

2022-2023

Diplôme d'État de Sage-femme

Mémoire de fin d'études

L'ABORD DE LA SANTÉ MENTALE EN POST-PARTUM PAR LES SAGES- FEMMES HOSPITALIÈRES ET DE PMI : UNE ÉTUDE QUALITATIVE

PELÉ LISA

Née le 08 mars 1999

Sous la direction du Dr Élise RIQUIN, pédopsychiatre et de la
directrice de l'école de sage-femme d'Angers Marie-Cécile
BEDOUE

Jury

Lucile ABIOLA : présidente

Léa DELBOS : membre

Céline MABON : membre

Nadège BEAUDOUIN : membre

Soutenu publiquement le 25 mai 2023

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les travaux des étudiant-es : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Engagement à signer et à joindre à tous les rapports, dossiers, mémoires ou thèse

Je, soussigné·e, Lisa PELÉ

déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, numérique ou papier, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

signé par l'étudiante le 27 / 03 / 2023

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier particulièrement ma directrice de mémoire, le Dr Élise Riquin pour sa disponibilité, sa bienveillance et son accompagnement dans mon premier travail de recherche. Merci à Mme Bedouet, co-directrice de mon mémoire pour son aide précieuse et de m'avoir guidée en ce début d'année.

Je remercie également l'équipe pédagogique de l'école de sage-femme d'Angers de m'avoir formée durant ces quatre années d'école.

Un grand merci à tout.es les sages-femmes qui ont accepté et pris le temps de participer à mon étude. Ces échanges m'ont été d'une grande richesse.

Une pensée à mes parents et à ma sœur qui ont toujours été présents. Merci infiniment à ma maman d'être toujours là pour moi.

A tous ceux qui m'ont accompagnée durant ces années d'études, et surtout à mes amies de promotion qui sont d'un soutien sans faille et avec qui j'ai pu passer de merveilleux moments.

Et enfin, je remercie Agathe Daher celle qui m'a donné envie de devenir sage-femme à mon tour.

@LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence régionale de santé

AP : Auxiliaires de puéricultures

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNSF : Collège nationale des sages-femmes

EPDS : Edinburgh postnatal depression scale (en anglais)

EPP : Entretien post-partum

PMI : Protection maternelle et infantile

PRADO : Programme de retour à domicile

SF : Sage-femme

SOMMAIRE

Avertissement	3
Engagement de non plagiat.....	4
Remerciements	5
@Liste des abréviations	6
Sommaire	7
Introduction	9
Matériel et méthode	11
1. Choix de la méthode	11
2. Population et recrutement	11
3. Recueil des données	12
4. Analyse des données	12
5. Aspects éthiques et réglementaires.....	12
Résultats	13
1. La population d'étude.....	13
2. Abord de la santé mentale.....	13
3. Freins de l'abord de la santé mentale par les sages-femmes	17
4. Facilitateurs de l'abord de la santé mentale par les sages-femmes	20
5. Solutions envisagées par les sages-femmes.....	22
Discussion	25
1. Le résultat principal	25
2. Biais et limites de l'étude.....	25
3. La comparaison avec la littérature	26
4. Les perspectives.....	29
Conclusion	31
Annexes	33
Annexe 1 [Affiche de communication]	33
Annexe 2 [Guide d'entretien]	34

Annexe 3 [Entretien n°6]	36
Bibliographie	51
Table des tableaux	53
Table des matières.....	54
ABSTRACT	56
Resumé	56

INTRODUCTION

Le post-partum est un sujet très actuel qui ne cesse d'être repris dans la littérature(1) et à travers d'autres médias (tels que les podcasts(2)) afin d'évoquer sans tabou l'entrée dans la maternité.

Il désigne la période qui s'étend de l'accouchement au retour de couches(3). Cette phase peut-être le témoin de grands bouleversements autant physiques que psychiques. L'accompagnement de ces femmes à la parentalité est d'autant plus crucial et important qu'en France, le rapport de l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) révèle que le suicide maternel est maintenant une des premières causes de décès maternels (avec les maladies cardiovasculaires)(4). Les primipares représenteraient 68% de l'ensemble de ces suicides(4).

L'accompagnement de ces femmes dans ce nouveau rôle est donc indispensable dans les semaines qui suivent la naissance. C'est pour cela que l'organisation d'un accompagnement des femmes par un.e sage-femme libéral.e à la sortie de la maternité s'est généralisé, en lien avec la diffusion du Programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) organisé par l'Assurance Maladie(5). Alors que 8 % des maternités déclaraient proposer à la plupart des femmes une visite à domicile par un.e sage-femme libéral.e à la sortie de suite de couches en 2010, elles sont 79 % à le faire dans le cadre du PRADO et 13 % en dehors du cadre de ce programme en 2016 lorsque la mère et le bébé « vont bien »(5).

Cependant, hormis l'organisation du suivi à domicile par une sage-femme libérale la première semaine de vie, il n'y a aucune consultation sur le versant maternel auprès d'un professionnel de santé avant la visite post-natale qui a lieu entre la 6^e et 8^e semaine après l'accouchement. Ce qui crée une rupture face au suivi prénatal régulier de fin de grossesse (consultations obstétricales, cours de préparation à la naissance) ainsi que le séjour à la maternité. De plus, il y a peu d'études qui interrogent les patientes sur le vécu de l'accompagnement jusqu'à la visite post-natale(6).

Dans le contexte actuel et dans une démarche d'amélioration des indicateurs nationaux alarmants, un entretien postnatal précoce doit être mis en place depuis le 1^{er} juillet 2022 entre la 4^e et la 8^e semaine suivant l'accouchement. Il a pour objectif de repérer les premiers signes de

dépression du post-partum ou les facteurs de risques qui y exposent(7). Cet entretien est justement mené par une sage-femme ou un médecin, acteurs primordiaux de la santé des femmes. Il s'inscrit dans la continuité de l'entretien prénatal précoce qui visait déjà à identifier les risques de vulnérabilités psychosociaux mais de manière plus globale à la fois sur le plan social, économique et psychologique.

Ce qui nous amène à nous poser la question : Quels sont les freins et les facilitateurs des sages-femmes sur l'abord de la santé mentale durant la période du post-partum ?

Dans ce mémoire, nous avons interrogé les sages-femmes hospitalières et de PMI concernant l'abord de la santé mentale avec les patientes durant la période du post-partum.

L'objectif primaire était de recueillir la parole des professionnels autour de cette thématique et de mettre en évidence l'existence de freins et de facilitateurs qui impactent le dépistage et la prise en charge des troubles psychiques.

L'objectif secondaire visait à évoquer des axes de réflexion pour renforcer l'accompagnement maternel postnatal.

Cette étude a été réalisée au regard de deux hypothèses principales de recherche. Une première hypothèse était que l'abord de la santé mentale était peu abordé par manque de temps et de formations des professionnels. La seconde hypothèse de recherche était que la santé mentale était davantage abordée par les sages-femmes exerçant en centre de PMI que par les sages-femmes hospitalières.

MATERIEL ET METHODE

1. CHOIX DE LA METHODE

Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée entre le 12 décembre 2022 et le 10 février 2023 à partir de 9 entretiens individuels semi-directifs.

Ce choix d'étude a été discuté en amont avec l'équipe pédagogique lors des émergences de thème. Cette méthode semblait la plus appropriée afin d'évoquer le retour d'expérience des professionnels sur cette thématique de l'abord de la santé mentale et de recueillir leurs pensées subjectives le plus librement possible.

2. POPULATION ET RECRUTEMENT

La population de cette étude était composée de sages-femmes d'âges et d'années de pratiques variés intervenant auprès des patientes durant le post-partum.

Les critères d'inclusion étaient le fait d'être une sage-femme au sein d'une structure hospitalière (maternités de niveau I, II, III) ou d'un centre de protection maternelle et infantile, exerçant dans le département du Maine-et-Loire (49) ou de la Mayenne (53), et d'accepter de participer à cette étude.

Les critères d'exclusion étaient d'être non francophone, d'exercer dans un département autre que le Maine-et-Loire ou la Mayenne, et d'avoir une activité libérale.

Concernant le recrutement des participants, les sages-femmes hospitalières ont été contactées par mail par l'intermédiaire du réseau sécurité naissance à la suite d'une demande formulée au Conseil scientifique. Les sages-femmes de PMI ont été contactées personnellement par mail du fait que le réseau sécurité naissance ne garantissait pas l'exhaustivité des contacts. Une seconde diffusion a été réalisée par ma directrice de mémoire. Un premier contact était établi par mail avec les professionnels volontaires afin d'obtenir leur consentement sur les modalités de l'entretien et convenir d'un rendez-vous en présentiel ou en distanciel.

3. RECUEIL DES DONNEES

Les entretiens semi-dirigés suivaient un guide d’entretien validé par ma directrice de mémoire, le Dr Riquin. Ce guide a pu évoluer au fur et à mesure de la réalisation des entretiens.

Les entretiens ont eu lieu en présentiel ou en distanciel selon le choix du participant. Un lieu était convenu, ou un lien de connexion était envoyé. La durée des entretiens était variable allant de 25 minutes à 60 minutes. Les entretiens étaient enregistrés par audio via un dictaphone sur téléphone et sur ordinateur afin d’avoir une double traçabilité. Ils ont été retranscrits intégralement et anonymisé à l’aide du logiciel Microsoft Word avant d’être supprimés. Neufs entretiens ont été réalisés pour obtenir la saturation des données.

4. ANALYSE DES DONNEES

Concernant la méthode d’analyse adoptée, nous avons fait le choix d’une analyse de nature inductive à partir du verbatim. Un codage par catégorie a été réalisé à partir d’une analyse de contenu du verbatim. Ce codage a été utilisé afin de dégager les axes principaux de notre étude.

5. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES

Concernant l’aspect éthique et réglementaire de cette étude : le consentement éclairé, la confidentialité et les autorisations réglementaires ont été respectés.(8)

Avant chaque entretien, une note d’information concernant les modalités de l’étude était préalablement envoyée, l’objet de l’étude réexpliqué et un consentement oral était obtenu.

Les noms propres et les caractères identifiants ont été supprimés. Le nom des participants a été substitué par un nom de code (P+n° de l’entretien).

Le recrutement a été réalisé en conformité avec les conseils du comité d’éthique du CHU d’Angers que j’ai sollicité pour donner un avis sur le caractère éthique de ma recherche. Ce projet de recherche a également fait l’objet d’une déclaration à la CNIL.

RESULTATS

1. LA POPULATION D'ETUDE

Tableau I : Caractéristiques de la population de l'étude menée du 12 décembre 2022 au 10 février 2023

Entretien	Sexe	Âge	Année du diplôme	Années d'exercice	Mode d'exercice	Durée de l'entretien (min)
P1	F	53	1993	30	Hospitalier niveau II	47
P2	F	26	2018	4	Hospitalier niveau II	25
P3	F	23	2022	0,4	Hospitalier niveau I	26
P4	F	39	2007	14	PMI	39
P5	F	31	2015	7	PMI	60
P6	H	35	2011	11	PMI	47
P7	F	39	2006	17	Hospitalier niveau III	37
P8	F	42	2004	18	Hospitalier niveau III	51
P9	F	28	2016	6	Hospitalier niveau I	33
Moyenne		35,1		11,9		40,6

2. ABORD DE LA SANTE MENTALE

2.1 Les sages-femmes : acteurs.rices privilégié.es du post-partum

Les sages-femmes hospitalières et de PMI s'accordaient à dire qu'ils.elles ont un **rôle majeur d'écoute** et de **dépistage** durant la période du post-partum. « *Voilà donc ça part de l'observation déjà et de la réelle écoute bienveillante. Je suis persuadé que si on écoute vraiment nos patientes, on dépiste mieux, on traite mieux.* » (P6)

Elles mettaient en avant leur **rôle d'orientation** en cas de dépistage de situation pathologique. « *[...] apporter un rôle de conseils et d'orientation parce qu'il faut savoir aussi orienter quand il y a besoin avec d'autres professionnels.* » (P3)

Les trois sages-femmes de PMI insistaient sur **la nature de la relation** privilégiée qu'ils.elles ont avec leurs patientes. « *Plutôt privilégiée parce que du coup le post-partum, ça va être surtout les patientes que j'ai accompagnées pendant la grossesse.* » (P4)

2.2 La formation initiale et continue

La majorité des sages-femmes se souvenaient avoir eu une formation théorique sur la dépression du post-partum au cours de leur **formation initiale**. « *Je pense que j'ai eu un petit cours pendant mes études là-dessus et c'est tout, pas depuis.* » (P2)

Deux d'entre elles avec une plus longue carrière disaient que cela n'avait pas été évoqué pendant leur étude. « *Pas quelque chose de directement ciblé sur la dépression du post-partum.* » (P1)

Trois sages-femmes intéressées par le sujet ont réalisé des formations complémentaires tel qu'un **diplôme universitaire** en lien avec la psychologie périnatale. « *Alors moi, j'ai fait un DU de psycho-périnatalité mais voilà c'est quelque chose qui m'appartient, qui fait partie de mon parcours.* » (P1)
« *J'ai fait des formations complémentaires, j'ai un DU de psychopathologie périnatale que j'ai obtenu en 2016.* » (P8)

Deux sages-femmes de PMI insistaient également sur l'apport du **développement professionnel continu** au sein de leur pratique. « *Parce que tu vois, tu lis les publications, tu lis quand même pas mal de choses.* » (P4)

2.3 Dépistage des troubles psychiques

Les sages-femmes abordaient la santé mentale pour la plupart avec des termes comme : **le moral, le vécu de l'accouchement**. « *Je questionne toujours le moral. D'abord par le vécu de la grossesse, de l'accouchement surtout, le vécu du conjoint aussi de ce moment-là et de comment elle se sent aujourd'hui.* » (P6)

Selon les sages-femmes hospitalières, la priorité était de vérifier la mise en place **d'un suivi en externe**. « *J'essayais plutôt de voir si des choses avaient été mises en place, éventuellement vérifier qu'il y a une sage-femme libérale, une psycho. S'il y en avait une, la prévenir.* » (P8).

En cas de difficultés observées, les sages-femmes sollicitaient pour beaucoup **la psychologue** « *Si on sent que ça va mal après en suite de couches, on essaye de voir pour que la psychologue elle passe* » (P9) et parfois **le psychiatre** dans le cadre d'une maternité de type III « *on fait appel aux psychiatres* » (P7)

Quatre professionnels s'accordent à penser que **les transmissions** entre collègues sont primordiales et que les **auxiliaires de puéricultures** sont des acteurs de dépistage. *« Après, on s'appuie aussi sur nos collègues. Les auxiliaires, par exemple elles passent aussi pas mal de temps dans les chambres. Donc, elles peuvent aussi voir des choses que nous on ne voit pas forcément. » (P2)*

Quatre sages-femmes dont trois de PMI interrogées affirmaient utiliser **l'échelle d'Edimbourg** afin de dépister la dépression du post-partum. *« J'utilise l'échelle d'Edimbourg. » (P4).* L'une d'entre elles disait l'aborder systématiquement pendant **les cours de préparation à la naissance**. *« Alors, j'arrive facilement à aborder la question. [...] J'en parle systématiquement pendant les cours de préparation à la naissance pour les sensibiliser. » (P4)*

Deux sages-femmes disaient ne pas utiliser le terme de dépression du post-partum pendant le séjour à la maternité. *« Alors du coup j'utilise peut-être pas jamais mais très rarement ce terme. » (P2)* et trois d'entre elles l'abordaient en cas **d'antécédent psychiatrique** ou **de traitement**. *« Sinon par contre, pour les femmes pour qui c'est connu qu'elles ont déjà eu un antécédent de dépression du post partum. Ben là par contre, je vais vraiment dire ce mot avec elles. « J'ai vu, je sais que vous avez déjà connu une dépression pour le post-partum de votre aîné. Voilà, vous hésitez pas ». » (P3)*

Une sage-femme évoquait être particulièrement vigilante à la santé mentale dans le cadre de situation de **deuil périnatal**. *« Par contre, sur les morts fœtales et les IMG, j'abordais pas la dépression mais j'abordais les difficultés autour du deuil qu'elles pourraient traverser éventuellement. » (P8)*

La plupart des sages-femmes interrogées n'abordaient pas **les idées suicidaires** avec leurs patientes. *« Non pas du tout. Franchement non. Les idées suicidaires et tout ça tu veux dire ? Non, je n'ai jamais parlé de ça non. » (P2).* Hormis une, tous les professionnels avaient connaissance du suicide comme première cause de mortalité maternelle. *« Et pourtant j'ai entendu ce rapport effectivement qui disait qu'il y avait le suicide qui était passé en première position. » (P4)*

Pour trois d'entre eux.elles, il paraissait important de questionner **les idées suicidaires** dans certaines situations. *« Je n'oublie pas à ce moment-là de poser une question. Alors quand j'ai pu déjà mettre le doigt sur tout un*

faisceau de présomptions qui me font croire que cette patiente est touchée par la dépression du post-partum, c'est poser la question du risque suicidaire. C'est une question qui n'est pas facile à poser, mais qui est tellement importante parce que si elle n'est jamais nommée, elle reste en suspens » (P6)

« Là, dans mon nouveau poste, ça m'arrive tout le temps. « Est-ce que quand il y a une tristesse ou quelque chose, est-ce que vous avez envie de vous faire du mal ? » Oui, c'est quelque chose que je peux aborder. C'est un truc que j'avais un peu du mal à le demander et maintenant ça fait partie des choses qu'on demande très facilement. » (P8)

L'une des professionnelles utilisait un autre terme que les idées suicidaires. *« Non, non. Ça clairement, j'aborde pas. Je vais aborder plutôt les idées noires mais pas les idées suicidaires. » (P4)*

2.4 Un parallèle avec la question des violences

Quatre sages-femmes ont pu comparer l'abord de la thématique des idées suicidaires à celle à **des violences**. Selon elles, **la maîtrise du sujet** conditionne la facilité de l'évoquer. *« Comme pour la question des violences conjugales, en fait si tu sais l'importance qu'il y a derrière la question, elle est facile à poser. Mais parce que tu sais aussi ce que tu peux avoir comme réponse. » (P4)*

2.5 La mise en place de l'entretien postnatal

Deux sages-femmes hospitalières n'avaient pas connaissance de la mise en place d'un entretien postnatal. *« Non, je n'en ai pas trop entendu parler je t'avoue... » (P2)* et trois autres sages-femmes s'interrogent sur **les objectifs** et **le déroulement** de cet entretien. *« J'aimerais bien savoir en quoi ça correspond. On dit l'entretien postnatal. Oui c'est bien mais qu'est-ce qu'on met dedans ? » (P4)*

Deux professionnels de PMI interrogés disaient en avoir déjà réalisé. *« Ouais. 3-4 pour l'instant. Pas beaucoup. » (P6)*. Ce même professionnel évoquait un projet en cours concernant un outil guidant la réalisation de ses entretiens post-nataux. *« J'utilise la trame de l'entretien prénatal précoce que nous réalisons [...] Alors là, je l'adapte... [...] C'est quelque chose qu'on a construit ensemble, en réseau et qu'on va réadapter avec l'échelle*

d'Edimbourg, je l'espère, mais pour qu'on puisse formaliser et harmoniser la pratique au sein de la PMI. C'est en en cours. » (P6)

La majorité des sages-femmes s'entendaient sur **la pertinence** de sa mise en place. « *C'est là, je pense qu'on peut dépister des choses pour lesquelles on serait passé à côté.* » (P2). Deux d'entre eux.elles évoquent la redondance avec **la visite post-natale**. « *Il a été mis en place mais c'est déjà ce qu'on faisait à la visite postnatale.* » (P4). L'**obligation** de l'entretien est revenu à plusieurs reprises dans les propos des professionnels interrogés. « *La rendre obligatoire [...] me pose un problème puisqu'on doit obligatoirement la proposer mais je me vois pas traîner des gens en entretien parce qu'ils avaient pas envie.* » (P6)

3. **FREINS DE L'ABORD DE LA SANTE MENTALE PAR LES SAGES-FEMMES**

3.1 **Le constat de la priorisation du somatique au détriment du psychique**

L'un des premiers constats énoncés par deux sages-femmes est que le **champ de la santé mentale** est considéré comme **délaissé**. « *C'est difficile à dire parce que c'est un champ qui je pense est pas tellement pris en considération [...] on se rend bien compte que le somatique est priorisé.* » (P1)

3.2 **Dysfonctionnements du système de santé**

Selon trois sages-femmes, le **réseau de santé mentale est un réseau saturé** « *La deuxième, c'est que le réseau de santé mentale est saturé et malade.* » (P6). Ce qui entraîne une **difficulté d'accès aux soins**. « *Oui, du réseau mais aussi des ressources en professionnels en lien avec la psychiatrie périnatale. C'est quand même pauvre. La psychiatrie est pauvre. Pas pauvre en compétences, pauvre en nombre de ressources.* » (P8)

« *Elle avait appelé le CMP, ils avaient pas de places, ils la revoyait que mi-janvier. Et ils l'ont même pas adressée aux urgences pour qu'elle puisse voir un psychiatre de l'UMP.* » (P4)

Deux sages-femmes ont également évoqué **le manque de communication** avec le champ psychiatrique. « *Après, il y a un autre point aussi pour en avoir parlé avec pas mal de soignants de la périnat où que ce soit, c'est des fois le manque de liaison avec le champ psychiatrie adulte [...]* » (P1)

Un **manque de moyens** est souligné par plusieurs sages-femmes et considéré comme un frein dans la prise en charge globale des patientes.

Une sage-femme évoque le manque de **moyens matériels** : « *Ce week-end, j'avais 5 papas qui voulaient rester dormir auprès de leur femme [...]. Et la question, c'est, est-ce qu'on a assez de lits pour eux ? J'avais un papa qui a dormi par terre. Il préférerait, il avait pas de lit mais il a dormi par terre. Enfin c'est pas possible d'accueillir les gens comme ça.* » (P7)

La plupart d'entre elles évoquent le manque de **moyens humains** et notamment **la pénurie de sage-femme**. « *Le manque de sage-femme est crucial partout.* » (P1). Selon une sage-femme hospitalière, cela entraîne une **dégradation du suivi médical** des patients. « *En fait, nous maintenant les sages-femmes libérales autour de chez nous, elles ont plus de place. C'est trop compliqué. Du coup, ça c'est des dames qui auront un suivi moindre que si elles étaient suivies par une sage-femme libérale.* » (P9). Le manque de **moyens financiers** est pour certain.es un réel frein dans la prise en charge de la santé mentale. « *Donc toutes les patientes ne peuvent pas se payer une séance chez une psychologue de 50€ toutes les semaines. Donc la vraie question, je pense est la question des moyens mis en œuvre financiers et en ressources pour à la fois mieux repérer les patientes.* » (P8)

La **charge de travail** et le **temps** sont également deux facteurs qui ont été évoqués par huit des neuf sages-femmes interrogées. « *Mais si on a x patientes à voir sur notre tour et qu'on est la seule sage-femme dans le service. Il y a des fois, on n'a clairement pas assez de temps en fait.* » (P3)

3.3 Limites en lien avec les soignants

La majorité des professionnels sages-femmes interrogées mentionnaient à de nombreuses reprises la **limite de leurs compétences sages-femmes** dans ce cadre. « *Je vais proposer je vais mettre ça en place éventuellement mais je suis pas psychologue quoi...* » (P2)

Une autre sage-femme disait que l'une des difficultés est que le champ de compétences des sages-femmes est proche avec celui des psychologues. *« La difficulté que l'on a, c'est qu'on est sur... comment dire ? On est sur une discipline qui est franchement à cheval entre le boulot de sage-femme et le boulot de psycho. » (P1)*

Enfin une autre sage-femme hospitalière affirmait que selon elle, la difficulté principale des sages-femmes était le **repérage des limites de la physiologie**. *« Les deux principales difficultés [...] C'est à quel moment je passe le relais, à quel moment c'est pathologique, et deuxièmement à qui je passe le relais ? » (P8)*

La difficulté de dépistage de la dépression du post-partum et le fait de ne pas avoir de **retour sur la prise en charge** peut être une des limites de la certitude du diagnostic envisagé. *« Je peux être à l'origine du dépistage mais pas du diagnostic. [...] Il est malhabile pour moi de dire : « Vous souffrez d'une dépression du post-partum ». [...] Déjà, moi me faire aider pour poser le diagnostic. Donc c'est plutôt là où je suis jamais absolument sûr qu'il s'agit de d'une dépression. Parce que ces patientes là, je n'ai pas toujours de retour de la prise en charge. » (P6)*

Les six sages-femmes hospitalières reconsidéraient leur rôle d'aborder la dépression du post partum n'intervenant que durant **le séjour à la maternité**. *« Après en hospitalier, on est présent je trouve dans le post partum que très peu. » (P3)* et *« la santé mentale on va pas aller chercher plus loin si on sent que la dame, le couple enfin la diade mère-enfant, ou le couple + le bébé vont bien. » (P9)*

Concernant les idées suicidaires, l'une des sages-femmes évoquait **la peur** de poser la question. *« Je trouve pas ça facile d'évoquer ça avec les patientes en tout cas [...] déjà j'aurais peur de poser la question, enfin, faut poser la question de la bonne façon pour pas qu'elle se braque la patiente. Ouais, peut-être un peu peur de sa réaction, que ça coupe le dialogue. » (P7)*. Une autre évoquait **la légitimité** de l'aborder. *« De dire à une patiente que je ressens qu'elle est en détresse et que je suis là pour l'aider, ok. Mais par contre, d'aller plus loin dans les explications, je ne suis pas sûre que je sois légitime à le faire. » (P1)*. Enfin, deux sages-femmes disaient ne pas être à l'aise avec les idées suicidaires. *« je pense pas que je serai très très à l'aise et c'est pour ça qu'on a une psychologue. » (P9)*

3.4 Limites en lien avec les patients

D'autres freins sont mis en lumière par les sages-femmes concernant l'abord de la santé en lien avec les patients.

Par exemple, deux sages-femmes évoquaient des difficultés lors des situations de **refus de soin**. « *Qu'est-ce qu'on fait avec des patientes qui ne veulent pas aller se faire soigner ? Donc c'est notre rôle de conduire vers le soin [...] quand on fait l'échelle EPDS et qu'elle répond à la question : avez-vous des idées suicidaires [...] si elle te répond oui, bah t'as l'air *** !* » (P5)

Un.e des sages-femmes citait **la diversité culturelle** comme étant une des limites de l'abord de la santé mentale avec ses patientes. « *Je soigne une patientèle issue de la migration [...] pour qui la santé mentale n'est pas quelque chose qui est tout à fait facile à aborder et pour qui on n'a pas les mêmes repères culturels de la santé mentale en Europe que en Afrique subsaharienne [...] J'ai récemment là aussi, récemment découvert l'échelle d'Édimbourg. [...] Le problème, c'est qu'on a beaucoup de patientes allophones, qui lisent pas forcément. En plus d'être allophone, elle ne sont pas toutes lectrices.* » (P6)

Quatre sages-femmes soulignaient une difficulté de prise en charge en cas de **pathologies psychiatriques**. « *Là où c'est plus compliqué, c'est les patientes qui ont déjà des pathologies psy.* » (P4)

L'une d'elles considérait au contraire que c'est davantage aisé quand la pathologie est diagnostiquée et connue. « *Finalement s'il y a déjà une pathologie suivie, c'est bien étayé, c'est plus facile, on a l'impression après dans leur histoire aux patientes, je sais pas si c'est facile, mais elles ont du soutien, des ressources, elles connaissent déjà les professionnels qui peuvent les aider.* » (P7)

4. FACILITATEURS DE L'ABORD DE LA SANTÉ MENTALE PAR LES SAGES-FEMMES

4.1 Des pensées communes

Selon les professionnels interrogés, le **métier de sage-femme** était en lui-même un avantage afin d'aborder la santé mentale avec les patientes. « *Ce qui facilite pour moi, c'est le fait d'être sage-femme tout simplement [...] T'es pas spécialiste de la santé mentale.* » (P8).

L'accès à l'intimité ou encore **la proximité** avec les patientes ont été cités à deux reprises. « *On est au plus proche des femmes. On est dans l'intime.* » (P1)

Les **compétences sociales** et **de prévention** des sages-femmes ont été évoquées à plusieurs reprises. « *je parle beaucoup. [R]. Et que du coup, c'est une discussion. C'est pas : « Il y a qu'à, faut qu'on... ». C'est juste de la prévention au même titre que la mort subite du nourrisson.* » (P4)

Un des facilitateurs qui a été évoqué par quatre sages-femmes est lorsqu'il y a **un appel à l'aide** spontané des patientes. « *je trouve que les patientes qui en parlent d'elles-mêmes, c'est encore plus facile.* » (P3)

Les **conditions d'exercices** permettaient à certaines sages-femmes de plus facilement dépister certains troubles psychiques comme en PMI ou en unité de psychiatrie périnatale. « *J'ai un exercice où je peux poser la question parce que je suis sécurisée sur la réponse que je vais pouvoir apporter.* » (P8)

4.2 Les constats de la PMI

Les sages-femmes de PMI partageaient les mêmes propos. Selon eux.elles, **le suivi à long terme** et **l'alliance thérapeutique** impliquait un meilleur dépistage. Il est plus aisé pour les professionnels d'aborder la santé mentale lorsqu'un suivi à long terme est déjà instauré. « *C'est plus simple à dire parce qu'on se connaît depuis un bout de temps alors qu'à l'hôpital quand on voit 40 personnes c'est compliqué.* » (P5)

De plus, les sages-femmes de PMI ont souligné **la connaissance de leur patientèle** et **l'analyse du langage corporel** comme un facilitateur. « *Je vais dans la salle d'attente, je vois la posture de la patiente et puis comme je la connais un peu, je me dis : Oh là là, ça va pas.. [R]. [...] Son non-verbal confirme ce que j'avais pu déjà pressentir. Je lui pose la question : « ça va ? ». Elle me dit : « ça va ». Et je m'autorise à lui dire : « Permettez-moi de vous dire que moi quand je vous ai vu je me suis dit : Ah tiens il y a une fatigue, y'a quelque chose, qu'est-ce que vous en pensez ? » Et voilà. Et après, en tirant la pelote, il est assez facile de pouvoir creuser, creuser et voir s'il y a matière à s'inquiéter.* » (P6)

La confiance est également un terme qui a été repris par les professionnels de PMI à plusieurs reprises comme étant un facilitateur. « *La*

relation de confiance. Les patientes, elles hésitent pas à t'interpeller parce qu'elles te connaissent aussi. Je pense que ça aide, ça aide facilement. » (P4)

Les sages-femmes territoriales considéraient avoir une bonne connaissance du **réseau de santé mentale** en cas de difficulté maternelle observée. « *Par contre, le fait de travailler en PMI me fait très très bien connaître le réseau associatif, le réseau de soins local ou départemental. Donc ça c'est un plus dans le sens où je vois très très bien à qui m'adresser si besoin. » (P6)*. De plus, l'une des missions principales de la PMI est **la communication** et la **prévention**. « *Je pense qu'en PMI, c'est assez facile d'aborder le sujet des inquiétudes parce que nos inquiétudes on les nomme facilement, ne serait-ce qu'en protection de l'enfance. » (P4)*

L'un d'entre eux.elles met en avant **le temps de consultation** comme une force de dépistage des troubles psychiques contrairement aux autres modes d'exercices. « *Je souris parce que moi j'ai le temps de consulter. Je ne suis pas tenu à des contingences, à des contingences de rémunération à l'acte par exemple. » (P6)*

5. SOLUTIONS ENVISAGEES PAR LES SAGES-FEMMES

5.1 Un repérage systématique

Deux sages-femmes mettaient l'accent sur l'importance des **staffs médicaux psychosociaux** afin de repérer les vulnérabilités psychologiques. « *Et puis mine de rien, nos staffs en périnatalité à la maternité de *** qui ont lieu une fois par mois. Elles m'adressent facilement les patientes où elles sentent que psychologiquement c'est fragile. » (P4)*.

Des professionnels comme les **auxiliaires puéricultrices**, ou les **puéricultrices** ont été régulièrement citées comme ayant un rôle majeur dans le dépistage. « *Elles ont aussi un rôle à jouer là-dedans parce qu'elles passent beaucoup de temps avec la mère pour des soins de l'enfant et tout ça... » (P3)*

Par ailleurs, des outils tels que les **échelles psychométriques** de dépistage de la dépression du post-partum font également partis des solutions suggérées par quatre sages-femmes interrogées. « *Peut-être qu'un jour, elles feront passer des échelles en suite de couches, par exemple une échelle de dépression. On pourrait très bien les faire passer en suite de couches. » (P8)*

Une des sages-femmes citait **les entretiens postnataux** comme étant un axe de dépistage important. *« Alors axer sur le dépistage, là je dirais, il y aurait un gros boulot à faire sur les EPP mais pour l'instant nous on va pas travailler là-dessus [...] »*

5.2 Un désir de formation

La formation des professionnels quant à certaines thématiques une volonté de plusieurs professionnels.

On retrouve **un désir de formation** de la part des professionnels sur plusieurs thématiques tels que l'abord des idées suicidaires *« Une vraie formation sur une ou deux journées et nous donner des outils, des manières d'aborder les choses » (P4)* et comment mener un entretien postnatal. *« Ah Ben moi j'aimerais bien une formation avant de pouvoir diriger un entretien comme ça. » (P9)*

Deux professionnels incluait également dans ce désir de formation, la formation des **auxiliaires de puéricultures**. *« Donc je pense que ce serait bien d'avoir une petite piqûre de rappel de temps en temps pour tout le monde, pour nous, pour les AP¹ » (P2)*

Une sage-femme hospitalière a évoqué **la simulation réactionnelle** comme possibilité pour se former à l'abord des idées suicidaires avec les patientes. *« Maintenant, on fait des simulations in situ, simulations réanimation du nouveau-né, tout ça... Pourquoi pas des simulations un peu réaction sur le suivi de la santé mentale comme ça, faire des situations où voilà une patiente nous aborde le sujet de la tentative de suicide. Comment réagir ? Je pense que qu'il y a quelque chose à faire. » (P9)*

Enfin, l'une d'entre elles insistait sur **le développement professionnel continu**. *« Toujours continuer de me former davantage sur ces sujets parce que je pense que l'on a beaucoup à apprendre des études qui sortent actuellement sur ces chiffres-là. » (P3)*

5.3 Prévention

La prévention reste pour la majorité des professionnels un axe majeur d'intervention. Pour trois sages-femmes, l'appui **d'un support écrit** de prévention serait une force afin de parler plus facilement de la dépression du

post-partum durant le séjour à la maternité. *« Ce serait bien d'avoir une petite plaquette ou un petit document qu'on pourrait laisser à toutes les patientes je pense en systématique. » (P2).*

De plus, trois d'entre eux.elles ont exprimé l'importance de **l'implication co-parent** dans la prévention de celle-ci. *« Je trouve que d'en parler au papa, ça permet aussi que lui soit sensibilisé. Il connaît mieux sa femme que n'importe qui d'autre finalement. [...] C'est de la prévention. Je pense que le papa a aussi toute sa place dans la dépression. Au moins dans l'aide au diagnostic. » (P4).* Un professionnel a également émis **le congé parental partagé** comme une solution de prévention. *« Moi, je suis persuadé que c'est plutôt le système qui est à repenser. C'est à dire qu'il faudrait un congé parental partagé. » (P6)*

Enfin, **les réunions de groupe** ont été citées par deux professionnels afin de **déculpabiliser** le post-partum. *« Et je pense que c'est hyper bénéfique pour les femmes avant de sortir. Donc dans le post partum quand même assez récent. De discuter avec d'autres femmes qui sont dans la même situation qu'elles. » (P3)*

5.4 Pistes pour un meilleur dépistage

Deux sages-femmes sont persuadé.es que la notion de **réfèrent unique** est la clé d'un meilleur dépistage et d'une **alliance thérapeutique**. *« Et d'avoir quelqu'un qui sera son référent en anténatal, au retour à domicile et en post-partum. Pour moi, c'est hyper important. Parce que le lien de confiance, il est là. Quand c'est la sage-femme que vous avez déjà vue pendant une dizaine de fois vous dis : Je vous trouve pas bien, faudrait peut-être aller voir une psychologue. » Bah, ce sera forcément plus facile que voir un médecin traitant qui, juste parce qu'il vient peser le bébé et trouve une maman en pleurs et qui dit : « Faudrait peut-être aller voir quelqu'un » ». (P1)*

L'une d'entre elles évoquait qu'une **collaboration psychiatrique** serait un axe de réflexion potentiel à un meilleur dépistage. *« Et là, il y a une collaboration à approfondir, c'est évident. » (P1)*

DISCUSSION

1. LE RESULTAT PRINCIPAL

Les résultats principaux de notre étude montrent que les sages-femmes de PMI ont une très bonne connaissance du réseau de santé mentale et des outils de dépistage. Par ailleurs, un désir de formation émane des professionnels moyennant une mobilisation des structures et des moyens suffisants humains et financiers mis à disposition par le système de santé français.

2. BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE

Le premier biais mis en évidence dans cette étude est **le biais d'échantillonnage**. Effectivement, cette étude interroge les sages-femmes hospitalières et de PMI et exclue les sages-femmes libérales qu'il serait pour autant intéressant d'interroger. Elle n'est donc pas représentative de la population large. Pour une question de rigueur scientifique, nous avons fait le choix d'interroger une population plus spécifique (deux modes d'exercices maximum) afin d'obtenir des données de fond et de permettre la saturation des données. De plus, trois des participants ont parmi leur formation un DU en psychopérinatalité ou psychopathologie périnatale et nous pouvons supposer qu'elles ont davantage été sensibles au sujet de l'étude lors du recrutement.

Un second biais est soulevé : **le biais de formulation**. Cette première expérience de recherche qualitative construit l'expérience de l'enquêteur dans la réalisation d'entretiens semi-directifs. L'aisance de l'enquêteur dans la construction spontanée et la formulation orale d'une question peut être une source de difficulté de compréhension ou encore influencer la réponse de la personne interrogée.

Enfin, il existe **un biais de désirabilité sociale**. L'enregistrement de l'entretien peut influencer les réponses des participants à l'étude.

Une des limites de notre étude est que deux d'entre elles ont rejoint des unités plus spécifiques tournées vers la psychiatrie périnatale.

3. LA COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE

3.1 La santé mentale au cœur des débats

Le post-partum se définit comme étant la période qui s'étend de l'accouchement au retour de couches(3) et comprend le retour à l'état antérieur des fonctions féminines. Des concepts émergent tels que celui du quatrième trimestre, autrement appelé le « concept du continuum ». Il a été introduit par l'auteure américaine Jean Liedloff dans les années 1970(9). L'accouchement n'est plus considéré comme une finalité. Un attachement sécure avec des interactions physiques et psychiques dont les prémices s'installent les premières semaines qui suivent l'accouchement est primordial pour le développement de l'enfant. Cependant, ces premiers instants de connexion peuvent être altérés par des troubles psychiques. Cela fait partie intégrante des compétences sages femmes de dépister les fragilités de la construction du lien mère-enfant(10). *« C'est à dire qu'on va repérer les gros trucs, les voyants, les clignotants ok, les dysfonctionnements du lien mère-enfant. » (P1)*

La santé mentale devient un sujet majeur des programmes de soin et de la culture. Des auteurs, des chaînes de podcasts ainsi que des films émergent afin de déculpabiliser la maternité et d'alerter sur les situations de vulnérabilité. On peut voir que les professionnels s'en saisissent. *« Là j'ai vu un post de Anna Roy qui étend le post partum jusqu'à 3 ans, mais c'est vrai. [...] Donc, pour moi, c'est... tu vois dans la première année, où il y a un risque de dépression, et tant qu'il y a un risque de dépression, on peut faire passer un entretien post natal [...] de parler de la santé mentale un peu en continu. » (P5)*

3.2 Le dépistage des troubles psychiques

La période périnatale intégrant également la première année suivant la naissance de l'enfant est une période à risque de troubles psychiques pour la mère(11). Nous avons pu voir qu'en France, le rapport de l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) révèle que le suicide maternel est maintenant une des premières causes de décès maternels (avec les maladies cardiovasculaires(4). D'ailleurs d'après l'étude Elfe, seules 25%

des femmes ayant rencontré des problèmes psychologiques déclaraient avoir consulté un spécialiste pendant leur grossesse(12). Parmi les troubles psychiques, la dépression du post-partum est un des troubles psychiques qui serait retrouvé chez 10 à 20% des femmes à cette période(13). Les professionnels s'entendent sur le fait « *qu'il y a beaucoup de femmes qui font des dépressions post partum et qui sont dans le silence parce qu'elles veulent pas en parler.* » (P5).

Les professionnels interrogés ont cités la rééducation du périnée comme un moment propice au dépistage de la dépression du post-partum. « *Tu vois la rééducation, je pense que c'est aussi un endroit où la dépression du post-partum, elle est facilement abordée. Parce que tu la vois toutes les semaines et que tu le vois bien que ça va pas.* » (P4).

Des outils de dépistage de la dépression du post-partum existent tels que l'EPDS (échelle d'Edimbourg). Elle a pour objectif de dépister la dépression postnatale en émettant un score final à l'aide d'un questionnaire. Le CNSF préconise d'ailleurs l'utilisation de cette échelle dans le cadre de l'entretien postnatal précoce(14). Une étude de l'évaluation de l'EPDS a été réalisée chez 859 mères et visait à dépister les mères à risque de dépression du post-partum. Cette étude a montré une bonne validité et rapidité de son utilisation dans le post-partum immédiat et à long terme.(15) Cependant, elle est réalisée à partir d'un échantillon de patientes issues de cliniques privées. Nous pouvons supposer que la diversité de la population n'y est pas totalement représentée. De plus, le critère d'être francophone ou non n'apparaît pas dans les critères d'inclusion et d'exclusion de cette étude. L'échelle EPDS est certes un outil traduit dans plusieurs langues, néanmoins sa généralisation d'utilisation en post-partum est discutable avec la mise en évidence d'une difficulté de compréhension dans le cadre de la prise en charge de patientes allophones. Cependant au-delà des scores établis par cette échelle psychométrique, le diagnostic de la dépression postnatale doit s'appuyer sur des éléments cliniques et appréciables par le professionnel.

3.3 La santé mentale intégrée dans les projets de soin

Le système de santé propose des solutions concrètes afin d'agir en faveur du contexte de l'augmentation des mortalités maternelles.

Un entretien postnatal précoce est devenu obligatoire depuis le 1^{er} juillet 2022 et intègre le parcours de soins des femmes en post-partum(16). Sa mise en place est très largement discutée. Cet entretien n'est pas réalisé dans certaines structures du fait du manque de professionnels. *« Rien qu'à la maternité de *** il manque cinq sages-femmes. Il en manque cinq. Donc tout ce qu'elles faisaient avant, elles ne le font plus. Et on peut pas tout faire. Donc c'est bien de nous en mettre plus, mais donnez-nous les moyens humains de faire correctement les choses. » (P4).* A cela s'ajoute le fait que certains professionnels n'ont pas connaissances de la mise en place de cet entretien ou de leurs préconisations afin d'en diriger un. Justement, le CNSF émet d'ailleurs des recommandations pour les sages-femmes concernant la direction de l'entretien postnatal et des thématiques à aborder.(14)

De plus, à travers les entretiens les sages-femmes révélaient leurs inquiétudes sur le fait d'ajouter un entretien psychosocial de dépistage alors que les conditions ne le permettent pas. *« J'ai bien peur que cet entretien sans un maillage, un réseau en lien avec cette santé mentale, il reste très superficiel. » (P8).* La pertinence de l'instauration de cet entretien est unanime, cependant le parcours de soins en post-partum reste dense du fait des nombreux rendez-vous médicaux de la femme et de l'enfant. *« Alors je trouve ça pertinent, mais du coup ça rajoute des rendez-vous [...] Parce qu'au niveau de la sécu c'est quand même assez tablé. [...] Et on a déjà la visite postnatale. » (P4)*

Parmi les projets de soin, le rapport de la théorie des 1000 jours propose la création de la fonction « référent parcours »(17). Il met en avant l'importance de l'entretien prénatal et intègre le référent unique comme une personne ressource en cas de difficultés. Il permettrait un accompagnement continu et une mise en lien entre les professionnels. C'est ce que deux sages-femmes évoquaient *« Mais le suivi anténatal et la notion de sage-femme référente d'un suivi de grossesse, je trouve ça très intéressant [...] il est pas vraiment mis en place mais si ça pouvait être mis en place, je trouverais ça très intéressant. » (P6)*

Les sages-femmes de PMI sont également persuadées de leur rôle de dépistage. *« Je suis intimement persuadé que la sage-femme de PMI a un rôle prépondérant à jouer à la fois dans le dépistage mais aussi dans la coordination du parcours de soins une fois qu'on a posé un dépistage. » (P6)*

4. LES PERSPECTIVES

Parmi les perspectives, on pourrait envisager la formation des professionnels afin d'accompagner au mieux les couples dans le post-partum. La mise en place de simulations réactionnelles afin de former les professionnels au dépistage des idées suicidaires en post-partum est une suggestion qui mériterait d'être prise en compte en raison des indicateurs nationaux qui exposent le suicide maternel comme étant la première cause de mortalité maternelle avec les maladies cardiovasculaires(4). De plus, l'utilisation de l'échelle d'Edimbourg ou des supports de prévention des troubles psychiques du post-partum sont des pistes à explorer afin de favoriser un dépistage précoce lors de la grossesse ou du séjour à la maternité.

Enfin, dans un objectif d'amélioration de notre étude, on notera qu'il serait pertinent de réitérer l'expérience en interrogeant la population des sages-femmes libérales qui interviennent auprès des patientes durant la grossesse et le post-partum. Nous avons pu voir à travers les résultats qu'elles sont considérées comme des acteurs ressources du post-partum avec la réalisation de la visite post-natale, la rééducation du périnée ou encore la possibilité de réaliser les entretiens postnataux. Il serait intéressant de compléter cette étude avec le recueil de leurs expériences, et notamment de pouvoir constater quelles sont leurs connaissances des outils disponibles, et du réseau de santé mentale.

CONCLUSION

Pour conclure, aborder la santé mentale avec les patientes et dépister les troubles psychiques peut s'avérer complexe.

En interrogeant les sages-femmes de PMI et les sages-femmes hospitalières, nous avons pu remarquer qu'il existe des similarités et au contraire de réelles différences de pratiques professionnelles pour un même métier. Les sages-femmes de PMI affirment avoir un réel avantage dans ce dépistage par la connaissance du réseau de santé mentale.

Cette étude a permis de mettre en évidence que les deux populations de sages-femmes identifiaient des freins et des facilitateurs pour aborder la santé mentale avec les patientes. L'étude a pu soulever des limites qui ne concernent pas uniquement les soignants. Effectivement, le refus de soin, la diversité culturelle ou encore les pathologies psychiatriques sont des facteurs indépendants des compétences professionnelles acquises des sages-femmes. Cela peut parfois amener à une difficulté de dépistage malgré le suivi des recommandations. Nous avons pu également constater que la santé mentale peut être évoquée de multiples façons en post-partum. Les sages-femmes sont considérées comme de réels interlocuteurs privilégiés des femmes que ce soit durant la grossesse ou durant le post-partum. Cela atteste de la légitimité de leur place en tant qu'acteur de la santé mentale, et du dépistage des troubles psychiques.

Ce travail de recherche sur l'abord de la santé mentale a été pour moi une source de réflexion grâce à l'écoute des diverses expériences des professionnels. Leurs engagements au quotidien pour offrir la meilleure prise en charge possible seront pour moi exemple et source d'inspiration dans ma future pratique professionnelle.

ANNEXES

ANNEXE 1 [AFFICHE DE COMMUNICATION]

Entretien \simeq 30 minutes à 1 heure
afin d'échanger sur l'abord de la



Contact :

Lisa PELÉ

Tel°: 06 69 34 08 01

E-mail : lisa531999@gmail.com

lisapele@etud.univ-angers.fr

Mémoire dirigé par : Dr E. Riquin, pédopsychiatre au CHU d'Angers &
MC. Bedouet, directrice de l'école de sages-femmes d'Angers

ANNEXE 2 [GUIDE D'ENTRETIEN]

Introduction :

Je m'appelle Lisa Pelé, et je suis étudiante sage-femme en 5^e année à l'Université d'Angers. Je réalise un travail de mémoire sur la thématique de l'abord de la santé mentale avec les patientes par les sages-femmes hospitalières et de PMI durant la période du post-partum. J'aimerais échanger avec vous sur le sujet.

Notre entretien sera enregistré par audio, et retranscrit de manière anonyme. L'enregistrement sera à votre disposition si vous le souhaitez. Vous pouvez à tout moment interrompre l'entretien ou vous opposer à l'utilisation de ces résultats conformément à la note d'information que je vous ai remise.

Je reste à votre disposition si vous avez des questions ou pour toute information complémentaire.

Questions :

Racontez-moi, quel est votre parcours en tant que sage-femme ?

- Quelle est votre place auprès des patientes durant la période du post-partum ?
- Comment accompagnez-vous les femmes durant le post-partum sur le plan de la santé mentale ?
- Vous arrive-t-il d'aborder la question de la dépression du post-partum ?

De quelle manière abordez-vous la question de la dépression du post-partum ?

- Quels thèmes abordez-vous ?
- Suivez-vous un guide d'entretien / questionnaire ?
- Avez-vous été sensibilisé sur le sujet ?
- Avez-vous reçu des formations particulières, suivi des temps de sensibilisation ou participé à des congrès afin de dépister les premiers signes de dépression du post partum et d'identifier les facteurs de risque d'une patiente ?

Quelles difficultés avez-vous pu rencontrer au cours de l'abord de la santé mentale avec une patiente durant la période du post-partum ?

- Sur quelle thématique ? Avez-vous un exemple à me donner.

- Comment l'avez-vous vécu ?
- En cas de difficultés maternelles observées, que proposez-vous ?
- Comment se déroule la coordination entre les professionnels ?
-

En France, le rapport de l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) révèle que le suicide maternel est maintenant une des premières causes de décès maternels (avec les maladies cardiovasculaires(4)).

Abordez-vous la notion des idées suicidaires avec vos patientes ?

Si oui,

- De quelle manière ? Prononcez-vous le terme ?
- Comment vous sentez-vous à l'aise avec le sujet ?
- Quels éléments facilitateurs font que vous abordez plus facilement la santé mentale ? la notion des idées suicidaires ?

Si non, pour quelles raisons ?

Que voyez-vous comme pistes d'améliorations pour améliorer

l'accompagnement psychologique des patientes durant le post-partum ?

- Qu'est-ce qui vous aide / vous aiderait à prendre en compte ce sujet dans votre prise en charge ?
- Quels outils vous seraient utiles ?

D'ailleurs, « Depuis le 1^{er} juillet 2022, un entretien postnatal précoce a été mis en place entre la 4^e et 8^e semaine suivant l'accouchement avec pour objectif de repérer les premiers signes de dépression du post-partum ou les facteurs de risques qui y exposent »(7)

Que pensez-vous de l'instauration de cet entretien ?

- Selon vous, est-il pertinent ? Si non, pourquoi ?
- Avez-vous déjà réalisé un entretien post-natal précoce ? Si oui, vous sentez-vous formée ?
- Quel est selon vous le moment adapté pour évoquer la santé mentale des patientes ?
- Quel est votre avis sur le caractère obligatoire de son application ?

Nous arrivons à la fin de cet entretien, souhaitez-vous ajouter quelque chose, une remarque, une précision ?

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

ANNEXE 3 [ENTRETIEN N°6]

Transcription n°6

Nom virtuel : P6 = Personne interviewée n°6

CH : Établissement

Fonction : Sage-femme de PMI

Lieu : Entretien en visio réalisé le vendredi 6/01 à 11h30

Nom de l'interviewer : P0 = Interviewer Lisa Pelé

Durée : 47 minutes

Contexte : L'environnement était calme, et la sage-femme disponible puisqu'un créneau avait été convenu sur son temps de travail. Il y a eu une interruption de l'entretien de 6 minutes par la limite de temps imposé par l'application Zoom. Un second lien a été envoyé afin de terminer l'entretien.

P0 : Du coup, je vais vous poser quelques questions. Vous n'hésitez pas si vous avez déjà des questions d'emblée à me poser et puis je vous laisse du coup me répondre. Vous n'hésitez pas à m'interrompre si jamais.

P6 : Très bien.

P0 : Du coup je voulais interroger en fait les sages-femmes de PMI et les sages hospitalières sur l'abord de la santé mentale durant le post-partum. Et du coup, avoir un retour d'expérience vous concernant. **Est-ce que vous pouvez me raconter votre parcours déjà en tant que sage-femme et comment vous vous abordez la santé mentale en fait avec les patientes durant le post-partum ?**

P6 : Mon parcours professionnel. Je suis diplômé depuis 2011 de l'école de ***. J'ai exercé en centre... en clinique mutualiste, donc à but non lucratif et participant au service public. J'ai ensuite rejoint l'hôpital de *** où j'ai exercé pendant un an dans un service hospitalier. Un service très particulier mais un service hospitalier. Euh... particulier par son isolement, c'est ça que j'entends. Puis, j'ai à nouveau travaillé à la fois pour une clinique mutualiste ***, puis pour le CHU toujours à l'hôpital. Avant de rejoindre à nouveau ***, mais en PMI et centre de santé sexuelle (le centre de planification et d'éducation familial) pendant 2 ans. Enfin, retour en métropole pour rejoindre pour un court instant le CHU. Et j'ai rejoint le département de la *** où j'exerce

actuellement mes fonctions, de sage-femme territoriale pour la PMI de *** et le centre de santé sexuelle.

P6 : Première question. Deuxième question. **Comment j'aborde la santé mentale en post-partum ?** Déjà, est-ce que je l'aborde systématiquement, peut-être pas de manière formelle. C'est à dire que je la questionne à la fois par le moral, par la santé globale, la santé génésique, comment elle me parle de sa santé du corps. Ce qui est pour moi un reflet aussi de comment elle se perçoit et avec quel spectre positif, négatif elle aborde ce qui l'entoure et ce qui se passe en elle. On l'aborde aussi au travers de la relation mère-enfant puisqu'on sait très bien que la santé mentale a un impact important sur la relation qu'on va établir avec son nouveau-né. Mais est-ce que je j'aborde en tant que telle la santé mentale, pas forcément. Je questionne sur le moral et j'indique que le moral peut être impacté par la fatigue de l'accouchement mais aussi le changement hormonal mais aussi le changement de vie. Et que on y est attentif ici à la PMI et qu'on est attentif maintenant. Mais qu'on y sera toujours attentif. Donc je laisse une sorte de porte ouverte en disant si à un moment donné vous trouvez que votre moral a un impact fort, revenez vers nous. Peut-être que j'évite le vocable santé mentale parce que c'est un peu lourd comme vocable les mots santé mentale. On peut assez vite faire le rapprochement avec la folie ou en tout cas le la démence. Mais Voilà pourquoi je peux être pudique, j'aborde plutôt le moral que la santé mentale, ce qui pourtant n'est pas tout à fait la même chose, hein.

P0 : **Et est-ce que ça vous arrive d'aborder avec vos patientes la question de la dépression du post-partum ? Le terme ? Et si oui, de quelle manière ?**

P6 : Oui. De quelle manière ? Je questionne toujours le moral. D'abord par le vécu de la grossesse, de l'accouchement surtout, le vécu du conjoint aussi de ce moment-là et de comment elle se sent aujourd'hui. Moi je trouve très intéressant, même quelques jours après d'avoir un retour sur la vision qu'a la patiente de son accouchement. Ça me donne assez souvent une très très bonne indication de comment elle se sent aujourd'hui et de quel est voilà son état de santé mentale du jour. On va dire ça comme ça. J'indique encore une fois qu'on est attentif à son vécu et à comment elle se sent aujourd'hui, parce qu'elle est dans un contexte particulier qui fait qu'il y a une perturbation de son équilibre et notamment de son équilibre du moral, de sa santé psychique. Et que parfois le blues du post-partum qu'elle a pu ou le blues de la maternité qu'elle a pu ressentir, là s'il devait persister, eh bien nous on en parle. On en

parle et on peut prendre en charge ça. Surtout que c'est pas quelque chose de si rare que ça. Voilà, je dis que ce n'est pas rare et qu'il y a une porte pour en parler, c'est celle de leur médecin traitant ou de la PMI. Et que c'est normal. Voilà, j'essaie d'établir plutôt une image de c'est un problème, c'est une pathologie comme une autre et on la prend en charge, et c'est normal.

P0 : D'accord. Donc du coup si je comprends bien avec vos patientes. Vous faites un retour sur voilà sur leur accouchement, ou laisser une porte ouverte à ce qu'elle puisse échanger avec vous sur cette thématique. Du coup vous n'abordez pas forcément systématiquement avec les patientes mais si vous sentez qu'il y a un point sensible ?

P6 : Complètement, complètement. Et puis il faut que je nomme un point précis, c'est que je soigne une patientèle assez variée. Je soigne une patientèle issue de la migration qui vient de Guinée, de Côte d'Ivoire et d'Afrique subsaharienne, d'Érythrée et j'en passe. Pour qui la santé mentale n'est pas quelque chose qui est tout à fait facile à aborder et pour qui on n'a pas les mêmes repères culturels de la santé mentale en Europe qu'en Afrique subsaharienne. La santé, c'est la santé et il n'y a pas forcément de distinction entre le moral et le corps. En tout cas, pour une partie d'entre elles. Et donc c'est pour ça que peut-être, que je parle pas tant de santé mentale, mais plutôt de moral. J'essaie plutôt de questionner comment elles se sentent pour essayer de pointer des choses et leur dire « Vous voyez ça, il faut y être attentif parce que si ça évolue mal, vous pouvez évoluer vers quelque chose dans un état qui pourrait être inquiétant ». Donc je parle plutôt de santé globalement. Voilà la santé de l'esprit, de la santé de la tête : « Comment ça va ? ». Avec d'autres patientes plutôt européennes, plus à l'aise avec la santé, la notion de santé mentale, c'est plus facile d'aller nommer la dépression du post-partum. C'est plus facile d'aller mettre un focus sur cette notion-là. Donc voilà, c'est pour ça que ça dépend à qui je m'adresse. J'essaie de m'adapter au public que je reçois.

P0 : Est-ce que par rapport à cette thématique de la dépression du post-partum. **Comment vous vous sentez vis-à-vis du sujet ? Est-ce que vous avez reçu des formations, des temps de sensibilisation dans le cadre de votre établissement ou participé à des congrès pour dépister justement les premiers signes de dépression du post-partum ?**

P6 : Lors de ma formation initiale de sage-femme, on a reçu une formation par des psychologues et des psychiatres qui abordaient la psychologie de la femme enceinte et de la parturiente et de l'accouchée mais aussi les

différentes pathologies mentales qui pouvaient s'associer à ce moment psychologique particulier. Donc il nous a été exposé les différents signes cliniques. Il nous a été exposé les prises en charge proposées dans ce cadre-là.

Est-ce que j'ai participé à des congrès spécifiquement ? Non. Pas sur ce sujet, ni des formations, ni des congrès. Mais c'est des choses qui ponctuellement peuvent être rediscutées lors de ... Je pense notamment au Collège National des sages-femmes qui fait des journées de formation où on parle de plein de choses. Et parfois, il a pu être abordé cette thématique là, mais c'était pas centré spécifiquement sur ça. La journée n'était pas concentrée sur ça. Oui, et puis c'est l'expérience qui me permet je dirais, d'être plus sensible. Qui me permet de rendre tous les aspects théoriques que nous avons appris palpables sur le terrain.

P0 : Oui j'imagine... Et est-ce que, enfin si vous en avez rencontré. **Quelles difficultés vous avez pu avoir en fait, au cours de l'abord de la dépression ou de la santé mentale en règle générale avec une patiente durant le post-partum ?** Alors peut-être que vous en avez pas rencontré.

P6 : Alors si. Comment dire... Je suis... Je peux être à l'origine du dépistage mais pas du diagnostic. C'est-à-dire lorsque je reçois une femme qui souffre de symptômes qui peuvent évoquer une dépression du post-partum. Il est malhabile pour moi de dire : « Vous souffrez d'une dépression du post-partum ». Je dis, je dis bien : « Vous avez des symptômes qui me font évoquer ça, mais il va falloir être bien sûr de ce diagnostic et surtout se faire aider ». Déjà, moi me faire aider pour poser le diagnostic. Donc c'est plutôt là où je suis jamais absolument sûr qu'il s'agit de d'une dépression. Parce que ces patientes là, je n'ai pas toujours de retour de la prise en charge. Mais on va dire des syndromes dépressifs, oui je peux en croiser beaucoup. Qu'est-ce qui est compliqué dans la prise en charge ? Déjà comme ça affecte la perception que l'on a de la réalité, de notre environnement. On peut penser que cette pathologie qui est la dépression du post partum n'est en fait qu'un coup de blues, un coup de mou ou tout simplement la révélation d'une personnalité déjà attristée etc... On a tendance à minimiser ou alors faire passer ces symptômes pour quelque chose de l'ordre de la faiblesse générale de la patiente qui de son psychiquement a toujours été un peu un peu fragile. Ou alors se dire bon c'est juste un mauvais moment parce qu'il y a eu telle ou telle chose. Donc, on essaie toujours trouver des explications sous-entendues.

Que tout ça est passer et que ça va vite s'améliorer. Et la patiente elle-même est convaincue de ça, souvent. Et puis l'autre difficulté, c'est qu'il peut s'agir d'un aveu de faiblesse. En tout cas se dire que là, on n'y arrive pas parce qu'on est touché par cette pathologie ou par tous ces symptômes qui évoquent cette pathologie, c'est avouer qu'on n'est pas la mère idéale qu'on avait fantasmée, imaginée. Et c'est s'exposer à être pointée du doigt par les gens autour. En tout cas c'est la crainte qui peut être posée. Donc pas facile d'aller se révéler fragile à un moment où on est déjà fragile. Et aller écorner cette image de la mère qu'on voulait être. Donc c'est la première difficulté. La deuxième, c'est que le réseau de santé mentale est saturé et malade. Il y a eu des assises de la santé mentale il y a quelques mois si je me trompe pas. Un an ? Donc, qui concluaient qu'un déficit d'investissement et de de réseau était patent dans énormément de territoires. C'est le cas aussi en ***. Pour rappel, il a eu des états généraux de la santé en *** qui se sont tenus là aussi il y a quelques mois, peut-être un an de ça, oui, et qui définissaient que la santé, enfin il y avait des indicateurs de la santé qui étaient plutôt bons en ***, sauf de la santé mentale. C'est un département qui est un peu plus touché par des affections longue durée, de problèmes mentaux. Donc ça va de la dépression à des problèmes psychiatriques plus étendus. Voilà. Donc oui, il y a un enjeu de santé mentale en *** et les systèmes de soins sont plus ou moins saturés. Pas facile une fois qu'on a posé une orientation diagnostique, d'aller trouver les bonnes personnes pour se faire aider.

P0 : Et donc vous, quand vous êtes face à une difficulté, qu'est ce que vous proposez justement ? Quelle est la coordination entre les professionnels, est-ce que c'est facile pour vous de d'orienter comment ça se passe ou alors est-ce que au contraire vous trouvez que c'est compliqué ?

P6 : Oui, c'est compliqué mais ce n'est pas insurmontable. Il y a des choses à faire, je pense d'ailleurs. Je suis intimement persuadé que la sage-femme de PMI a un rôle prépondérant à jouer à la fois dans le dépistage mais aussi dans la coordination du parcours de soins une fois qu'on a posé un dépistage. Enfin, qu'on a trouvé un dépistage positif à éventuellement une psychose ou une ou une dépression du post-partum. La première chose, c'est reconnaître et faire reconnaître qu'il y a un besoin d'aide parce que sans l'adhésion de la patiente, on n'arrivera à rien. Il est inutile d'aller construire tout un projet de soins sans l'adhésion. Donc première chose déjà. Deuxième chose, essayez de reconnaître déjà auprès de la patiente quelles sont ses

propres soutiens qu'elle peut mettre en action : son conjoint, sa famille, ses amis... À la fois pour qu'elle puisse avoir un peu de soutien dans la prise en charge de son enfant, mais aussi dans le fait de sa propre prise en charge, sa prise en soin. Parce que tous ces rendez-vous vont prendre du temps, vont avoir besoin de liberté d'esprit etc... Il va falloir la soulager de tout ça. Et donc, on essaie de mettre en œuvre tous les leviers personnels et familiaux qu'elle a. Après ça, on rappelle que nous à la PMI on est aussi un levier de soutien et que on peut à la fois passer pour continuer le suivi médical de son enfant et la soulager sur ce plan-là, la conseiller lui apporter aussi notre regard et soutien à ce moment-là, même si c'est modeste. On ne peut pas passer tous les jours. Il existe la possibilité de mettre en œuvre ce qu'on appelle des TISH (des travailleuses d'intervention sociale et familiale) qui via la CAF peuvent être en partie prises en charge, leur salaire peuvent être en partie pris en charge. Donc on peut aussi organiser ça, appeler avec la patiente, les organismes pour pouvoir organiser des passages et la soulager sur ça. Donc ça peut être simplement prendre en charge les aînés, les emmener à l'école, préparer un peu les goûters, faire les devoirs. Enfin elle ou le couple. Ça peut décharger un peu. Donc, on soulève la charge qui est déjà importante sur ce couple, sur cette femme. Pour ce qui est de la prise en charge de santé mentale, je travaille beaucoup avec le service de psychologie de la maternité du centre hospitalier qui est dans ma ville à ***. Donc elle travaille en réseau et je sais déjà que je vais pouvoir faire appel à elle pour qu'elle puisse la recevoir rapidement et puis qu'elle puisse être en lien avec les services de de psychiatrie s'il y avait besoin d'un avis ou d'un traitement psychiatrique associé. Donc un appui psychologique, ça c'est sûr. Et puis plus ou moins un avis psychiatrique. Je n'oublie pas à ce moment-là de poser une question. Alors quand j'ai pu déjà mettre le doigt sur tout un faisceau de présomptions qui me font croire que cette patiente est touchée par la dépression du post-partum, c'est poser la question du risque suicidaire. C'est une question qui pas facile à poser, mais qui est tellement importante parce que si elle n'est jamais nommée, elle reste en suspens. Ouais... et la poser ouvertement avec le plus de bienveillance possible, ça sous-entend aussi que c'est OK d'en parler ici. C'est OK d'en parler. Et si la patiente ce n'est pas le moment où elle ne veut pas. Bien sûr, pas de problème mais on en a parlé une fois et on pourra en reparler si besoin. Et moi, ça me fait dire que ça me donne une évaluation de l'urgence. C'est-à-dire que si elle me parle d'actes suicidaires. Il est plus question de tout ce que j'ai dit avant. L'urgence est plutôt de l'emmener aux urgences médico-psychologiques pour qu'elles

puissent avoir une évaluation psychiatrique et éventuellement être prise en charge. On n'oublie pas ce qu'on nous dit, alors je n'oublie pas l'organisme de recherche qui nous dit que dans le post-partum l'une des causes de mortalité importante, c'est le suicide chez la femme. Donc voilà, on a ça en tête.

P0 : J'en serais venu justement à vous poser une question sur... **En France, avec l'enquête nationale qui a révélé que le suicide maternel passait en première position avec les maladies cardiovasculaires. En faisant partie des causes, du coup, vous c'est une question que vous avez déjà été amené à poser ?**

P6 : Oui, bien sûr, bien sûr. Tout en gardant en tête que bon, je suis pas psychiatre mais j'ai une bonne idée de la gradation du risque suicidaire. C'est à dire que y penser est une chose. Avoir un avoir un scénario pour se supprimer en est une autre. Et avoir déjà tenté de se suicider est une autre gradation de l'urgence. Donc je n'envoie pas forcément la patience sur une simple idée suicidaire aux urgences médico-psychologique. Par contre, si elle a déjà un scénario et si elle a déjà essayé. Oui, oui bien sûr et 3 fois oui. Vous voyez ce que je veux dire. J'essaie de trouver une graduation. Voilà, mais alors là. C'est de l'ordre de l'intime. Je suis absolument persuadé que ne serait-ce qu'en parlant, n'étant pas psychologue et n'étant pas un spécialiste de la santé mentale. Mais le fait d'avoir parlé au bureau de tout ça, bien souvent, je vois les patientes qui ressortent avec déjà moins de pression psychologique. Parce qu'elles ont eu une écoute attentive, parce qu'elles ont eu de la bienveillance et parce qu'elles se sont dit « Je suis pas la seule à subir ça, je suis pas la seule à vivre ça ». Et il y a des solutions. Avec ça quand on repart, ça va un peu mieux déjà.

P0 : **Et de l'autre côté, qu'est-ce qui fait que... comment vous vous sentez à l'aise avec le sujet de poser la question des idées suicidaires parce que c'est pas forcément un sujet qui est facile à aborder ? Quels éléments font que de votre position, vous l'abordez plus facilement ?**

P6 : Une chose m'a... ça c'est du personnel... Mais il y a des moments dans la vie où quand on aborde des notions, on a un éclair en se disant : « Mais ouiiii, c'est vrai ça ! » Et c'est assez, c'est assez galvanisant psychiquement et ça aide beaucoup dans certains aspects du quotidien. Quand le psychiatre que nous avons reçu qui était formidable, dont j'ai déjà oublié le nom, le pauvre... Mais ce psychiatre qui nous avait donné des cours en école sage-femme nous avait expliqué que c'est une maladie. C'est une maladie pas tout à fait comme

les autres mais pourquoi pas ? C'est une maladie, elle a des symptômes, elle a des traitements, elle a un dépistage. Et on ne voit pas pourquoi elle devrait être plus honteuse qu'une infection urinaire, qu'un problème rénal ou qu'une hypertension. Voilà le risque suicidaire, le suicide c'est issu d'une maladie. Et je le considère comme ça, comme un soignant qui voit au travers de ça une maladie, et qui voit au travers de ça un dépistage important, et qui voit une prise en charge derrière. Donc si on laisse de côté complètement les considérations sociales de gênes et de honte à en parler, on considère que c'est voilà, c'est un épisode maladif et c'est beaucoup plus facile d'en parler. Et justement, quand on renvoie ça, les gens se disent : « Ah non, en fait je suis pas fou, c'est pas une honte forcément d'avoir une détresse psychique ou psychiatrique à ce moment-là quoi ». Voilà donc, c'est ça qui m'a beaucoup aidé à aborder très alors sereinement, c'est pas le mot, mais beaucoup plus facilement cette notion-là. Voilà pour la première question, je crois que j'ai oublié la deuxième.

P0 : Je vous demandais s'il y avait des éléments qui étaient facilitateurs pour vous d'aborder la notion des idées suicidaires dans le cadre de votre exercice ?

P6 : Enfin, ça part de rien mais j'imagine beaucoup les consultations parfois comme le fait d'aller tirer sur le fil d'une pelote qui est enroulée vous voyez... si vous avez déjà fait, voilà un peu de crochet ou en tout cas manipulé une pelote. C'est assez simple, on prend un fil, on tire dessus et la pelote se déroule au fur et à mesure. Et puis plus on tire, plus on s'aperçoit que la pelote était importante etc... Voilà, ça commence par... Je vais dans la salle d'attente, je vois la posture de la patiente et puis comme je la connais un peu, je me dis : Oh là là, ça va pas ... [R]. Donc déjà je me dis je vais un peu insister sur le comment ça va et creuser un peu. Et puis, elle s'installe. Son non-verbal confirme ce que j'avais pu déjà pressentir. Je lui pose la question : « ça va ? ». Elle me dit : « ça va ». Et je m'autorise à lui dire : « Permettez-moi de vous dire que moi quand je vous ai vu je me suis dit : Ah tiens il y a une fatigue, y'a quelque chose, qu'est-ce que vous en pensez ? » Et voilà. Et après, en tirant la pelote, il est assez facile de pouvoir creuser, creuser et voir y'a matière à s'inquiéter. Il y a matière à discuter etc... Voilà donc ça part de l'observation déjà et de la réelle écoute bienveillante. Je suis persuadé que si on écoute vraiment nos patientes, on dépiste mieux, on traite mieux.

P0 : Et du fait de votre posture de sage-femme de PMI ? Est-ce qu'il y a une différence, vous pensez ou non ?

P6 : Euh.. Je souris parce que moi j'ai le temps de consulter. Je ne suis pas tenu à des contingences, à des contingences de rémunération à l'acte par exemple. Donc, une patiente je pourrais me permettre de la voir trois fois par semaine. Je pourrais me permettre d'aller la voir 1h30 à domicile. Je pourrais me permettre de la voir trois fois 1h30 à domicile. Je suis pas sûr qu'une libérale pourra toujours se le permettre. Parce que parce qu'après on ne se rémunère plus. Il y a peut-être la fonction du fait que j'ai l'opportunité d'aller me concentrer, de prendre plus de temps chez les patientes qui en ont besoin. Mais sinon, le fait de travailler en PMI ou ailleurs, je suis pas sûr que ça soit ça, forcément qui puisse m'aider. Par contre, le fait de travailler en PMI me fait très très bien connaître le réseau associatif, le réseau de soins local ou départemental. Donc ça c'est un plus dans le sens où je vois très très bien à qui m'adresser si besoin. Donc, j'ai ce rôle de coordination du système, c'est intéressant.

P0 : Donc ça, c'était une des choses qui facilite dans votre travail, la relation, la coordination des professionnels plutôt facilement.

P6 : Tout à fait. J'irai plus loin. Il est peu fréquent que je m'occupe de femmes en post-partum que je n'ai pas connues en anté-partum, donc durant la grossesse. Que ça soit pour un suivi de grossesse ou simplement pour un premier contact, de la préparation à la naissance, un suivi psychosocial. Donc il est beaucoup plus facile de dépister quelqu'un qui traverse un épisode dépressif quand on l'a connu avant.

P0 : Donc la relation...

P6 : Les relations qu'on établit sur un court ou moyen terme je dirais. C'est très aidant.

P0 : Ok. Et de votre côté, est-ce que vous voyez des pistes d'amélioration pour améliorer la l'accompagnement psychologique des patientes durant le post-partum ? Est-ce qu'il y a des outils qui vous aideraient à prendre en charge ?

P6 : Il serait formidable de penser qu'en rajoutant un outil, on puisse améliorer la santé. La santé psychique des parturientes, des femmes qui ont accouché, des couples... Parce que les pères passent aussi par des syndromes psycho-dépressifs. Bon, ils sont sûrement moins touchés par ce phénomène. Mais je les englobe aussi un peu dans la santé mentale du post-partum. Moi,

je suis persuadé que c'est plutôt le système qui est à repenser. C'est à dire qu'il faudrait un congé parental partagé. Je crois que c'est en Suède ou en Norvège plutôt qu'il un an partagé à part égale 6 mois-6 mois et à prendre de manière obligatoire pour l'homme et la femme. Quand on a du temps, quand on a un partenaire, quand on a la chance d'avoir un partenaire ou le co-parent, qui est là. On est beaucoup plus fort, ça c'est clair. Donc il y a ça. Être sûr que toutes les femmes aient pu être bien suivies en anténatale aussi. Je suis pas sûr qu'il y ait un outil. Peut-être, hein ? S'il y en a un, je suis preneur. Mais le suivi anténatal et la notion de sage-femme référente d'un suivi de grossesse, je trouve ça très intéressant. Il a déjà été évoqué, il est pas vraiment mis en place mais si ça pouvait être mis en place, je trouverais ça très intéressant. Qu'est-ce que je veux dire... Le parcours des 1000 premiers jours est aussi très intéressant puisque la santé, la santé mentale des parents a forcément un rôle, un impact sur les 1000 premiers jours d'un enfant. Là aussi, la santé mentale pourra être réfléchi dans le parcours des 1000 premiers jours, ça serait intéressant. Je suis honnête, j'ai pas en tête toutes les mesures des 1000 premiers jours et je ne sais pas si c'est intégré. Mais si c'est pas le cas il le faudrait. J'ai récemment là aussi, récemment découvert l'échelle d'Édimbourg. Que voilà, on est en train d'y réfléchir dans le service pour savoir comment on l'utilise ? quand ? est-ce que c'est un truc à systématiser ou pas ? Le problème, c'est qu'on a beaucoup de patientes allophones, qui lisent pas forcément. En plus d'être allophone, ne sont pas toutes lectrices. Donc, même si on le traduit en 40 langues, pas sûr qu'on puisse le lire. Voilà à réfléchir.

P0 : L'échelle d'Édimbourg, vous l'avez connue dans quel contexte ?

P6 : Encore grâce au Collège National sage-femme qui a émis des recommandations suite à l'entretien post-natal. Dans ces recommandations, il y a tout une toute une somme de recommandations. Et le fait d'utiliser l'échelle d'Édimbourg pour apprécier, si je puis dire en tout cas dépister, c'est plutôt le mot du risque de dépression du post-partum. Je trouvais ça intéressant, je l'ai découvert. Je suis partagé, je suis pas sûr que la systématisation soit possible dans mon service, encore une fois, pour des raisons dont j'ai parlé. Mais point par point pour des patientes, je me dis : « Ah tiens, ça j'aurais pu lui proposer de remplir ça », pour aussi lui permettre de prendre conscience parce que ça pose des chiffres, on va dire. Là, on a fait le test le plus objectif possible et ça montre que vous avez des

risques de dépression ou vous êtes peut-être déjà en dépression. Voilà, ça permettrait peut-être de rendre les choses palpables.

P0 : D'accord, donc vous avez connu ça dans le cadre de votre développement professionnel continu.

P6 : Ah, mais toujours, toujours. Vous connaîtrez ça aussi. Mais on ne s'arrête jamais. Surtout qu'en plus, on fait partie d'un domaine médical qui ne cesse de chercher à s'améliorer, à trouver des nouveautés, des nouvelles préventions. Tout ça... Donc ça évolue vite et les compétences des sages-femmes aussi évoluent vite, donc. Oui.

P0 : D'accord, oui. **Justement, vous avez parlé du l'entretien postnatal précoce. Du coup, j'allais vous poser la question si vous en avez entendu parler ? Donc oui. Est-ce que vous en aviez déjà réalisé ?**

P6 : Oui

P0 : **Est-ce que vous avez un avis justement sur la pertinence de cet entretien ? A quel moment ? Enfin, quel est le moment adapté pour évoquer la santé mentale avec ces patientes ?**

P6 : Je vais faire une réponse personnelle, puis une réponse plus globale. J'ai oublié de dire que dans ma présentation, je suis aussi *** pour le Conseil Départemental de l'Ordre des sages-femmes de ***. A la fois à l'échelle de notre service, mais aussi plus globalement dans le département, on s'est posé la question de la mise en place de cet entretien. Donc pour la réponse personnelle, c'est oui je trouve que c'est intéressant. Le rendre obligatoire, je mets des guillemets à obligatoire me pose un problème puisque on doit obligatoirement le proposer mais je me vois pas traîner des gens en entretien parce qu'ils avaient pas envie, mais que c'est obligatoire. Donc j'ai un problème avec le mot obligatoire. Obligatoirement proposé ? Oui, bien sûr. Mais je pense pas que ça soit pertinent pour absolument tout le monde. Ça fait un rendez-vous supplémentaire. Et quand on est déjà passé par soi-même, une période de post-partum. On a beaucoup de rendez-vous, vraiment beaucoup, que ce soit pour le suivi pédiatrique et pour son propre suivi. Et c'est un peu asphyxiant en fait...tous ces rendez-vous quand même. On se dit quand on les donne, parce qu'on les donne à la chaîne là. « Ah oui tout ça ! ». « Oui oui, tout ça. ». Bon, ça peut être vu aussi comme une contrainte supplémentaire quand. Surtout que cette évaluation-là, j'avais quand même le sentiment peut être de manière moins efficace, moins propre ... mais j'avais

quand même le sentiment par les visites à domicile, le fameux Prado qu'on réalisait, par les consultations qu'on faisait de tout de même dépister déjà ces problèmes. Sûrement de manière moins efficace, hein... Les chiffres de la santé publique nous le montrent. Mais voilà. Malgré tout, qu'est-ce que c'est plaisant de prendre un entretien où on va pouvoir prendre du temps pour creuser le vécu etc... Et je trouve ça intéressant de pouvoir prendre un temps privilégié pour ça, pour discuter. Maintenant, il y a la possibilité de réaliser aussi des entretiens en groupe. J'ai pas encore fait ça. Je trouve ça intéressant aussi de créer tout comme il y a des groupes de préparation à la naissance qui peuvent s'installer, qui deviennent presque des groupes de femmes, des groupes d'amis pour certaines fois. Et se retrouver en groupe après. Je trouve ça intéressant aussi de rajouter ce lien-là, un lien d'amitié qu'on construit durant la grossesse, avec des patientes, enfin des personnes qui vivent la même chose et pour en rediscuter aussi après en se disant : « Bah moi j'ai vécu ça, moi je suis comme ça maintenant et toi ? » Voilà on se compare, on se reconforte aussi. Voilà, on prend un peu aussi une autre réalité, on prend un peu de recul dans ces cas-là. Je serai un intéressé de savoir comment se passent les rendez-vous en groupe puisque nous en PMI on fait pas de rendez-vous en groupe. Donc ça c'est personnellement, à l'échelle des sages-femmes que j'ai pu interroger, elles sont des fois un peu agacées par cet entretien. Parce que encore une fois, elles avaient l'habitude, elles avaient le sentiment en tout cas de faire ce dépistage là avant. A la fois parce que à la rééducation du périnée, elles ne font pas que de la rééducation du périnée, loin de là. C'est des fois surtout des séances de discussion de comment ça va, etc... Et on fait un peu de rééducation du périnée quand même. Et puis les suivi pesée toutes les semaines etc ... comme si on faisait que le suivi de la pesée et qu'on se demandait pas comment allait la patiente à ce moment-là. Voilà, donc rajouter de manière obligatoire une consultation supplémentaire alors que on l'a vu toutes les semaines le premier mois parce qu'on a pesé cet enfant, parce que on a commencé la rééducation du périnée un mois, un mois et demi après l'accouchement. Finalement, on l'a vu vachement de fois cette patiente quoi. Si on a vraiment fait tous ces suivi là, est-ce que c'est pertinent de rajouter dans ce contexte là un entretien ? C'est pas sûr. C'est pour ça que je dis, ça dépend pour qui. Je suis pas sûr que le généraliser à tout le monde dans toutes les situations, ça soit pertinent.

P0 : D'accord, oui. Et vous ? Du coup, je vois qu'il y a au niveau du temps ça met moins d'une minute, ça va être coupé.

P6 : Ça va couper ? Vous me renvoyez un lien dans ce cas.

P0 : Je vous renvoie un lien. **Vous, vous en avez réalisé des entretiens ?**

P6 : Ouais. 3-4 pour l'instant. Pas beaucoup. Mais ça va au fur à mesure de mes suivis et de ceux que j'ai proposés. Qu'est-ce que j'en ressors ? En fait, ça allège ma visite postnatale. Je suis très honnête. La visite postnatale me prenait 3/4 d'heure facile, presque 1h, parce que je passais pas loin de 20 minutes à déjà savoir comment le conjoint avait vécu, comment la patiente avait vécu sa grossesse, son accouchement. Quelles aides ils avaient pu mettre à la maison, quelles relations ça changeaient. S'ils avaient déjà pu se donner un peu de temps pour eux.

[Interruption zoom – 6 minutes reconnexion]

P0 : Alors je vous entends à nouveau ? Normalement, c'est bon. Parfait, bon du coup ça vous a interrompu.

P6 : Non mais voilà. C'est les aléas du direct comme on dit. Qu'est-ce que j'entends ? Oui, et donc ça allège la consultation postnatale où je réservais un temps privilégié pour ça. Ça l'avance un peu puisque je réalise comme c'est préconisé entre 4 et 6 semaines après l'accouchement. Plutôt 4 semaines puisqu'à 6 semaines je fais la visite postnatale. Et c'est un temps privilégié. Donc je peux me permettre sûrement de passer un peu plus de temps que je ne n'en passais avant. Ça me permet, moi en PMI aussi de m'assurer que le suivi pédiatrique est bien lancé. Voilà pour l'instant. Je vous ai dit, on est dans une réflexion de service où on n'a pas encore bien formalisé cet entretien-là. On va essayer d'harmoniser nos pratiques pour qu'on puisse tous le proposer de manière certaine et puis aussi d'avoir... Comment dire, un formulaire commun ?

P0 : **J'allais vous demander justement hormis l'échelle d'Edimbourg dont vous avez parlé, est-ce que vous vous appuyez sur quelque chose pour avoir un déroulé en fait de votre entretien postnatal ?**

P0 : J'utilise la trame de l'entretien prénatal précoce que nous réalisons. Ou nous posons 4 questions principales que sont :

- Qui prend soin de moi ?
- Quel est mon quotidien ?

- Comment je prends soin de moi et de ma grossesse ? Alors là, je l'adapte, hein... du coup. Je dis plutôt : Comment je prends soin de mon enfant et de moi ?
- Et enfin : Quels sont mes projets ? Comment je vois l'avenir ? Et comment je vis maintenant avec mon ou mes enfants suivant si on a plusieurs.

C'est quelque chose qu'on a construit ensemble, en réseau voilà et qu'on va réadapter avec l'échelle d'Edimbourg, je l'espère, mais pour qu'on puisse formaliser et harmoniser la pratique au sein de la PMI. C'est en cours.

P0 : D'accord, très bien. Je savais pas... Vous construisez ensemble, donc c'est dans le cadre du Conseil départemental ?

P6 : Oui, oui, c'est ça. Bon, on a un petit département hein... Etant (nombre) sages-femmes de PMI, il est aisé pour nous de nous réunir en discuter et faire des outils, des projets. Donc on profite de cette proximité de ce département familial pour pouvoir construire des choses.

P0 : Est-ce que vous, de votre côté, vous aviez des questions, est-ce que vous aviez d'autres choses que vous souhaitiez aborder ou même des exemples, des situations qui vous auraient marqué ?

P6 : Non, navré mais non. Je n'ai pas de questions particulières. Bon, je serai curieux de lire les résultats de vos travaux, ça serait intéressant. J'avais lu les résultats parce que je me nourris du travail des étudiants sages-femmes et étudiantes sages-femmes. Donc je trouve ça intéressant. Il y a une étudiante alors en 2016 je crois qu'il avait fait une étude sur l'échelle d'Edimbourg. C'est ce qui m'avait permis aussi à la fois de mieux le connaître et de lire un peu ses conclusions à cette étudiante sur cette échelle-là. Donc, donc merci de participer à la réflexion globale sur notre travail. Bon courage pour l'écriture et la rédaction de tout ça.

P0 : Mais non, mais en tout cas merci à vous pour le temps que vous m'avez accordé et c'est très intéressant d'avoir les retours des professionnels qui sont tout autant divers et pertinents. Enfin, c'est vraiment... C'est chouette et sur le sujet ... sur ce sujet-là, qui d'autant plus m'intéresse donc. Donc je sais pas si vous aviez d'autres choses à en dire ou si en globalité...

P6 : Non. Bon courage, pleins de réussite pour la suite. Au revoir.

P0 : Merci et bonne continuation à vous. Est-ce que je pourrais vous renvoyer un mail prochainement pour avoir certaines infos ? Vous m'aviez dit

votre je sais plus si vous m'aviez dit votre année de diplôme mais quelques caractéristiques vous concernant.

P6 : Oui, s'il y avait besoin de compléter. Il y a pas de problèmes.

P0 : Ok merci beaucoup. Je vous remercie. Bonne journée.

P6 : Au revoir.

[Fin de l'entretien]

BIBLIOGRAPHIE

1. Céline Chadelat, Marie Mahé-Poulin. Le mois d'or. Marabout. 2021. 416 p. (Poche).
2. La Matrescence – Tous les épisodes "Post Partum" | clementine [Internet]. [cité 17 janv 2022]. Disponible sur: <http://clementinesarlat.com/podcasts/la-matrescence/la-matrescence-tous-les-episodes-post-partum/>
3. Larousse É. post-partum ou puerpéralité ou suite de couches - LAROUSSE [Internet]. [cité 27 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/post-partum/15476>
4. 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 27 mars 2023]. 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>
5. Lhéritier JL. Etudes & résultats, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. « Les maternités en 2016 », numéro 1031 [Internet]. Souphaphone Douangdara; 2017 [cité 10 janv 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1031.pdf>
6. Adet A. Vécu maternel de l'accompagnement de la sage-femme en salle de naissance chez des femmes primipares. :78.
7. Article L2122-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 2 février 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041398008/2022-07-01/
8. LEBEAU JP, AUBIN_AUGER I, CADWALLADER JS, LUSTMAN M, MERCIER A, PELTIER A. Initiation à la recherche qualitative en santé. Global média santé, CNGE productions. 2021. 192 p.
9. Doctissimo. Qu'est-ce que le continuum ou 4e trimestre de grossesse ? [Internet]. Doctissimo. 2019 [cité 20 avril 2023]. Disponible sur: <https://www.doctissimo.fr/bebe/nouveau-ne/soins-a-la-naissance/continuum-quatrieme-trimestre-grossesse>
10. REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf [Internet]. [cité 2 février 2023]. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
11. reco349__note_cadrage_rbp_troubles_psychiques_perinatales__mel.pdf [Internet]. [cité 15 avril 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/reco349__note_cadrage_rbp_troubles_psychiques_perinatales__mel.pdf
12. Difficultés psychologiques et accès aux soins pendant la grossesse [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 15 avril 2023]. Disponible sur: <https://www.elfe-france.fr/fr/resultats/sante/difficultes-psychologiques-et-acces-aux-soins-pendant-la-grossesse>
13. Dr Riquin E. Troubles psychiques du post-partum. 2022.

14. Bleuzen E, Benjilany S, Gantois A, Kheniche M, Baunot N, Guillaume S, et al. Entretien postnatal précoce - Préconisations pour la pratique clinique.

15. Teissedre F, Chabrol H. Étude de l'EPDS (Échelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères : dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. *L'Encéphale*. 1 sept 2004;30(4):376- 81.

16. Prévention des dépressions post-partum : un entretien postnatal précoce est désormais obligatoire [Internet]. 2022 [cité 23 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sage-femme/actualites/prevention-des-depressions-post-partum-un-entretien-postnatal-precoce-est-desormais-obligatoire>

17. 276114_0.pdf [Internet]. [cité 23 avril 2023]. Disponible sur: https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/276114_0.pdf

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques de la population de l'étude menée du 12 décembre 2022 au 10 février 2023	13
---	----

TABLE DES MATIERES

Avertissement	3
Engagement de non plagiat.....	4
Remerciements	5
@Liste des abréviations	6
Sommaire	7
Introduction	9
Matériel et méthode	11
1. Choix de la méthode	11
2. Population et recrutement	11
3. Recueil des données	12
4. Analyse des données	12
5. Aspects éthiques et réglementaires.....	12
Résultats	13
1. La population d'étude.....	13
2. Abord de la santé mentale.....	13
2.1 Les sages-femmes : acteurs.rices privilégié.es du post-partum ..	13
2.2 La formation initiale et continue.....	14
2.3 Dépistage des troubles psychiques	14
2.4 Un parallèle avec la question des violences.....	16
2.5 La mise en place de l'entretien postnatal.....	16
3. Freins de l'abord de la santé mentale par les sages-femmes	17
3.1 Le constat de la priorisation du somatique au détriment du psychique	17
3.2 Dysfonctionnements du système de santé	17
3.3 Limites en lien avec les soignants.....	18
3.4 Limites en lien avec les patients.....	20
4. Facilitateurs de l'abord de la santé mentale par les sages-femmes	20

4.1 Des pensées communes	20
4.2 Les constats de la PMI	21
5. Solutions envisagées par les sages-femmes.....	22
5.1 Un repérage systématique.....	22
5.2 Un désir de formation	23
5.3 Prévention.....	23
5.4 Pistes pour un meilleur dépistage	24
Discussion	25
1. Le résultat principal	25
2. Biais et limites de l'étude.....	25
3. La comparaison avec la littérature	26
3.1 La santé mentale au cœur des débats	26
3.2 Le dépistage des troubles psychiques	26
3.3 La santé mentale intégrée dans les projets de soin	27
4. Les perspectives.....	29
Conclusion	31
Annexes	33
Annexe 1 [Affiche de communication]	33
Annexe 2 [Guide d'entretien]	34
Annexe 3 [Entretien n°6].....	36
Transcription n°6.....	36
Bibliographie	51
Table des tableaux	53
Table des matières.....	54
ABSTRACT	56
Resumé	56

RESUME

L'abord de la santé mentale en post-partum par les sages-femmes hospitalières et de PMI : une étude qualitative

Introduction : Le post-partum est une période de grands bouleversements autant physiques que psychiques. En France, le rapport de l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) révèle que le suicide maternel est maintenant une des premières causes de décès avec les maladies cardiovasculaires. Les sages-femmes sont des acteurs majeurs intervenant auprès des patientes durant le post-partum.

Matériel et méthode : Étude qualitative avec réalisation de neuf entretiens semi-directifs du 12 décembre 2022 au 10 février 2023 interrogeant les sages-femmes de PMI et hospitalières du Maine-et-Loire (49) et de la Mayenne (53).

Résultats : Les résultats de cette étude ont mis en évidence des freins et des facilitateurs par les sages-femmes dans l'abord de la santé mentale avec les patientes en post-partum. Ils ont également montré que les sages-femmes de PMI ont une bonne connaissance du réseau de santé mentale et des outils de dépistage.

Discussion : Des stratégies émergent avec la mise en place de plans d'actions de santé mentale pour agir sur les indicateurs nationaux. Ces entretiens révèlent des difficultés pratiques dans leur mise en place.

ABSTRACT

The approach of mental health during the postpartum period by the hospital midwives and midwives from Mother and Child Care Centers : a qualitative study

Introduction : The postpartum is a period along which there are a lot of physical and psychological changes. In France, a national confidential survey report on maternal death shows that the maternal suicide is now one of the leading cause of death among womens after pregnancy together with heart diseases. In this way midwives are key players as they take part to the patient care during the postpartum period.

Materiel and methods : This qualitative study consisted in carrying out 9 semi directive interviews from 12th Decembre 2022 to 10th February 2023 near PMI and hospital midwives of health institutions located in the French departments of Maine-et-Loire (49) et Mayenne (53).

Results : The results of this study have highlighted some obstacles but also some facilitating factors in the way the midwives are approaching the mental health with the patients during their postpartum period. They have also demonstrated that PMI midwives have a very well knowledge of the mental health system and of the screening tools too.

Discussion : Some strategies are emerging to implement action plans dedicated to mental health in order to impact the national indicators. However these interviews show that there are practical difficulties in the implementation of the action plans.

Key words : Midwives, mental health, postpartum depression, suicidal thoughts