postpartum plus accompagné « *C'est de pouvoir compenser justement cette phase de trois semaines, là où le couple est un petit peu moins accompagné* » SF8, « *C'est bien d'avoir une échéance après J12 et avant les 6 semaines de la consultation postnatale, puisque finalement, ça peut sembler long* » SF2
- La prise en compte de la santé mentale des mères par le ministère de la Santé, « *c'est toujours bien qu'une institution comme le ministère de la santé prenne en compte le côté psychologique et l'accompagnement des familles surtout dans les premiers temps de la vie. Ça me paraît une évidence, mais je pense que ça ne l'était pas pendant longtemps au niveau légal.* » SF6

## F. Un changement de pratique depuis l'obligation de proposer l'EPNP ?

« *Complètement, parce qu'en fait de septembre (2022) à là (août 2023), j'ai dû envoyer cinq ou six dames, je crois que j'ai eu six dames dépistées en dépression post-natales. Je pense que si je ne l'avais pas fait, je serais passée à côté c'est sûr* » SF10.

Plusieurs sages-femmes s'accordent sur le fait de l'imposer systématiquement à toute leur patientèle depuis l'obligation, « *du fait qu'il y a une cotation et que ce soit maintenant défini dans le parcours de la femme, ça nous permet de le systématiser pour tout le monde* » SF8, « *Disons que je me suis dit, ah tiens, il faudrait que je le fasse de façon plus structurée, de me former, et de le faire systématiquement* » SF1, « *Peut-être que je le propose plus, plus facilement* » SF4.

La mise en place de séances postnatales a vu le jour, « *Il y a une chose que je propose aussi, c'est les séances postnatales. Je fais du massage bébé comme séances postnatales. Du coup je recrute un peu plus de monde. L'entretien postnatal, j'aborde le sujet de l'attachement avec le biais du toucher* » SF7, « *Il a été mis en place des séances postnatales qui sont maintenant remboursées au régime normal, ça permet de sociabiliser les femmes en postpartum. (...) Donc ça c'est vraiment un plus je trouve.* » SF8.

Au contraire certaines sages-femmes n'ont pas trouvé de changement dans leur pratique et quelques participantes ne comprennent pas la notion d'obligation, « *Je trouve que le fait que c'est marqué obligatoire, c'est un peu ridicule. Parce que les dames sont assez grandes pour prendre rendez-vous ou pas* » SF9, « *J'ai un problème avec le côté obligatoire et le côté systématique des choses. Je comprends l'intérêt de voir les gens, d'obliger les professionnels à faire leur boulot de prévention (...) mais je ne comprends pas le systématisme. Parce que clairement, il y a des parents qui n'en ont pas besoin. (...) Et on s'en assure parce qu'on va chez eux à domicile. Donc je ne sais pas si le côté obligatoire est vraiment intéressant* » SF6, « *C'est obligatoire mais j'ai l'impression que ce n'est pas encore bien dans la tête des gens. Comment ils peuvent contrôler l'histoire du fait que ce soit obligatoire ? Ils peuvent difficilement sanctionner pour ne pas avoir fait ça, il suffit que la patiente ne vienne pas.* » SF7.

## G. Les améliorations à mettre en place

### a. L'aspect financier

La prise en charge à 100% revient comme l'axe majeur d'amélioration, « *Ça pourrait être pris en charge à 100% parce que ça encourage encore plus les femmes. Ça devrait être dans le régime maternité puisque c'est clairement de la maternité encore.* » SF7, « *Le 100% maternité ça serait bien* » SF10.

La rémunération ferait également partie des améliorations à prévoir, « *Au niveau de la cotation, s'ils pouvaient la mettre comme l'entretien prénatal individuel, ça serait cool. Je me suis plus retrouvée avec les entretiens postnatals, à devoir téléphoner des médecins, des*

*structures et tout ça. J'ai passé finalement plus de temps administrativement dessus que pour des entretiens prénatals. C'est du travail gratuit, je pense qu'avec tout ce qu'on dépense, il devrait y avoir quand même un truc en plus quand la pathologie est détectée.* » SF10, « *Revaloriser un peu cette possibilité de faire ces fameuses séances postnatales comme la prep parce que finalement, il y en a qui trouve ça vraiment chouette et la rémunération n'est vraiment pas à la hauteur du temps que cela prend. Puis finalement, j'ai parfois des patientes qui préfèrent faire ça, revoir les copines de prep que de faire juste un RDV avec moi* » SF2.

#### b. Une meilleure communication

L'information aux patientes pourrait également être retravaillée, « *Peut-être les sages-femmes, à l'hôpital, après l'accouchement, je trouve que c'est notre rôle d'informer quand on les voit. Je pense que les gynécos ce serait bien qu'ils soient au courant et qu'ils en parlent aussi si c'est eux qui font le suivi* » SF5, « *Peut-être même quand on leur envoie le carnet de maternité au moment de la déclaration de grossesse, quand on leur fait un peu tous les RDV à avoir, au 4<sup>ème</sup> mois l'EPP, on peut déjà rajouter l'EPNP pour qu'elles sachent que cela fait partie de leur suivi de grossesse. Après en maternité aussi et aux sages-femmes quand on fait le suivi postnatal, on peut aussi leur dire que voilà, on va prendre un temps pour un entretien un peu à distance* » SF1.

L'ère des réseaux sociaux et d'internet pourrait être un outil qui permettrait de toucher plus de patientes sur la connaissance de l'EPNP « *Les patientes, elles sont quasiment tout le temps sur des groupes, forum sur la grossesse, l'allaitement etc, donc elles se basent vraiment sur ça, je pense que là, on arriverait vraiment à les atteindre* » SF5, « *Le pouvoir des réseaux sociaux. Alors il y a un sens très négatif à Internet mais il y a beaucoup de podcasts sur la question, la parentalité. Il y a des parents qui disent ça, d'autres parents, voilà, moi j'ai fait ça, tu devrais faire pareil. Faire tout ça, c'est aussi le pouvoir des réseaux sociaux, d'internet* » SF4.

#### c. Un calendrier plus adapté

Le moment de l'EPNP devrait être plus libre, au choix de la patiente et du professionnel de santé, « *Je trouve que ça devrait être beaucoup plus libre et ça devrait être beaucoup plus longtemps aussi. Je trouve que c'est un peu limitatif. Ce sont un peu les seules choses que je*

*trouve compliquées, c'est de calculer à partir de quels termes on peut faire cet entretien. C'est pénible. » SF9.*

d. Des formations à proposer

Le besoin de formation est assez hétérogène suivant les sages-femmes, certaines disent ne pas en ressentir le besoin « *Pas pour le moment* » SF2, « *Pas forcément, j'ai l'impression que ça me paraît un peu plus spontané [comparé à l'EPP], mais parce que ce sont souvent des patientes que je connais déjà* » SF5.

Tandis que d'autres en ressentent le besoin « *C'est la base savoir mener un entretien que ce soit un EPP ou EPNP, ce sont des choses rendues obligatoires qui devraient faire partie de la formation initiale. Il faut aussi mettre les moyens de tous les côtés. Pour l'EPP j'avais 3 jours de formation. La formation faut qu'elle soit un peu moins technique et plus pratique.* » SF1, « *C'est toujours bien de se former, parce que quand j'avais fait pour l'EPP, j'ai clairement vu la différence, donc je vais aussi le faire pour l'EPNP. Il faut encore mettre les moyens sur la formation des sages-femmes pour les outiller pour mener à bien l'entretien. La formation c'est la clé.* » SF1. Et plus particulièrement pour les séances en groupe « *Je pense que oui, dans la mesure où on envisage peut-être de faire des séances de groupe parce qu'il y a la possibilité après de faire des séances de suivi postnatal, pour avoir un peu des clés et des ressources* » SF4.

Une autre sage-femme est intéressée par la formation « *Je le ferais, oui. Mais le problème, c'est que les formations proposées, elles sont à chaque fois payantes, sur Paris ou Lyon ou d'autres endroits. Alors elle n'a pas besoin d'être obligatoirement gratuite, mais quelque chose près de chez moi. Ça m'intéresserait et avec des échanges d'autres personnes oui.* » SF9.

Au contraire, une sage-femme nous dit que la formation n'est pas nécessaire, « *Nécessaire, non. J'ai fait une formation, il y avait des médecins aussi. Il y avait beaucoup de choses qui ont été abordées et que nous, on fait déjà en fait. Il y avait quand même pas mal de choses qui étaient plutôt logiques pour une sage-femme. Donc indispensable non, mes collègues ne l'ont pas fait et elles y arrivent très bien. J'ai une collègue qui utilise l'outil Urkind ®, elle*

*a des démarches encore un peu différentes de moi. Peut-être qu'une formation comme ça, peut-être qu'on se dit « C'est mieux comme ça » ou je ne sais pas » SF8.*

Certaines participantes ne relèvent pas d'amélioration à prévoir car elles n'ont pas assez de recul. *« C'est un peu difficile à dire puisque ça ne fait quand même pas tout à fait un an. » SF8.*

## **IV. DISCUSSION**

## 1. Intérêts et limites de l'étude

### A. Intérêts

La dimension qualitative de notre étude a pour objectif d'explorer un sujet au cœur de l'actualité, où il n'y a que peu d'études sur le ressenti des sages-femmes, à propos de cette nouvelle compétence. Cependant, une étude quantitative pourrait y faire suite afin de conclure statistiquement sur les freins et les difficultés rencontrés et ainsi pouvoir proposer des améliorations pour la pratique clinique.

L'implication des sages-femmes est un point fort de notre étude. En effet, elles ont pris le temps de répondre à notre sollicitation que ce soit sur leur temps personnel ou de travail.

### B. Limites

Cette étude a été effectuée moins d'un an après la modification de la loi LFSS, ajoutant l'EPNP obligatoire aux compétences de la sage-femme, ne permettant pas aux sages-femmes d'avoir un recul nécessaire dans la pratique de cet acte.

Seules les sages-femmes volontaires ont répondu à notre sollicitation. Nous pouvons supposer que celles qui sont moins à l'aise avec le sujet de notre travail n'ont pas souhaité répondre à l'étude, alors qu'elles auraient pu faire émerger de nouvelles difficultés ou au contraire des points forts de l'EPNP. De plus peu de sages-femmes ne pratiquant pas l'EPNP ont répondu à notre sollicitation, alors que cela aurait pu être un réel atout dans l'étude des freins à cette pratique.

## 2. Confrontation aux données de la littérature

### A. La place de la sage-femme concernant l'EPNP

#### a. La nécessité d'un lien de confiance

Dans notre travail, la notion de lien tissé entre les parents et la sage-femme pendant la grossesse est évoquée comme nécessaire à l'EPNP, car elle permet d'avoir une relation de confiance avec le praticien et ainsi pouvoir dépister des difficultés plus facilement. La notion de confiance est mise en évidence dans de nombreux domaines mais est fondamentale dans le milieu médical car elle permet d'ancrer une relation thérapeutique entre le patient et le soignant.

Elle permet notamment l'observance des traitements, l'éviction d'absentéisme et le partage d'informations permettant un diagnostic précoce, ce qui nous intéresse particulièrement dans l'EPP et l'EPNP. (20)

Le lien de confiance est plus facile à établir lorsque l'on connaît déjà la personne. C'est également le ressenti des sages-femmes interrogées qui trouvent plus facile de repérer des difficultés lorsque la patiente est déjà connue et lorsqu'elle a eu l'EPP par la même sage-femme.

Le but de l'EPP vise à instaurer une confiance personnalisée mais il permet également d'organiser la continuité entre les professionnels et la cohérence de leurs actions. (21). Il est également décrit par la HAS permettant « d'accéder par le dialogue au ressenti de la femme et du couple et à consolider leur confiance dans le système de santé » et donc à augmenter leur confiance envers les sages-femmes. (22) C'est pourquoi les sages-femmes de l'étude trouvent le dépistage plus facile lorsque la patiente est connue.

Plusieurs éléments rentrent en jeu afin d'installer une relation de confiance, les compétences du soignant, mais aussi la nature de la relation, de l'écoute et la prise en considération des besoins du patient. La durée et les interactions répétées contribuent également à renforcer ce lien. (20). En l'occurrence, la sage-femme intervient un certain nombre de fois auprès des parents en anténatal, que ce soit par le suivi de grossesse ou par la préparation à la naissance si le suivi est fait par un autre professionnel de santé. Elle est donc à même de créer une relation de confiance auprès de la femme enceinte et du co-parent, lui permettant une meilleure prise en charge médicale et psychosociale en anténatal ainsi qu'en postnatal.

#### b. La sage-femme référente : actrice de premier recours

Dans notre étude, les sages-femmes évoquaient avoir une place centrale dans la pratique de cet entretien, notamment grâce à cette relation créée lors de la grossesse. Les nombreux rendez-vous avec une sage-femme pendant la grossesse et dans le postpartum, en l'occurrence, les deux entretiens : prénatal précoce et postnatal précoce, lui donnent une place principale dans le suivi de la femme enceinte et des parents en devenir.

Le rapport des 1000 premiers jours préconisait la création d'un référent parcours afin d'accompagner les parents, de répondre à leurs besoins en prolongeant l'écoute et la confiance insaturée lors de l'EPP. Il décrivait le référent parcours comme un interlocuteur à même de faire le lien entre les différents professionnels et comme acteurs principaux du parcours de grossesse,

en anté et en post-partum. Il citait notamment la profession de sage-femme comme référent potentiel. (7)

Le 9 novembre 2023, un décret sur les sages-femmes référentes est créé. Celles-ci vont assurer la coordination des soins, informer sur le suivi de grossesse, le suivi postnatal, le suivi du nourrisson, réaliser la majorité des rendez-vous du parcours de grossesse et assurer un rôle de prévention. C'est cependant à la patiente de déclarer le nom de la sage-femme référente après information reçue par celle-ci. Elle a jusqu'au cinquième mois de grossesse pour procéder à la déclaration, qui prendra fin quatorze semaines après l'accouchement et donc après l'EPNP, montrant leur place de choix dans la pratique de celui-ci. (23)

On avait pour hypothèse que *les sages-femmes ne pratiqueraient pas l'EPNP par manque d'intérêt*. Cette hypothèse n'est pas confirmée car les sages-femmes ont compris l'enjeu de l'EPNP et trouvent que c'était une consultation qui manquait durant le postpartum. En revanche, le manque d'intérêt des patientes peut être une raison à la non pratique de l'EPNP.

## B. Les freins

### a. Un besoin de formation

De nombreuses participantes ont évoqué un besoin de formation nécessaire afin de pratiquer l'EPNP. En effet, elles décrivent l'entretien comme difficile à mener sans notions théoriques, sans connaître les thématiques à aborder. De plus, il peut être difficile de se trouver face à une détresse maternelle sans savoir quoi faire. La formation tant initiale que continue est nécessaire afin de se sentir en confiance pour initier une discussion sur la santé mentale et savoir comment réagir en cas de réponse positive. (24)

La formation des sages-femmes commence par la formation initiale, dans l'arrêt du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme aucune mention de l'EPNP n'est retrouvée, tandis que l'EPP est mentionnée. Cela peut paraître normal, étant donné que les premières recommandations de la HAS nommant l'EPNP n'ont lieu qu'en 2014. Une refonte globale de la formation de sage-femme est en cours avec la mise en place d'une sixième année d'études, permettant sûrement de répondre aux besoins des sages-femmes concernant la formation initiale. (25,26) Dans notre étude, les sages-femmes se posent justement la question de la formation initiale étant donné que l'EPP et l'EPNP sont dorénavant des entretiens obligatoires et que d'après elles, cela devrait faire partie de la formation initiale.

En l'occurrence, certaines écoles ont déjà mis en place des cours sur ces deux entretiens permettant de répondre aux propositions du rapport les 1000 premiers jours, qui voulait un enseignement de l'EPNP dès la formation initiale et investir fortement dans celle-ci et la formation continue sur le développement précoce.(7) La refonte globale du programme des études de sages-femmes prendra-t-elle en compte les propositions du rapport les 1000 premiers jours, en intégrant l'EPNP dans la formation initiale ?

Outre la formation initiale, les sages-femmes ont l'obligation de se former continuellement, c'est la formation continue ou autrement dit le développement professionnel continu (DPC). Il a pour objectif le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. (27) Cependant, ces formations ont un coût non négligeable et peuvent être inaccessibles par manque de proposition, par leur situation géographique mais elles peuvent aussi être inadaptées au besoin ressenti des sages-femmes comme nous le disent les participantes de l'étude.

L'autre problème qui ressort des entretiens était que d'autres thèmes de formations peuvent passer en priorité pour les sages-femmes, et donc avant l'EPNP. Dans notre étude, les sages-femmes ayant effectué une formation, estimaient que le côté pratique devait être accentué au détriment du côté théorique, afin d'avoir divers outils et de savoir s'en servir pour mener à bien l'entretien. Cela est également repris par un rapport de mission en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé, qui a été établi dans le cadre du DPC en 2012. 10 actions permettaient un développement structuré de la simulation dont la première « *la formation par les méthodes de simulation en santé doit être intégrée dans tous les programmes d'enseignement des professionnels de santé à toutes les étapes de leur cursus* ». La simulation est donc un aspect important à prendre en compte pour la formation initiale comme continue. (28)

Mais une dernière question subsiste, aujourd'hui de nombreuses formations pour l'EPP sont proposées mais ce n'est pas pour autant qu'il est beaucoup réalisé. Cela peut mener à nous faire penser que, même si plus de formations accessibles et adaptées sur l'EPNP se développent, le taux de participation ne sera pas plus élevé, et donc que le manque de formation, peut certes être un frein à la pratique de l'EPNP, mais pas le frein majeur. Notre étude s'intéressant au ressenti des sage-femmes concernant l'EPNP, il serait judicieux de mener une autre étude sur les motivations des patientes dans le post partum.

Une des hypothèses de notre étude était que *les sages-femmes ne savent pas quelles thématiques aborder avec les patientes par manque de formation*. Les résultats ont montré que toutes les sages-femmes abordaient les mêmes thématiques hormis une ou deux, cependant, concernant la formation, les résultats sont hétérogènes. Des sages-femmes affirment que la formation est nécessaire pour la pratique de l'EPNP, tandis que d'autres non. Nous ne pouvons donc rien conclure concernant cette hypothèse.

b. L'absence de réseau, un obstacle à l'EPNP ?

Nous aurions pu penser que le manque de réseau aurait pu être un frein à proposer l'EPNP, en effet, si l'on dépiste une pathologie et que l'on ne sait pas comment orienter la patiente, on peut vite se retrouver bloqué. Le travail en réseau semble indispensable pour travailler en continuité auprès des futurs parents dans le champ de la périnatalité et de la petite enfance. Mais dans le rapport des 1000 premiers jours, on retrouve le manque de formation à propos du travail en réseau. (7) Pourtant, plusieurs sages-femmes de l'étude estiment que ce n'est pas une difficulté en soit, mais que le relai peut-être dans ce cas plus difficile si l'on ne sait pas à qui s'adresser.

En l'occurrence, un réseau pluriprofessionnel participe à l'amélioration du suivi des femmes. Il suggère l'idée de relations sociales et vise à impliquer différents acteurs, en partant de la sage-femme au psychiatre en passant par divers professionnels de santé. La sage-femme, ayant des compétences définies, une collaboration étroite entre divers professionnels de santé est nécessaire afin de pouvoir proposer un accompagnement global et de qualité. En effet, certaines situations retrouvées par les sages-femmes nécessitent d'adresser les patientes, notamment vers les soins unités mère-enfant, ou encore vers un psychologue voire un psychiatre comme le décrivent les sages-femmes de notre étude. Le manque de réseau n'est donc pas un frein en soit, mais peut participer au faible taux de l'EPNP.

c. Le remboursement en 100% maternité

L'une des problématiques majeures lors des entretiens était l'absence du remboursement en 100 % maternité. Les sages-femmes de l'étude ne comprennent pas pourquoi l'EPNP ne fait pas partie du 100 % maternité, surtout que c'est un entretien à proposer systématiquement. A partir du sixième mois de grossesse, les femmes enceintes sont prises en charge à 100 % pour

l'ensemble des frais médicaux en lien ou non avec leurs grossesses jusqu'au douzième jour après la date de l'accouchement. Certes, l'EPNP se fait entre la quatrième et la huitième semaine après l'accouchement et donc ne fait théoriquement plus partie du 100% maternité, mais la consultation postnatale, qui elle a lieu aussi dans les six à huit semaines du postpartum est prise en charge à 100 %.

Donc la question qui se pose, et que les sages-femmes de l'étude se posent également, c'est pourquoi l'EPNP n'est remboursé qu'à 70 % ? Il est possible de se dire que c'est parce que l'EPNP n'est pas une consultation médicale mais plutôt un entretien psychosocial. Pourtant, l'EPP qui est lui aussi un entretien psychosocial et qui a lieu au début de la grossesse, avant le 100 % maternité, est pris en charge intégralement. (29,30)

L'EPNP n'est pas pris entièrement en charge par l'assurance maladie, ce qui peut poser un problème d'accès aux soins. Cependant, une sage-femme de l'étude mettait en avant que ses patientes avaient une mutuelle, et qu'elles étaient donc indirectement remboursées intégralement. Mais les avis divergent là-dessus, et d'autres sages-femmes se sentent mal à l'aise de demander de l'argent aux patientes à la fin de l'entretien, surtout après plusieurs mois où elles n'avaient pas besoin de payer les consultations. De plus, il y a quand même un certain nombre de patientes qui n'ont pas de mutuelle. D'après l'enquête santé européenne (EHIS) en 2019, près de 4 % de Français étaient sans complémentaire santé, cela concerne 2.5 millions de personnes en France. Cette partie de la population ne bénéficie pas d'un contrat de complémentaire santé collective ni de la complémentaire santé solidaire. Ce sont notamment des familles monoparentales, des ménages complexes (ménages en colocations ou en regroupements), des personnes de nationalités étrangères et/ou au chômage. Cette non-adhésion, peut également s'expliquer pour certains par un trop bon état de santé et pour d'autres par un état de santé trop dégradé. Dans le cas de l'EPNP, qui vise à dépister les vulnérabilités, nous pouvons penser que c'est, notamment, cette partie de la population qui est le plus à risque et qui aurait besoin plus spécifiquement de l'EPNP. Mais le fait de ne pas être couvert par une complémentaire santé peut être un véritable obstacle au recours aux soins et donc à l'EPNP. (31,32)

Dans un récent rapport de l'Assemblée nationale, les députés préconisent le remboursement de l'EPNP à 100 %. (33) Ce remboursement pourrait également aider la reconnaissance de l'EPNP dans le parcours de grossesse, lui faisant sa place dans le suivi de la grossesse et du postpartum.

#### d. Un entretien peu valorisé financièrement

Depuis de nombreuses années déjà, les sages-femmes revendiquent une revalorisation des actes et une réévaluation du niveau de salaire. (34). C'est également ressenti par les sages-femmes de l'étude qui estiment que la rémunération de l'EPNP n'est pas suffisante. La cotation en NGAP qui a été récemment revalorisée, montre un EPNP au cabinet à 37,20 € et au domicile de la patiente à 43,40 € contre 36 et 42 € en 2023. (35,36) Or certaines sages-femmes trouvent que cela est insuffisant pour un entretien qui dure entre 45 min et 1 heure et qui peut parfois nécessiter de réorienter la patiente, ce qui demande un temps supplémentaire. Une sage-femme de l'étude a soumis la proposition de valoriser le temps accordé lorsqu'une réorientation ou lorsqu'une pathologie a été détectée, afin de rémunérer le temps ajouté, qui n'est pas un temps auprès d'autres patientes.

D'autres sages-femmes souhaiteraient que l'EPNP soit à la hauteur de l'EPP, c'est-à-dire à 42 € lors du moment des entretiens. Mais lui aussi a bénéficié d'une revalorisation à 46,50 €. Nous pouvons donc penser qu'elles souhaiteraient encore maintenant une revalorisation de l'EPNP au même niveau que l'EPP, afin de mettre les deux entretiens sur un même pied d'égalité, ce qui pourrait montrer là encore, sa place primordiale dans le suivi de grossesse et du postpartum. Dans le cadre de la mission de contrôle du gouvernement, l'Assemblée nationale a publié en mai 2023, un rapport évaluant les entretiens postnataux. Les députés ont reconnu qu'il y avait des freins financiers à la pratique de l'EPNP et préconisent une revalorisation de l'acte. (33) Un nouvel avis auprès des sages-femmes pourrait avoir lieu, afin de savoir si elles sont satisfaites de la revalorisation des actes qui a eu lieu début 2024 et pour répondre à notre dernière hypothèse, de la rémunération de l'EPNP au même titre que l'EPP.

#### e. Les agendas des sages-femmes déjà bien remplis

Les sages-femmes de l'étude relèvent un manque de temps certain pour mettre en place correctement l'EPNP pour leur patientèle. Cela peut s'expliquer par l'élargissement des compétences de la sage-femme. En effet, la sage-femme assure la surveillance et le suivi médical de la grossesse, ainsi que la préparation à la naissance et à la parentalité. À cela s'ajoute le suivi de postpartum et la prise en charge de la rééducation périnéale.

Outre la période de grossesse, la sage-femme accompagne les femmes tout au long de leur vie en pratiquant les consultations de suivi gynécologique de prévention, cela comprend le

suivi et la surveillance de situations non pathologiques mais également, le dépistage de situations pathologiques et la réorientation des patientes. Elle a aussi la capacité de réaliser des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse selon les modalités définies par la réglementation en vigueur et plus récemment encore, une nouvelle compétence en matière d'orthogénie est en expérimentation, l'interruption volontaire de grossesse instrumentale. (37) Mais ce n'est pas tout, depuis août 2023, la sage-femme peut prescrire et administrer l'ensemble des vaccins du calendrier vaccinal à toutes les personnes pour lesquelles ces vaccinations sont recommandées et non plus à une liste de personnes définie. (38).

Cet élargissement des compétences pourrait être dû à un solde déficitaire d'effectif concernant la gynécologie médicale et la volonté d'assurer le suivi des femmes même en cas de pénurie de médecins. En effet, en 2020, l'effectif de gynécologues médicaux étaient de 923 dont 539 étaient âgés de plus de 60 ans. (39) L'élargissement des compétences de la sage-femme, fait que les sages-femmes libérales ont la possibilité de faire plus d'actes et donc d'étendre leur patientèle, notamment dans les zones déficitaires en gynécologues médicaux. Cependant, certaines compétences sont plus faciles à mettre en place que d'autres, la vaccination ou un autre acte technique, peut-être plus facile à mettre en œuvre, contrairement au dépistage de vulnérabilité qui peut être moins évident et plus chronophage.

En dehors de la multiplicité d'actes que la sage-femme peut être amenée à pratiquer, il y a aussi le manque de personnel hospitalier qui entre en jeu. Malgré le fait que l'effectif des sages-femmes en activité soit en augmentation, le nombre de sages-femmes libérales et en exercice mixte augmente lui aussi au détriment de l'exercice hospitalier. (39) Lors de la mise en place de l'EPP, Danielle Capgras, sage-femme, a montré que l'une des difficultés à sa pratique était notamment l'abandon de nombreuses maternités de la préparation à la naissance par manque de personnel. (40) On peut donc penser que si les maternités pratiquaient l'EPP et la préparation à la naissance et à la parentalité, elles incluraient également l'EPNP, cela permettrait une meilleure répartition des patientes entre ville et hôpital, ce qui pourrait contribuer à ce que les sages-femmes aient plus de temps en ayant moins de patientes. Cela donnerait l'occasion aux sages-femmes de ne pas sélectionner les patientes qui pourraient bénéficier de l'EPNP, comme le redoute une sage-femme de l'étude.

Notre étude avait pour hypothèse que *les sages-femmes ne réaliseraient pas l'entretien postnatal précoce par manque de temps*. Les résultats obtenus sont plutôt en accord avec cette hypothèse, même si pratiquer l'entretien postnatal précoce relève d'un choix. Les résultats

concernant cette hypothèse peuvent être biaisés étant donné qu'une seule sage-femme ne pratiquant pas l'EPNP a accepté de nous répondre.

f. Le manque d'intérêt et d'information des patientes en font réellement un frein ?

Concernant le manque d'intérêt et d'informations des patientes, l'avis des sages-femmes diverge. Pour certaines sages-femmes, la communication est suffisante, les patientes auraient assez d'informations pendant la grossesse tandis que pour d'autres sages-femmes, il y a une réelle méconnaissance des patientes sur l'EPNP. Cette notion a été également retrouvée lors des débuts de l'EPP, les patientes seraient peu informées de la possibilité en début de grossesse d'avoir un EPP. (40). Pour pallier cela, les sages-femmes émettent l'hypothèse de mentionner l'EPNP comme faisant partie du suivi de grossesse comme l'EPP, en insistant en prénatal sur la nécessité de cet entretien. Elles proposent également de le mentionner lors des conseils de sortie en maternité, en expliquant l'importance de cette consultation. Afin d'avoir plus d'impact au niveau des patientes, il faudrait que tous les professionnels de la périnatalité informent sur l'EPNP et que tous les gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes qui suivent des femmes enceintes le proposent.

En dehors de l'information faite par les professionnels de santé afin d'attirer l'attention des femmes, il faudrait que les documents remis aux patientes mentionnent l'EPNP. Le carnet de santé maternité est un carnet destiné à toutes les femmes enceintes. Dans la Collectivité [...], ce carnet est envoyé au domicile des patientes dès la déclaration de grossesse faite. Cependant, la partie postnatale est limitée et ne mentionne pas l'EPNP. (41) Une actualisation du carnet est en cours et a notamment pour objectif une prise en compte de la santé mentale, néanmoins, dans le rapport d'actualisation fait par le Haut Conseil de la Santé Publique, aucune mention de l'EPNP n'est présente. (42)

Il existe également un guide maternité « Ma maternité, je prépare l'arrivée de mon enfant », proposé par l'Assurance maladie, qui a été mis à jour et mentionne l'EPNP. (43) Devant ces diverses sources d'informations non uniformes, les patientes peuvent se demander si l'EPNP fait réellement partie du suivi postnatal. Ainsi, pour une meilleure uniformité et compréhension, il faudrait que tous les documents disponibles et fournis aux patientes mentionnent l'EPNP.

Outre la communication, il y a un réel manque d'intérêt des patientes pour l'EPNP d'après les sages-femmes de l'étude. En effet, elles relèvent le manque d'assiduité dans le suivi postnatal. Lors du suivi de grossesse, les patientes sont plus assidues qu'en postnatal « *elles sont quand même beaucoup moins assidues qu'en pre partum [...] celles qui viennent c'est déjà celles qui s'occupent d'elles-mêmes, donc qui ont peut-être moins de facteurs de risque.* Pourtant d'après l'enquête Unaf en 2010, 26,9 % des femmes précisent qu'elles auraient aimé être mieux soutenues lors de leur retour à domicile et certaines jeunes mères regrettent que l'on se soucie peu de leur suivi psychologique. (44) Maintenant qu'une consultation répondant à leurs besoins a été créée, il serait intéressant de réaliser une recherche sur les freins des patientes à se saisir de ce dispositif ?

### C. Les leviers

#### a. Le ressenti des sages-femmes sur l'EPNP

Les sages-femmes de l'étude émettent de nombreux retours positifs des patientes à propos de l'EPNP. Lors d'une étude sur les attentes des patientes en terme d'accompagnement postnatal, elles ont exprimé le besoin d'échanger avec une sage-femme, de formuler leurs doutes et inquiétudes mais également leurs impressions et leur vécu par rapport à l'accouchement. (13) En l'occurrence, les sages-femmes de l'étude ressentent que les patientes sont plutôt satisfaites de l'EPNP, car celui-ci leur permet d'avoir un temps sur soi, et non pas que de l'alimentation du nouveau-né etc. C'est un réel temps, leur permettant d'avoir un bilan sur elles-mêmes, contribuant à combler les attentes des patientes en postpartum.

Les sages-femmes interrogées trouvent que l'EPNP permet un accompagnement plus poussé du postpartum. L'EPNP permet de compenser une période où le couple est un peu moins accompagné, une échéance entre le douzième jour après l'accouchement et la sixième semaine au moment de la consultation postnatale, est la bienvenue. C'est également le constat de la HAS, qui souligne que la consultation postnatale est trop tardive, ne permettant pas un suivi adapté, c'est pourquoi elle recommande qu'une autre consultation ait lieu, l'EPNP. (26)

#### b. Des patientes de plus en plus connectées

Internet est devenu une source d'information majeure, y compris dans le domaine de la santé. Son usage n'a cessé d'augmenter, en 2019, 83% des personnes de plus de 15 ans résidant

en France, ont utilisé Internet au cours des trois derniers mois. Sentiment également retrouvé chez les sages-femmes interrogées, qui relevaient que les patientes étaient très souvent sur des forums de grossesse. L'utilisation d'Internet permet aux femmes d'avoir un accès immédiat aux informations demandées, pouvant pallier le manque de rendez-vous durant le postpartum, ou au manque de disponibilité des professionnels de santé, en ayant des réponses à toute heure de la journée. (45,46)

Lors de notre étude, les sages-femmes pensent que les réseaux sociaux peuvent avoir un pouvoir certain concernant le postpartum et l'EPNP. Les forums permettent un échange entre plusieurs parents, ils peuvent livrer leurs sentiments, expériences etc, ce qui les mènent à se sentir moins seuls. (47) Cependant, les forums sont aujourd'hui désuets, et les réseaux sociaux ont pris le dessus. Mais le principe reste le même, le partage d'astuces, d'expériences et de sentiments. (45) La multitude de réseaux sociaux permettrait d'atteindre les parents sur la problématique de l'EPNP, pouvant les inciter à prendre rendez-vous, d'après les sages-femmes. En effet, que ce soit par les sites internet, les divers réseaux sociaux ou encore les podcasts parlant de périnatalité, il serait possible de sensibiliser un plus grand nombre à l'EPNP.

Cependant, il y a un risque de mésinformation et de désinformation, car il n'y a aucun contrôle ou régulation des informations postées sur internet. Mais ce n'est pas tout, les patientes, allant le plus souvent sur les réseaux sociaux ou les forums peuvent se sentir jugées par les autres utilisateurs ou encore influencées par certaines pratiques. Outre les risques de mauvaises informations que l'on peut retrouver sur internet, le second risque est le manque de compréhension des informations. Certaines publications peuvent manquer de vulgarisation et peuvent être trop technique, ce qui peut mener à une mauvaise compréhension et potentiellement à une prise de risque pour la patiente et/ou son enfant. (48) Pour éviter cela, les professionnels de santé pourraient recommander certains sites internet, forums ou applications de confiance afin que les patientes puissent trouver réponses à leurs questions. L'utilisation d'internet peut donc être un allié dans la mise en place de l'EPNP mais également un ennemi à l'exactitude des informations données.

#### D. Question autour de l'obligation

De nombreuses questions autour de l'obligation de l'EPNP émergent chez les sages-femmes interrogées. En effet, dans la loi du 23 décembre 2021, il est noté que « Un entretien postnatal précoce obligatoire est réalisé par un médecin ou une sage-femme ». (15) Elles ne comprennent

pas l'obligation, et ne pensent pas que ce soit vraiment intéressant. Cette notion a été également retrouvée lors de la mise en place de l'EPP. L'EPP est passé de « proposé systématiquement » à « obligatoire ». (10) Cette imposition de l'EPP est vue comme contraire à l'éthique et porte atteinte à la liberté individuelle de chacun. (49) Certaines sages-femmes de l'étude pensent qu'il est impossible de contrôler cette obligation et que c'est à la patiente de faire le choix de venir à la consultation ou non. En effet, selon la loi du 4 mars 2002, une personne a le droit de refuser les soins qui lui sont proposés après une information claire, loyale et adaptée.(50) Ainsi l'obligation de réalisation d'un soin reste un acte relatif, en éclairant le patient après lui avoir transmis les informations de manière loyale.

De plus, l'EPP est obligatoire depuis 2020, mais est-ce qu'il est plus réalisé pour autant ? D'après l'enquête périnatale de 2021, l'EPP est passé d'un taux de réalisation de 28,5 % en 2016 à un taux de 36,5 % en 2021, une hausse de 8 %. (6) Cela peut nous laisser à penser que, malgré la notion d'obligation dans le texte de loi concernant l'EPNP, ce n'est pas cela qui a amélioré son taux de participation. Afin que les sages-femmes soient plus à l'aise avec cette notion, qui comme nous l'avons vu, est presque impossible à mettre en pratique, il serait peut-être plus judicieux de remplacer la notion d'« entretien postnatal obligatoire » en « entretien postnatal proposé obligatoirement » et de même pour l'EPP, puisque les questions étaient les mêmes lors de sa modification. Cette hausse de 8 % d'EPP réalisée soulève plusieurs questionnements, tout d'abord, il faudrait sûrement attendre plusieurs années avant que l'EPP soit pleinement effective et donc de même pour l'EPNP. Mais cela montre aussi que, la prise en charge dans le 100 % maternité n'est pas un levier suffisant à la pratique de l'EPP, alors que c'est un frein d'après les sages-femmes pour l'EPNP.

## **V. CONCLUSION**

Dans ce mémoire, nous avons voulu présenter la prise en charge de l'entretien postnatal précoce par les sages-femmes libérales. Grâce à la mise en œuvre d'entretiens semi-dirigés, nous avons pu connaître le ressenti des sages-femmes à propos de cet entretien, devenu obligatoire en juillet 2022. Les principales motivations des sages-femmes à pratiquer l'EPNP étaient notamment le dépistage de vulnérabilités et les facteurs de risques pouvant mener à une dépression du postpartum chez les patientes, voire en faire le constat. La place centrale de la sage-femme concernant l'EPNP est évoquée de nombreuses fois, grâce à une relation de confiance avec la patiente, qui s'est créée tout au long de la grossesse, rendant le dépistage plus facile. Dans cette étude, nous avons pu remarquer une pratique hétérogène de l'entretien, la manière de procéder à l'EPNP diffère suivant l'expérience mais aussi les formations que les sages-femmes ont pu avoir. Cependant, elles abordent toutes, plus ou moins les mêmes thématiques. D'après les sages-femmes, les patientes sont contentes d'avoir cet espace de dialogue, leur permettant d'avoir un temps sur elle-même. Cependant, les sages-femmes de l'étude relèvent un manque d'intérêt des femmes pour l'EPNP menant à un absentéisme fréquent. Enfin, elles ont formulé des axes d'amélioration pour la pratique de l'EPNP. Tout d'abord la prise en charge en 100 % maternité, mais aussi une revalorisation de l'acte, à la même hauteur que l'entretien prénatal précoce. Certaines sages-femmes trouvent que le manque de formation est un frein à la pratique de l'EPNP et qu'il faudrait le mettre en avant lors de la formation initiale et continue. Cependant, l'information auprès des femmes devraient être plus importante, afin que celles-ci trouvent de l'intérêt à l'EPNP.

Afin que l'EPNP soit réellement appliqué par tous les professionnels de la périnatalité, il nécessite une reconnaissance dans le suivi du postpartum de la femme. Cette reconnaissance doit s'accompagner d'une campagne d'information par le gouvernement, pour le faire connaître par les différents usagers, que ce soit les parents ou les différents professionnels les rencontrant pendant la période du postpartum. Dans le but de faciliter sa mise en place et sa continuité dans le suivi périnatal, il faudrait optimiser le lien entre le secteur libéral, hospitalier et territorial. En effet, les sages-femmes libérales ne sont pas les seules à prendre en charge les patientes, il y a également les sages-femmes hospitalières et territoriales qui peuvent faire des consultations, et notamment l'EPNP.

L'entretien postnatal précoce va encore vivre plusieurs moments décisifs avant d'être pleinement intégré dans le suivi postnatal de la femme. Notre étude a permis de recueillir le ressenti des sages-femmes mais a également fait remonter de nombreux freins à la pratique de l'EPNP, notamment le manque d'intérêt des patientes. C'est pourquoi, il serait intéressant

d'identifier les freins des patientes à se saisir de l'EPNP, ainsi que les motivations de celles-ci dans le postpartum, afin de mieux l'adapter aux patientes.

## **VI. BIBLIOGRAPHIE**

1. Riquet S, Hinsinger E, Bernard E, Zakarian C. Évaluation du stress en post-partum des mères lors de la consultation postnatale. *Périnatalité*. sept 2019;11(3):126-34.
2. Schaming C, Wendland J. Évaluation du sentiment de sécurité postnatal chez les mères : adaptation et validation en langue française du Parents' Postnatal Sense of Security instrument (PPSSi): *Devenir*. 1 sept 2021;Vol. 33(3):181-207.
3. Guedeney A, Benarous X. Un cahier de suivi psychologique périnatal : favoriser le dépistage et la continuité entre soins pré- et postnataux en maternité. *Bull Académie Natl Médecine*. juin 2021;205(6):587-91.
4. Lefebvre-Chanson C, Boissou-Bonnet C, Rolland AC. Évaluation du ressenti de l'expérience groupale chez les mères ayant présenté une dépression postnatale. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. févr 2017;65(1):14-20.
5. Tebeka S, Dubertret C. Dépression du post-partum. *Presse Médicale Form*. 1 nov 2021;2(5):439-41.
6. Cinelli hélène, Lelong N, Le Ray C. Enquête nationale périnatale 2021. 2022.
7. Ministère des solidarités et de la santé. Les 1000 premiers jours, là où tout commence [Internet]. 2020 [cité 17 nov 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
8. SPF. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015. [Internet]. [cité 4 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir.-6e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>
9. Dugnat M, Ginoux-Froment F, Guivarch J, Le Treut L, Lumbroso È, Poinso F. Plaidoyer pour une politique de santé mentale périnatale : vers une politique de progrès sur un enjeu majeur de santé publique ? : *Empan*. 31 août 2018;n° 111(3):14-21.
10. Code de la santé publique. Article 62 - LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 (1) - Légifrance [Internet]. [cité 17 janv 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000039675412](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000039675412)
11. Conseil national de l'ordre des sages-femmes. Dossier de presse : Contribution du CNOSF, mission IGAS [Internet]. 2021 [cité 17 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2021/06/Dossier-de-Presse-contribution-CNOSF-IGAS.pdf>
12. 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*. 2018;30(4):489-96.

13. Kez Z, Blanchot-Isola C, Galliot L. Attentes des patientes en termes d'accompagnement postnatal : arguments en faveur de la mise en place d'un entretien postnatal précoce à la maternité du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Nancy. *Rev Sage-Femme*. 1 sept 2019;18(4):181-8.
14. Kubler-Levêque MJ. La place du médecin généraliste dans le réseau. *Spirale*. 2012;61(1):55-60.
15. Code de la santé publique. Article 86 - LOI n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 (1) - Légifrance [Internet]. [cité 3 janv 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000044553544](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000044553544)
16. Assurance Maladie. Prévention des dépressions post-partum : un entretien postnatal précoce est désormais obligatoire [Internet]. [cité 27 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sage-femme/actualites/prevention-des-depressions-post-partum-un-entretien-postnatal-precoce-est-desormais-obligatoire>
17. Bleuzen E, Benjilany S, Gantois A, Kheniche M. Entretien postnatal précoce - préconisation pour la pratique clinique. Collège National des Sages-Femmes; 2022.
18. Capgras-Baberon D, Lefèvre-Penel A. Enjeux et objectifs de l'entretien postnatal précoce. *Vocat Sage-Femme*. juill 2014;13(109):17-20.
19. Tari C, Riquet S. L'entretien post natal précoce, un nouveau temps pour ajuster le diagnostic éducatif en éducation périnatale. 2016;
20. Haberey-Knuessi V. La confiance, une notion complexe au fondement des soins. *Jusqu'à Mort Accompagner Vie*. 2023;155(4):13-20.
21. Isserlis C, Sutter-Dallay AL, Dugnat M. L'entretien prénatal précoce. Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce. *Petite enfance et parentalité*. 2008 : 13-46
22. HAS. Recommandations professionnelles : préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. 2005 [cité 4 janv 2024]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation\\_naissance\\_recos.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf)
23. Journal Officiel. Décret n° 2023-1035 du 9 novembre 2023 relatif à la désignation d'une sage-femme référente. 2023-1035 nov 9, 2023.
24. Dupont C, Milane A, Fournieret P, Massoubre C, Dubreucq J. La sage-femme spécialisée en santé mentale : une nouvelle compétence. *Périnatalité*. 2023;15(2):81-5.
25. Journal officiel. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. Chapitre II, article 5
26. HAS. Sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. 2014 [cité 4 janv 2024]; Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1637408814000327>
27. DGOS. Ministère de la Santé et de la Prévention. [Internet] 2024 [cité 27 janv 2024]. Développement professionnel continu - DPC. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/dpc>

28. HAS. Rapport de mission : État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé [Internet]. 2012 [cité 13 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>
29. Assurance Maladie. Maternité [Internet] 2024 [cité 24 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/haut-rhin/medecin/exercice-liberal/prise-charge-situation-type-soin/situation-patient-maternite>
30. Assurance Maladie. Après l'accouchement : le retour à la maison [Internet] 2023. [cité 24 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/bas-rhin/assure/sante/themes/accouchement-et-nouveau-ne/suivi-domicile>
31. Jusot F. La complémentaire santé : une source d'inégalités face à la santé ? Trib Santé. 2014;43(2):69-78.
32. Pierre A. L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019. 2019;
33. Assemblée Nationale. Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale [Internet]. 2023 [cité 3 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr>
34. Belliard D. Sage-femme, une profession invisible. Alternative économique 2014;333(3):40-40.
35. ONSSF. Cotations en NGAP [Internet]. [cité 27 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.onssf.org/etre-sage-femme/cotation-des-actes-sages-femmes-ngap/>
36. CNSF, ONSSF. Outil de cotation [Internet]. 2023 [cité 24 févr 2024]. Disponible sur: <https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2023/05/Outil-cotation-final.pdf>
37. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Les compétences des sages-femmes. [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
38. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Le droit de prescription. [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/droit-prescription/>
39. Piquemal A, Reingewirtz S, Zantman F. L'évolution de la profession de sage-femme. IGAS, 2021
40. Dugnat M. L'entretien prénatal précoce, un exemple concret de dilemme prévenance/prédiction en périnatalité. Enfants turbulents : l'enfer est-il pavé de bonnes préventions ? 2008. p. 189-211.
41. Ministère des affaires sociales et de la santé. Carnet de santé maternité [Internet]. 2016 [cité 3 févr 2024]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet\\_de\\_maternite\\_bd\\_2016v02.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_maternite_bd_2016v02.pdf)

42. Haut Conseil de la Santé Publique. Actualisation du carnet de santé de maternité. 1re partie : Objectifs, format et modalités de diffusion [Internet]. [cité 3 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=1283>
43. Assurance maladie. Ma maternité, je prépare l'arrivée de mon enfant [Internet]. 2023 [cité 3 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/guide-maternite-2023.pdf>
44. Basset C, Brun N. Enquête périnatalité: « Regards de femmes sur leur maternité ». J Droit Jeunes. 1 avr 2012;N° 314(4):28-30.
45. De Carvalho MM. Enquête sur la place d'internet chez la femme enceinte au cours de la grossesse. [mémoire] Université de Clermont - Auvergne. 100 p.
46. Marchal-Houzelle N, Gorza M, Berland L, Cardoso T. Démarche participative pour créer un site Internet : 1000-premiers-jours.fr. L'enfant dans son environnement. 2024. p. 43-57. (Enfances, parentalités et institutions).
47. Evrard A. Quel temps pour quel espace de cheminement ? Une réflexion sur la temporalité de chacun en périnatalité. Périnatalité. 2019;11(2):99-103.
48. Masella MA, Godard B. Enjeux éthiques du recours à Internet par les femmes enceintes dans leur suivi de grossesse. Santé Publique. 2020;32(2-3):171-82.
49. Missonnier S. La parentalité prénatale, la préparation à la naissance et l'entretien précoce. Contraste. 2007;26(1):55-79.
50. Journal Officiel. Article 11 - LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance. [cité 17 janv 2024].

## **VII. ANNEXES**

## ANNEXE I : Demande de participation à l'étude

Bonjour,

Je me permets de vous solliciter car étant étudiante sage-femme, je souhaiterais dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, recueillir votre expérience sur la **préparation à la naissance, l'entretien pré et postnatal.**

Mon mémoire est dirigé par Mme [...], sage-femme, et codirigé par Mme [...], sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes.

Vous faites partie des sages-femmes tirées au sort que je contacte pour une demande d'entretien dans le but de mon étude. Il s'agira de mener des entretiens individuels semi-directifs auprès de sage-femme libérales **pratiquant ou non** la préparation à la naissance, l'entretien pré et postnatal.

Ainsi, je souhaiterais savoir si vous accepteriez m'accorder de votre temps pour cet entretien.

L'entretien durera approximativement **30 min.** L'anonymat et la confidentialité seront respectés. Après votre accord, l'entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone afin de faciliter la transcription des entretiens et l'exactitude des données. Les données seront stockées sur un serveur sécurisé. Aucune information pouvant vous identifier ne figurera dans le travail final.

Si vous acceptez, l'entretien pourra être réalisé à votre convenance :

- Soit **par téléphone**
- Soit directement à **votre cabinet**, si nos disponibilités le permettent.

Si vous êtes intéressée, je reste disponible par mail ou directement par téléphone

En vous remerciant par avance, ne serait-ce que du temps que vous aurez consacré à la lecture de mon message.

Bien cordialement,

## ANNEXE II : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN	
Date : .../.../...	SF N°
Présentation de la recherche et objectif	
Consentement pour enregistrer l'entretien	
<p>A propose de l'EPP :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalisez-vous l'EPP ?</li> <li>- Si oui, en quelques mots, quelles thématiques abordez-vous et de quelle manière ?</li> <li>- Si non, pourquoi ?</li> </ul>	
<p>A propos de l'EPNP :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissez-vous l'EPNP ? Quel est son but ?</li> <li>- Savez-vous pourquoi il a été rendu obligatoire ? Quel est votre avis là-dessus ?</li> <li>- Selon vous, quelle place occupe ou devrait occuper la SF dans l'EPNP ?</li> <li>- A votre avis, quels sont les freins à sa pratique, ainsi que les points encourageants ?</li> </ul>	
<p>Réalisez-vous l'EPNP ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si oui, depuis quand ? quelles ont été les motivations à le pratiquer ? quand le faites-vous dans le postpartum ?</li> <li>- Si oui, quelles thématiques abordez-vous ? De quelles manières ? (à domicile, au cabinet, avec un questionnaire...)</li> <li>- Est-ce que ce sont des patientes déjà connues, que vous avez suivi pendant la grossesse ?</li> <li>- Est-ce que les patientes que vous voyez pour l'EPNP ont eu l'EPP ?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avez-vous déjà repéré des difficultés lors de l'EPNP ? Lesquelles ? (difficulté d'attachement, signes de dépression etc)</li> <li>- Comment avez-vous fait face à ses difficultés et quelles solutions avez-vous à leurs proposé ?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avez-vous suivi une formation ?</li> <li>- Qu'est ce qui vous limite dans la pratique de l'EPNP ?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si vous ne pratiquez pas l'EPNP, pourquoi ?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avez-vous remarqué un changement dans votre pratique depuis que l'EPNP a été rendu obligatoire ?</li> <li>- Avez-vous des remarques, pistes d'amélioration pour la pratique et la mise en place de l'EPNP dans la prise en charge des femmes ?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Souhaitez-vous rajouter quelque chose ? D'autres points à aborder ?</li> <li>- Souhaitez-vous recevoir les résultats de l'étude par mail ?</li> </ul>	

### **Fiche d'information**

#### 1. Présentation du cadre de la recherche

Cette recherche est menée dans le cadre de la réalisation du mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'état de sage-femme mené par [...], avec le soutien et sous la direction de Mme [...], sage-femme, et sous la co-direction de Mme [...], sage-femme enseignante.

#### 2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal est d'identifier les différents freins et leviers à la mise en place de l'entretien postnatal précoce évoquées par les sages-femmes pratiquant ou non l'entretien postnatal précoce.

L'objectif secondaire est de montrer différentes manières d'aborder les thématiques préconisées afin d'améliorer la pratique clinique.

#### 3. Déroulement de l'étude

Il s'agira de réaliser des entretiens individuels semi-directifs auprès de sages-femmes libérales ayant accepté de participer à l'étude. La population d'étude est constituée par l'ensemble des sages-femmes libérales installées proposant ou non l'entretien postnatal précoce, l'entretien prénatal précoce et la préparation à la naissance.

#### 4. Participation volontaire et droit de retrait

La participation à cette recherche est volontaire. Il est possible de se retirer de cette recherche à tout moment.

#### 5. Confidentialité et gestion des données

Un numéro sera attribué à chaque participant. L'identité et les coordonnées des participants serviront uniquement à organiser les entretiens individuels et à communiquer avec eux au sujet de la recherche. Les données seront anonymisées.

#### 6. Protection des données personnelles

Les données seront conservées sur un serveur sécurisé de l'université jusqu'à un an après la soutenance du mémoire soit juin 2025. Les échanges seront enregistrés après accord, avec l'aide d'un dictaphone afin de faciliter la transcription des entretiens et l'exactitudes des données. Les participants à la recherche disposent de droits d'accès, de rectification et de suppression de leurs données.

#### 7. Contact

Si vous souhaitez des informations supplémentaires au sujet de ce travail, veuillez adresser vos questions à l'adresse suivante : [...] ou par téléphone au [...]



## RÉSUMÉ

Introduction : La période du postpartum est une période critique sur le plan psychologique, affectif et social qui nécessite une prise en charge adaptée. La dépression du postpartum touche entre 15 à 30 % des femmes et le suicide est la première cause de mortalité maternelle pendant le postpartum. Le suivi de grossesse comporte de nombreuses consultations a contrario du postpartum. L'entretien postnatal précoce (EPNP) a été rendu obligatoire en juillet 2022 afin de repérer les difficultés liées à la parentalité et repérer les premiers signes de dépression du postpartum. Comment les sages-femmes libérales en Alsace, intègrent l'entretien postnatal précoce dans la prise en charge de leurs patientes ?

Objectifs : L'objectif principal est d'identifier les freins et leviers à la mise en place de l'EPNP ainsi que de montrer différentes manières d'aborder les thématiques préconisées afin d'améliorer la pratique clinique.

Matériel et méthode : Une étude observationnelle exploratoire sous la forme d'entretiens semi-directifs a été réalisée auprès de dix sages-femmes libérales exerçant en Alsace. Les participantes ont été recrutées par le biais de mails après échantillonnage aléatoire.

Résultats : La motivation majeure des sages-femmes interrogées à pratiquer l'EPNP est notamment le dépistage des détresses maternelles. Elles relèvent avoir une place centrale grâce au lien privilégié avec la patiente qui a été construit lors de la grossesse. La pratique de l'EPNP est hétérogène selon les sages-femmes interrogées, mais les thématiques abordées sont les mêmes. Certaines utilisent des trames, d'autres des logiciels ou encore l'échelle d'Édimbourg. Les freins retrouvés sont le manque de formation, de réseau, intérêt des patientes, le manque d'informations auprès de celle-ci, mais également l'absence du 100 % maternité et une faible rémunération.

Conclusion : Le déploiement de l'EPNP est un enjeu en matière de santé publique. Il nécessite une reconnaissance dans le suivi du postpartum afin d'être généralisé pour toutes les patientes. Cette reconnaissance s'accompagne d'une campagne d'information auprès des patientes afin de susciter de l'intérêt auprès de celle-ci.

Mots-clés : sages-femmes libérales, entretien postnatal précoce, dépression, étude qualitative, accompagnement postnatal