



**HAL**  
open science

# Evaluation des besoins des parents en postnatal pour la mise en place de l'Entretien Postnatal Précoce

Mathilde Lozano

► **To cite this version:**

Mathilde Lozano. Evaluation des besoins des parents en postnatal pour la mise en place de l'Entretien Postnatal Précoce. Santé publique et épidémiologie. 2022. hal-04481455

**HAL Id: hal-04481455**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04481455v1>**

Submitted on 28 Feb 2024

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

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



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



Master 2

« Santé publique et environnement »

Parcours

« Intervention et promotion de la santé »

Mémoire

2018 – 2019

# Evaluation des besoins des parents en postnatal pour la mise en place de l'Entretien Postnatal Précoce

*Etude par entretien téléphonique auprès de 46 patientes*

Madame Mathilde LOZANO

Maitre de stage :

Dr Anne PANIS

Guidant universitaire :

Pr Elisabeth MONNET



Je remercie,

Mon maitre de stage et responsable hiérarchique,  
Dr Anne Panis, pour m'avoir suivie sur la thématique de stage ;

Professeur Elisabeth Monnet,  
Ma guidante universitaire, pour ses conseils avisés ;

Ma collègue, Agnès Contal-Viennet,  
pour ses relectures et ses encouragements ;

Mes patientes, pour avoir participé à l'étude,  
et pour tout ce qu'elles m'apprennent tous les jours ;

Mes amis,  
Plus particulièrement Danaé et Océane pour leur soutien  
Et tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidée  
et encouragée pendant cette année de Master 2.

*« Chacun d'entre nous souhaiterait que la maternité,  
l'évènement humain par excellence, soit un évènement heureux  
et ce vœu profond contribue peut-être à méconnaître  
qu'il n'en est pas toujours ainsi »*

Monique Bydlowski

# Table des matières

Introduction .....	1
Contexte .....	2
1. Changements sociétaux autour de la maternité .....	2
2. Le retour à domicile.....	2
3. Le suivi postnatal .....	3
4. L'entretien post natal précoce.....	3
5. Organisation de la PMI .....	4
6. Contexte à Besançon .....	5
Objectifs .....	7
Méthodes.....	7
1. Schéma général de l'étude .....	7
2. Description de l'échantillon inclus dans l'enquête.....	7
3. Choix du mode de recueil de données .....	8
4. Recueil des données .....	8
5. Modalités d'analyse.....	9
Résultats .....	10
1. Description de l'échantillon.....	10
2. Les antécédents des patientes interrogées .....	10
3. La grossesse actuelle .....	11
4. La période postnatale.....	12
5. Accompagnement à la sortie de la maternité.....	12
6. L'EPNP.....	14
Discussion .....	17
1. Points forts de l'étude .....	17
2. Limites de l'étude .....	17
3. Comparaison de l'échantillon étudié à la population Française .....	18
4. Accompagnement à la sortie de maternité .....	19
5. L'EPNP .....	20
6. Perspectives d'amélioration.....	21
Conclusion.....	23
Bibliographie .....	24
Annexes .....	27
Annexe 1 : Objectifs de l'EPNP .....	27
Annexe 2 : Support Cartographie Urkind .....	28
Annexe 3 : Courrier d'information .....	29
Annexe 4 : Questionnaire .....	30

## Liste des abréviations

HAS : Haute Autorité de Santé

CPN : Consultation PréNatale

EPP : Entretien Périnatal Précoce

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRADO : PRogramme d'Accompagnement au retour à Domicile

CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la NaissancE

EPNP : Entretien Post-Natal Précoce

HAD : Hospitalisation A Domicile

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

VB : Voie Basse

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

HCE : Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes

CMS : Centre Médico-Social

RPFC : Réseau Périnatal de Franche-Comté

ARS : Agence Régionale de Santé

CSP : Catégorie socio-professionnelle

FCS : Fausse couche spontanée

GEU : Grossesse Extra-utérine

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MFIU : Mort Foetal In Utéro

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

PMA : Procréation Médicalement Assistée

# Introduction

Les modalités de suivi anténatal des femmes enceintes en France font l'objet de recommandations précises. En effet la Haute Autorité de Santé (HAS) évoquent sept consultations prénatales (CPN) et trois échographies [1-2]. Les parturientes ou les couples peuvent également avoir accès à un entretien prénatal précoce (EPP) et sept cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Ils sont pris en charge par la sécurité sociale et mis en avant par le plan périnatalité 2005-2007 ainsi que par les recommandations professionnelles de la HAS de novembre 2005 [3-4].

L'EPP est un temps d'écoute et d'informations, avec pour but la prévention et l'orientation efficiente des patientes dans un parcours de soin personnalisé. Il permet au couple de se confier sur leurs peurs ou attentes vis à vis de la grossesse. Pour le professionnel c'est le moment de coordonner le suivi mis en place. Celui-ci peut être mené par une sage-femme ou un médecin, en libéral, à l'hôpital ou par la protection maternelle et infantile (PMI) [3-4]. Actuellement c'est l'outil principal utilisé par les sages-femmes de PMI du département du Doubs.

Après la naissance, le suivi médical pour le nouveau-né reste intense, avec une visite chez le médecin généraliste ou le pédiatre à 15 jours puis à un mois et deux mois etc [5-6].

Pour ce qui est de la maman ou même du couple le suivi est plus disparate. Pour le début du retour à la maison il peut y avoir le programme d'accompagnement au retour à domicile (PRADO) de l'assurance maladie, pour les naissances dites « standards ». Ses objectifs sont de vérifier la bonne santé du bébé et de la maman, dans une démarche diagnostique [5 ; 7-8]. Puis bien souvent, il n'y a plus de consultation pour la maman avant la visite post-natale, qui a lieu six à huit semaines après l'accouchement [5 ; 8-9].

Dans une étude menée en 2012 par le collectif inter-associatif autour de la naissance (CIANE), ayant pour sujet la sortie de maternité et le bien-être des femmes, 54% des femmes interrogées jugent que l'attention portée à leur bien être psychologique était insuffisante [10].

C'est dans l'objectif de créer un espace d'écoute après l'accouchement et de coordonner le suivi postnatal, que vient s'inscrire l'entretien postnatal précoce (EPNP). Cet outil de prévention primaire, est en « miroir de l'EPP » [11]. Il a été évoqué pour la première fois dans les améliorations à mettre en place suite au plan périnatalité 2005-2007. Puis il est recommandé depuis 2014 par l'HAS de le proposer à toutes les accouchées (accord d'expert) entre huit et 15 jours après l'accouchement [5]. Mais il est cependant encore peu mis en place sur le territoire.

Récemment à Besançon, le service d'hospitalisation à domicile maternité (HAD) a fermé, ce qui augmente le risque de défaut de suivi post-natal. La question d'intégrer la période postnatale à la fiche de poste des sages-femmes territoriales se pose donc.

Ainsi dans ce travail, nous nous interrogeons sur les besoins des nouvelles accouchées en lien avec leur retour à domicile et plus précisément par rapport à l'EPNP, notamment les patientes rencontrées en anténatal par les services de PMI.

# Contexte

## 1. Changements sociétaux autour de la maternité

La durée des séjours à la maternité en France a diminué en moyenne d'une journée entre 2003 et 2016 [12]. Ce qui a pour conséquence qu'une majorité de femmes rentre à domicile avant la montée laiteuse par exemple, ou encore dans la période à risque de baby-blues.

De même, le nombre de professionnels pour accompagner les couples et les nouveau-nés a diminué au fil des années. Cette situation crée de l'anxiété chez les néo-parents mais aussi chez les soignants, qui sont de fait, moins disponibles [13].

De plus, l'étayage familial est moins présent. En effet, les couples sont souvent amenés à déménager loin de leurs familles pour trouver un emploi. Et même si se déplacer sur le territoire est plus aisé, l'âge de départ à la retraite ayant été repoussé, les grands parents sont moins disponibles qu'auparavant. Il y a donc un isolement des jeunes parents et une diminution de possibilité de transmission intergénérationnelle [13].

Du côté du papa (ou le concubin de la nouvelle maman), depuis 2002, il a le droit à trois jours de congés de naissances et onze jours calendaires consécutifs de congé paternité s'il est salarié ou 18 jours en cas de naissance multiple. Ce congé doit débuter dans les quatre mois suivant la naissance. [14]. D'après l'enquête Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants de 2013, « *près de sept pères sur dix éligibles au dispositif [...] ont eu recours au congé de paternité en prenant, pour la plupart d'entre eux, la totalité des jours qui leur étaient accordés.* ». Cette proportion atteint neuf hommes sur dix dans le secteur public [15]. Après étude par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), ce congé paternité vise à augmenter à une durée de un mois, dans le même sens que les autres pays Européens [16].

## 2. Le retour à domicile

Le PRADO, mis en place en 2010 par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), a trouvé sa place dans les maternités. Il permet aux couples mères-enfants ne présentant pas de complications de rentrer chez eux avec intervention d'une sage-femme libérale à domicile. Après la signature le 29 mai 2018 de « l'avenant 4 à la convention nationale organisant les rapports entre les sages-femmes et les caisses d'assurance maladie », le PRADO est proposé en priorité pour les sorties précoces depuis janvier 2019, c'est-à-dire dans les 24 à 72 heures post accouchement pour les accouchements voie basse (VB) ou avant 96 heures pour les accouchements par césarienne [17 -18]. Il s'agit pour la sage-femme d'effectuer un suivi clinique ainsi qu'accompagner le lien mère-enfant. Cela représentait 60% des naissances en 2018 [7]. Il consiste en une visite par la sage-femme dans les 48 heures suivant la sortie de la maternité, plus ou moins une autre à l'appréciation du praticien. Le but est donc le diagnostic. Le temps d'écoute est insuffisant pour avoir

une prévention efficace. De plus, le professionnel intervenant dans le cadre du Prado est parfois inconnu du couple en anténatal [13].

### 3. Le suivi postnatal

Deux séances individuelles de préparation à la naissance et à la parentalité en post-natal existent [13]. Celles-ci doivent être réalisées entre le huitième jour post-accouchement et la visite postnatale [5]. Elles peuvent être effectuées en cabinet ou au domicile des patientes. Ce sont des « *actions de prévention et de suivi éducatif en cas de besoins particuliers décelés pendant toute la grossesse ou reconnus après l'accouchement chez les parents ou chez l'enfant, en réponse à des difficultés ou des situations de vulnérabilité qui perdurent ou à des demandes des parents* » (journal officiel du 22 avril 2008). Niveau cotation, le code « SP » est utilisé ce qui équivaut à 18,55 euros. Celles-ci sont peu mises en place du fait de la faible rémunération [19 - 20].

Puis la visite post natale doit être faite six à huit semaines après l'accouchement. C'est une consultation médicale. D'après la HAS, ce rendez-vous est trop tardif pour mettre en œuvre un suivi efficient, notamment dans les situations de vulnérabilité ou quand des difficultés se font sentir. Il est donc nécessaire de mettre en place une autre entrevue plus précoce, tout en maintenant cette visite [4].

### 4. L'entretien post natal précoce

Il a d'abord été évoqué dans l'évaluation du plan périnatalité 2005-2007, publiée en mai 2010 [21]. Il apparaît ensuite dans les recommandations de bonne pratique de mars 2014 de l'HAS, sur la « sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés » [5].

L'EPNP est un moment d'échange où le couple peut exprimer ses joies, ses questionnements, ses difficultés, ses angoisses et son vécu. Cette écoute active permet au professionnel de proposer une prise en charge et un accompagnement personnalisé.

Dans la forme, cet entretien devrait être effectué par la personne ayant pratiqué l'EPP ou le professionnel de santé de confiance du couple. Il est optimal s'il est effectué entre J8 et J15 post-accouchement avec une durée minimale de 45 minutes [11].

L'objectif général de cet entretien est d'améliorer le bien-être global des parents et du nouveau-né, avec une attention multifocale de la triade mère/père/bébé (avec adaptation pour les couples monoparentaux, homoparentaux ou les naissances multiples).

Les différents axes abordés sont [11] (Annexe 1) :

- La mère : bien être somatique, sécurité émotionnelle/psychique, parcours de soins

- Le père : sécurité émotionnelle/psychique
- Le Nouveau-né : bien être somatique, alimentation, adaptation et bien être émotionnel, parcours de soins
- Le Réseau

Il a été mis en place par certains réseaux, le premier était le réseau de périnatalité de Bourgogne, en 2007 et plus particulièrement le réseau de santé Haut-Nivernais. Puis le réseau de Thann en 2010 [22]. Le financement des séances est effectué par les réseaux, par une prestation dérogatoire de 50 euros, sous la forme de « visite de sortie » [11].

A l'été 2014, des discussions étaient en cours à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) afin de créer une nomenclature et une cotation afin que cet outil puisse être étendu à tout le territoire, au même titre que les autres actes [11]. Depuis, il n'y a eu aucune avancée, malgré la revalorisation des actes sages-femmes de janvier 2019.

L'EPNP est à nouveau mis en avant par le rapport du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) sur « les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical » du 29 juin 2018 dans la recommandation 19 [23]. En effet, à l'heure où les violences gynécologiques sont mises en avant, cet entretien pourrait être un moment où les victimes peuvent être écoutées. Ce qui permet de diminuer l'impact du traumatisme, soit par l'écoute durant cet entretien ou par l'orientation qui en découle et ainsi éviter les impacts sur la relation mère-enfant et sur les grossesses ultérieures entre autres.

## 5. Organisation de la PMI

La protection maternelle et infantile est un service du conseil général. Sa mission est d'assurer la protection sanitaire des mères et des enfants, par des consultations médicales et des actions de prévention médico-sociale (code de la santé publique, articles L2111-1 et L2112-2).

Actuellement, dans le Doubs, les sages-femmes reçoivent tous les Cerfa de déclaration de grossesse de leur secteur. Ceux-ci sont triés selon des critères, c'est par ce biais que les patientes sont contactées. Les patientes peuvent aussi être rencontrées suite à une liaison avec leur accord, par le centre hospitalier, la clinique ou les professionnels du milieu médical ou social. La première entrevue se fait sous la forme d'un EPP. Si la patiente en ressent le besoin, un suivi avec la sage-femme de PMI est organisé, en supplément du suivi médical avec les collègues libéraux ou hospitaliers. En parallèle, des liaisons avec les collègues infirmiers et puériculteurs sont faites en anténatal, afin d'établir une réflexion en équipe pluri-professionnelle, et préparer la période postnatale.

Après l'accouchement, les infirmiers et puériculteurs organisent des « permanences pesées » pour les enfants. Cet accompagnement permet de soutenir les parents dans la parentalité, de répondre à leurs questionnements.

Il y a également dans chaque centre médico-social (CMS) un médecin, pratiquant des consultations infantiles. Toujours dans l'optique de la prévention, celles-ci ont pour but d'évaluer le développement psychomoteur des enfants de 0 à 6 ans.

Dans l'organisation actuelle, les sages-femmes n'interviennent pas en période postnatal, sauf à la demande des collègues, pour la mise en place d'une contraception, un soutien à l'allaitement etc. Ceci va être amené à changer, avec les mouvements sur le territoire.

## **6. Contexte à Besançon**

A Besançon, l'EPNP n'est pas mis à profit. En effet, il n'y a pas de possibilités pour les professions libérales de coter l'acte. De plus, le réseau périnatal de Franche-Comté (RPFCC) ne s'est pas affranchi de cet outil, en créant une subvention comme dans les réseaux énoncés précédemment.

Il existait jusqu'à la fin du mois de février 2019 un service d'hospitalisation à domicile maternité à Besançon. Composé de sages-femmes, les missions étaient en prénatal et en postnatal. Pour ce qui est de la période post accouchement, il était possible qu'une sage-femme intervienne tous les jours après la naissance, pour la mère ou le nouveau-né. A la fin de cette hospitalisation le relais était fait avec les autres professionnels, notamment le pédiatre et la PMI. Ce sont des situations qui ne relèvent pas toutes du Prado tel que défini par l'assurance maladie, et qui peuvent être chronophages pour les sages-femmes libérales. Certains critères de sortie en HAD étaient les suivants :

- Risque de dépression maternelle
- Risque de décompensation d'un problème psychiatrique connu
- Prévention et éducation à la santé, notamment en matière d'allaitement
- Difficultés psychologiques et/ou sociales : contexte de vulnérabilité et précarité

Comment va s'articuler le retour à domicile pour ces patientes et ces enfants ? Qui va faire le lien entre les professionnels ? D'autant plus quand un contexte de vulnérabilité est présent et connu ? Aucune solution équivalente n'a été trouvée pour le moment. La mise en place de l'EPNP pourrait être une solution, pour une réorientation efficiente des patientes en fonction de leurs besoins.

Par ailleurs, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Bourgogne Franche-Comté a choisi de mettre en place un nouvel outil dans le cadre de l'EPP. Celui-ci est la cartographie URKIND (Annexe 2), créée par Nathalie Piquée, qui est sage-femme et gestalt thérapeute. Cette méthode permet aux patientes de choisir, selon elles, ou elles placeraient le curseur entre un et cinq pour chaque item (la grossesse actuelle, la matrice de soutien, les facteurs de stress etc). Celle-ci a pour but, de faire un tour très bref de la situation ce jour-là. Une fois tous les points reliés, la femme a une visualisation de l'énergie qui lui reste, bien souvent de dédramatiser la situation, et donc de décider sur quel élément elle souhaite agir. La cartographie innove dans le fait de pointer le positif plutôt que se focaliser sur les « difficultés » rencontrées.

L'objectif de l'ARS est donc que tous les professionnels de la périnatalité de la région soient formés à court et moyen terme, à pratiquer l'EPP selon cette méthode ou d'être en capacité de lire la cartographie. L'adaptation de l'outil pour le post-natal est en cours. Il sera donc d'autant plus intéressant que le professionnel ayant pratiqué l'EPP revoit le couple en post-natal afin d'évaluer l'évolution de la situation ainsi que l'accompagnement à mettre en place, réajuster le diagnostic en fonction de la situation actuelle.

## Objectifs

L'objectif principal de cette mission est de connaître les attentes des patientes ayant rencontré la sage-femme de PMI pendant leur grossesse, quant à la mise en place d'un entretien post natal précoce, d'avoir des arguments pour que les sages-femmes de PMI de Besançon effectuent l'entretien postnatal précoce.

Les objectifs secondaires :

- Connaître les axes à privilégier et les attentes des patientes.
- Evaluer les besoins et la satisfaction des patientes quant à l'accompagnement postnatal actuel.

Les objectifs opérationnels :

- Interroger les accouchées sur leurs besoins et leurs ressentis.
- Faire des recherches bibliographiques sur l'EPNP afin d'en connaître les objectifs, les bénéfices et comment le mettre en place.

## Méthodes

### 1. Schéma général de l'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive de procédure observationnelle par entretiens téléphoniques semi-directifs. Le but de l'étude était de connaître les besoins des patientes rencontrées par la sage-femme de PMI, afin d'étudier la faisabilité de la mise en place par la suite, de cet entretien dans la collectivité.

### 2. Description de l'échantillon inclus dans l'enquête

Les patientes participant à cette étude ont bénéficié d'un entretien prénatal précoce par une sage-femme PMI du secteur de Besançon et la couronne Nord-Est, c'est-à-dire vivant que les secteurs dépendants des centre médico-sociaux (CMS) de : Bacchus, Saint-claude, Montrapon, Saint-Ferjeux, Tristan Bernard, Saône, Devecey, Novillars et Baumes-les-Dames. Et qui ont accouché entre novembre 2018 et mars 2019. L'échantillonnage visait à être exhaustif sur cette période.

Les critères de non inclusion étaient les patientes mineures au moment du recueil de données et les patientes ayant des difficultés de compréhension de la langue française. Huit patientes n'ont pas été incluses du fait de la barrière linguistique.

Toutes les autres patientes ont reçu un courrier les informant de l'étude et de sa méthodologie (annexe 3). Elles ont ensuite été contactées par voie téléphonique.

Cependant certaines patientes ont refusé de participer (n = 4) ou n'ont pas répondu aux différentes sollicitations (n = 12).

### **3. Choix du mode de recueil de données**

L'entretien semi-directif a été effectué par appel téléphonique. Cette méthode d'enquête a été privilégiée pour des questions de logistiques. En effet, les rencontres avec les patientes se faisant habituellement à leur domicile, l'enquête téléphonique était un gain de temps. Il a également été envisagé d'utiliser un questionnaire en ligne mais la méthode a été écartée du fait du manque de confidentialité.

En début d'appel, le consentement était redemandé puis un entretien semi-directif était mené, se concluant par une question ouverte.

Le questionnaire (Annexe 4) a été testé la première quinzaine du mois de mars, auprès de cinq patientes, qui ont été incluses dans l'étude car seules des modifications mineures de l'outil de recueil ont été mises en place à l'issue de la période de test.

Lorsque l'appel téléphonique restait sans réponse, un message était laissé sur la messagerie si possible. Un maximum de trois tentatives d'appel a été effectué avant de considérer la patiente comme non participante.

Une partie des informations nécessaires pouvaient avoir été recueillies lors de l'EPP, donc présente dans le dossier papier de la sage-femme de PMI. C'est le cas pour les questions une à onze.

Le questionnaire (Annexe 4) soumis aux patientes a été créé suite à une analyse de la littérature. Il a été choisi de s'intéresser aux facteurs pouvant influencer un vécu de la naissance et de la période postnatale dégradé. C'est pour cela qu'une partie des questions portaient sur les antécédents traumatiques généraux ou obstétricaux, le vécu de la grossesse, de l'accouchement et postnatal. Puis la deuxième partie des questions évaluaient le ressenti sur le retour à domicile et les besoins vis-à-vis l'entretien postnatal précoce.

### **4. Recueil des données**

Les données de cette étude ont été recueillies à l'aide de la même grille d'entretien. Elles ont été classées en quatre rubriques :

- Les caractéristiques et antécédents maternels : catégorie socio-professionnelle, âge, parité, antécédents obstétricaux, antécédents traumatiques.
- La grossesse actuelle : déroulement de la grossesse, entourage
- L'accouchement et le post natal : voie d'accouchement, complications, durée de séjour, accompagnement post-natal
- L'entretien postnatal précoce : le souhait d'en faire, classement des thèmes à aborder.

Lors de l'entretien téléphonique, les réponses étaient directement relevées dans une feuille du logiciel Microsoft® Office Excel®.

Le codage des réponses du questionnaire dépendait de la nature des variables.

- Pour les variables numériques, la valeur a été directement saisie.
- Pour les questions à réponses multiples, il a été attribué un numéro à chaque modalité de réponse (0 ; 1 ; 2 ; etc).
- Les données binaires ont été codées de la façon suivante : non = 0 et oui = 1.

## **5. Modalités d'analyse**

Les données recueillies par l'entretien ont été saisies par informatique dans un tableau Microsoft® Office Excel®.

Les variables quantitatives ont été traduites en moyenne, minimum et maximum. Les variables qualitatives ont été décrites en fréquences et effectifs. Cela par les formules de calcul de logiciel Office Excel®.

Pour les comparaisons nécessitant un test statistique, le test du khi deux a été utilisé par le biais d'une formule de calcul dans le logiciel Office Excel®, avec un calcul du p à un risque alpha à 5%.

## Résultats

Un total de 62 patientes a été contacté par téléphone. Les réponses de 46 patientes ont été recueillies par téléphone entre le 10 mars 2019 et le 20 avril ce qui correspond à un taux de participation de 74,1%. Les appels ont duré entre huit et 25 minutes.

### 1. Description de l'échantillon

La moyenne d'âge des patientes interrogées étaient de 31 ans, avec un minimum de 18 ans et un maximum de 45 ans.

**Tableau 1 : Catégorie socio-professionnelle (CSP) des patientes interrogées**

CSP*	Effectif (n= 46)	(%)
Cadres, professions intellectuelles supérieures	5	10,9
Professions intermédiaires	8	17,4
Employés	11	23,9
Sans emploi, étudiants	22	47,8

\*Catégorie socio-professionnelle selon la nomenclature de l'INSEE

Près de la moitié de l'échantillon était sans emploi ou en cours d'études au moment de la grossesse.

### 2. Les antécédents des patientes interrogées

**Tableau 2 : Fréquences des antécédents traumatiques**

	Effectif (n = 46)	%
Vécu d'un ou des antécédents traumatiques obstétricaux	18	39,1
Dont		
Accouchement traumatique	2	4,3
Accouchement prématuré	1	2,2
FCS*/GEU**/œuf clair	10	21,7
IVG***	6	13,0
MFIU****/IMG*****	2	4,3
Vécu d'un ou des antécédents traumatiques autres	14	30,4
Dont		
Violences conjugales actuelles	3	6,5
Antécédent de violences conjugales	2	4,3
Violences dans l'enfance	6	13,0
Migration	2	4,3
Mesure de placement dans l'enfance	2	4,3
Mesure de placement pour enfants ainés	2	4,3

\* Fausse couche spontanée

\*\* Grossesse extra-utérine

\*\*\* Interruption volontaire de grossesse

\*\*\*\* Mort foetale in-utéro

\*\*\*\*\* Interruption médicale de grossesse

Presque 40% des répondantes ont vécu au moins un évènement traumatique du point de vu obstétrical dans le passé. Pour plus de la moitié d'entre elle il s'agissait d'une grossesse arrêtée de façon spontanée et précoce.

Dans cet échantillon, 43% (n = 20) des femmes déclaraient n'avoir subi aucun traumatisme. Six d'entre elles (13%) ont subi les deux types de traumatismes.

Dans les patientes ayant répondu à l'étude, 24 étaient des primipares, soit 52,2% de l'échantillon.

### 3. La grossesse actuelle

**Tableau 3 : Vécu de la grossesse actuelle : fréquence des réponses dans l'échantillon**

	Effectif (n = 46)	%
Grossesse spontanée	38	82,6
Grossesse programmée	30	65,2
Vie de couple	42	91,3
Entourage soutenant	38	82,6
Préparation à la naissance et à la parentalité	32	69,6
Complications pendant la grossesse	15	32,6
Dont Malformation foetale	2	4,4
Menace d'accouchement prématuré	5	10,9
Grossesse multiple	4	8,7
Retard de Croissance intra-utérin	3	6,5
Hospitalisation prénatale pour raisons maternelles	8	17,4

Dans près de 35% des cas la grossesse n'était pas programmée par le couple. A l'inverse, 17,4% ont eu recours à la procréation médicalement assistée (PMA).

Trois des femmes interrogées sont isolées socialement, le père du bébé n'est pas présent, et il n'y a pas d'entourage soutenant.

La totalité de l'échantillon avait bénéficié d'un entretien prénatal précoce par la sage-femme de PMI.

**Tableau 4 : Vécu de l'accouchement : fréquence des réponses dans l'échantillon**

	Effectif (n = 46)	%
Accouchement par voie basse	30	65,2
Accouchement par voie basse avec instrument	7	15,2
Césarienne	9	19,6
Complication à l'accouchement	12	26,1
Prématurité	8	17,4
Hémorragie du post-partum	1	2,2
Déchirure périnéale compliquée	1	2,2
Enfant né en état de mort apparente	1	2,2
Vécu traumatique de cet accouchement	1	2,2

#### **4. La période postnatale**

Le temps de séjour moyen dans le service de suites de naissances des patientes interrogées est de quatre jours et demi, avec un minimum de deux jours et un maximum de dix jours. La moyenne est de 6,2 jours pour les césariennes et 3,9 jours pour un accouchement voie basse, instrumental ou non.

Par ailleurs 76,1% (n = 35) des mamans de l'étude allaitaient leur enfant, au moins jusqu'aux 15 jours suivant l'accouchement.

Dans huit cas (17,4%) il y a eu une séparation mère-enfant due à une hospitalisation du ou des enfants en néonatalogie ou réanimation infantile.

#### **5. Accompagnement à la sortie de la maternité**

A propos de cet étayage et des conseils donnés par les professionnels avant la sortie de la maternité, 52,7 % (n = 24) estiment que c'est suffisant.

Presque les  $\frac{3}{4}$  de patientes interrogées (n = 34) ont bénéficié d'une visite à domicile par une sage-femme libérale, soit dans le cadre du PRADO ou à la demande de la patiente.

Près de 60% (n = 27) de l'échantillon ont consulté les infirmières ou puéricultrices de PMI en post natal, à domicile ou au centre médico-social (CMS).

Pour quatre des femmes interrogées, il n'y a eu aucun de ces deux accompagnements. Parmi elles, trois ont été insatisfaites de l'accompagnement au retour à domicile. A l'inverse, 19 ont bénéficié de la visite de la sage-femme libérale et de la PMI, dix d'entre elles ont été insatisfaites de l'accompagnement.

**Tableau 5 : Opinions des femmes sur l'accompagnement postnatal selon leur situation et les caractéristiques de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale**

	Accompagnement suffisant		Accompagnement insuffisant		p
	n	%	n	%	
Primipare	13	54,2	11	45,8	p > 0,10
Multipare	11	50,0	11	50,0	
<b>ATCD traumatique obstétrical</b>	13	72,2	5	27,8	<b>p &gt; 0,025</b>
<b>Pas ATCD traumatique obstétrical</b>	11	39,3	17	60,7	
Autres antécédents	10	71,4	4	28,6	p > 0,05
Pas d'antécédents	14	43,8	18	56,2	
Grossesse spontanée	22	57,9	16	42,1	p > 0,05
Grossesse induite	2	25,0	6	75,0	
Grossesse programmée	16	53,3	14	46,7	p > 0,10
Grossesse non programmée	8	50,0	8	50,0	
En couple	23	53,5	20	46,5	p > 0,10
Célibataire	1	33,3	2	66,7	
Entourage soutenant	20	52,6	18	47,4	p > 0,10
Pas d'entourage soutenant	4	50,0	4	50,0	
Complication pendant grossesse	8	53,3	7	46,7	p > 0,10
Pas de complication	16	51,6	15	48,4	
PNP	18	56,2	14	43,8	p > 0,10
Pas de PNP	6	42,9	8	57,1	
Accouchement voie basse	20	54,1	17	45,9	p > 0,10
Césarienne	4	44,4	5	55,6	
Pas de complication à l'accouchement	18	56,2	14	43,8	p > 0,10
Complication à l'accouchement	6	42,9	8	57,1	
Prado	18	52,9	16	47,1	p > 0,10
Pas de Prado	6	50,0	6	50,0	
Suivi PMI en postnatal	14	51,9	13	48,1	p > 0,90
pas de suivi PMI en postnatal	10	52,6	9	47,4	
Allaitement	20	57,1	15	42,9	p > 0,10
Pas d'allaitement	4	36,4	7	63,6	

Les patientes ayant vécu un traumatisme obstétrical avant cette grossesse sont significativement plus satisfaites des conseils et de l'accompagnement pour le retour à domicile.

## 6. L'EPNP

Après explication de ce qu'est l'entretien postnatal précoce, 87% (n = 40) des accouchées ont déclaré qu'elles auraient souhaité en bénéficier. Respectivement, les proportions de primipares et multipares qui auraient désiré la réalisation de cet entretien étaient de 87,5% (n = 21) et de 86,4% (n= 19).

**Tableau 6 : Items à aborder lors de l'entretien**

	Peu important		Assez important		Très important		Essentiel	
	Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)
Auprès de la mère	0	0,0	0	0,0	<b>12</b>	<b>26,1</b>	<b>34</b>	<b>73,9</b>
Auprès du père	7	15,2	12	26,1	11	23,9	16	34,8
Autour du lien parental	0	0,0	3	6,5	<b>9</b>	<b>19,6</b>	<b>34</b>	<b>73,9</b>
Autour du lien familial et conjugal	5	10,9	9	19,6	14	30,4	18	39,1
Auprès du nouveau-né	0	0,0	2	4,3	<b>9</b>	<b>19,6</b>	<b>35</b>	<b>76,1</b>
Avec le réseau	2	4,3	11	23,9	21	45,6	12	26,1

Le contenu des différents items est présent dans l'annexe 1.

Les items qui sont les plus importants à évoquer sont la maman, le nouveau-né et le lien parental qui englobe : le vécu de l'accouchement, le soutien de l'instauration des premiers liens parents-enfant ainsi qu'un soutien des fonctions maternelles et paternelles.

Les patientes primipares qui allaitaient auraient souhaité un soutien supplémentaire à l'allaitement. Cette rubrique fait partie de l'item « auprès du nouveau-né » avec le point sur son alimentation. Nous avons ainsi 83,3% des primipares allaitant qui ont répondu que le sujet du nouveau-né était essentiel.

Les patientes ayant répondu que le fait de porter attention à la sécurité émotionnelle et psychique du père était peu important ou assez important (41,3%) ont justifié leur réponse par le fait qu'elle pensait que « leur conjoint ne se confierait pas à un professionnel de santé »

A la question « auriez-vous des remarques par rapport à cet entretien, des sujets à rajouter ? », les réponses sont toutes « il semble très complet » « le tour des principales problématiques y est fait ».

Certaines patientes ont ajouté des informations à leurs réponses dans une question ouverte :

- Deux femmes ont confié être en conflit avec leur maman depuis la naissance de leur enfant, ce qui les a « affaibli » dans cette période post-natale.
- Trois répondantes estiment que l'attention des professionnels après la naissance est portée presque uniquement sur le nouveau-né mais la maman

est un peu oubliée. Dont une des mamans qui considère le PRADO comme étant « une consultation pour le suivi du nouveau-né ».

- Quatre patientes estiment que trop d'informations sont données juste avant la sortie de la maternité alors qu'elles ne sont pas dans l'état d'esprit d'accueillir autant d'éléments. Elles auraient aimé que les conseils leurs soient fournis par écrit plutôt que par oral.

**Tableau 7 : Souhait d'un EPNP selon leur situation et les caractéristiques de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale**

	Souhait EPNP		Pas de souhait d'EPNP		p
	n	%	N	%	
Primipare	21	87,5	3	14,3	p > 0,90
Multipare	19	79,2	3	15,8	
ATCD traumatique obstétrical	14	77,8	4	22,2	p > 0,10
Pas d'ATCD traumatique obstétrical	26	92,9	2	7,1	
Autres antécédents	12	85,7	2	14,3	p > 0,10
Absence d'autres antécédents	28	87,5	4	12,5	
Grossesse spontanée	33	86,8	5	13,3	p > 0,90
Grossesse induite	7	87,5	1	12,5	
Grossesse programmée	26	86,7	4	13,3	p > 0,90
Grossesse non programmée	14	87,5	2	12,5	
Vit en couple	36	85,7	6	4,3	p > 0,10
Célibataire	3	75,0	1	25,0	
Entourage soutenant	32	84,2	6	5,8	p > 0,10
Pas de soutien	8	100,0	0	0,0	
Complication pendant Grossesse	14	93,3	1	6,7	p > 0,10
Pas de Complication	26	83,9	5	6,1	
PNP	27	84,4	5	5,6	p > 0,10
Pas de PNP	13	92,9	1	7,1	
AVB	32	86,5	5	13,5	p > 0,10
Césarienne	8	88,9	1	1,1	
Pas de complication accouchement	27	84,4	5	5,6	p > 0,10
Complication à l'accouchement	13	92,9	1	7,1	
Prado	31	91,2	3	8,8	p > 0,10
Pas de Prado	9	75,0	3	25,0	

Suivi PMI en post natal	23	85,2	4	4,8	p > 0,10
Pas de suivi PMI en post natal	17	89,5	2	10,5	
Allaitement	30	85,7	5	4,3	p > 0,10
Pas d'allaitement	10	90,9	1	9,1	
Accompagnement suffisant	19	79,2	5	20,8	p > 0,10
Pas suffisant	21	95,5	1	4,5	

Le souhait de faire un EPNP ou non ne diffère pas selon les différentes caractéristiques de la population.

# Discussion

## 1. Points forts de l'étude

L'EPNP n'est pas encore mis en place sur le territoire de l'étude et même très peu connu. De plus les premiers jours de la période postnatale sont en pleine mutation : diminution du temps de séjour à la maternité, augmentation des visites à domiciles après l'accouchement etc. Et spécifiquement sur Besançon il y a la fermeture récente du service d'HAD. Cette étude permet de faire un premier état des lieux des besoins des patientes sur cette période, évaluer ce qui est mis en place, et apprécier le besoin de mise en place de cet outil qu'est l'EPNP.

Au-delà des objectifs de l'étude, le recueil permet d'avoir une vue d'ensemble des patientes rencontrées par la sage-femme de PMI, ainsi que l'aboutissement de leur grossesse.

De manière générale, la sage-femme de PMI n'a plus de contact avec les patientes rencontrées pendant la grossesse, après l'accouchement. De par cette enquête, certaines patientes ont pu exprimer les sujets qu'elles auraient aimé aborder en prénatal ou ce qu'elles avaient particulièrement apprécié. Toutes ces informations, permettent une analyse de la pratique du suivi prénatal, afin d'améliorer en amont, le passage à la période postnatale.

## 2. Limites de l'étude

Les patientes ont été contactées par téléphone. Certaines qui souhaitaient participer ont été difficiles à contacter. En effet, l'étude se faisant dans les premiers mois après l'accouchement, elles n'avaient pas encore tout à fait trouvé leur rythme avec leur nouveau-né et étaient donc peu disponibles.

De plus, seulement les mères ont répondu à l'enquête. Alors que l'EPNP a pour but d'inclure le père et qu'un item le concerne. Les femmes ont donc répondu pour leur conjoint. Il aurait été intéressant d'avoir leur point de vue.

Enfin, les résultats de l'étude ne peuvent pas être généralisés à une autre population, car ce n'est pas le but d'une étude qualitative. En effet, les patientes interrogées ont bénéficié pendant la grossesse d'un accompagnement supplémentaire par la sage-femme de PMI. Elles ont toutes bénéficié d'un EPP durant leur grossesse alors que la proportion de femmes ayant réalisé cet EPP en Bourgogne Franche-Comté est de 30,8% [24].

### 3. Comparaison de l'échantillon étudié à la population Française

**Tableau 8 : Comparaison des taux respectifs pour chaque critère entre la population de l'étude et les résultats de l'enquête nationale périnatale extraits du rapport 2016 [24]**

	Population de l'étude (%)	Population Bourgogne Franche-Comté (%)	Population Française (%)
Taux de chômage	47,8		16,8
Femme seule	8,7		5,2
Grossesse programmée	65,2		78,1
Recours à la PMA	17,4		6,9
Antécédent IVG	13,0		16,4
Antécédent	26,1		14,8
MFIU/prématurité/hypotrophie			
Menace d'accouchement prématuré	10,9		5,4
Allaitement	76,1	65,7	66,7
Violences pendant grossesse	6,5		1,7
Prématurité	17,4	7,4	7,5
Césarienne	19,6	16,0	20,4

Le taux de chômage chez les femmes interrogées est plus élevé que chez les femmes enceintes françaises. Les femmes en situation sociale défavorisée ont plus de facteurs de risques pour des complications médicales [24]. Ce qui peut se voir avec ces taux qui sont tous supérieurs à la population Française. Seul l'antécédent d'IVG est inférieur dans la population étudiée. Ceci peut s'expliquer par le fait que les antécédents n'ont pas été redemandés lors de l'enquête téléphonique, donc l'IVG a pu ne pas être inscrite sur le dossier ou ne n'a pas été évoqué lors de l'EPP.

Le taux d'allaitement est plus élevé dans la population étudiée. Alors que les populations les plus précaires allaitent moins que la population générale [24]. Cela peut être due à une information en prénatal plus soutenue, du fait de l'entretien prénatal précoce, mais aussi, la mise en place de « groupe de paroles » autour de l'allaitement, par une sage-femme de PMI en binôme avec une infirmière ou puéricultrice de PMI, deux fois par mois à Besançon. Ceux-ci sont libres d'accès, avant ou après l'accouchement. De manière plus générale, les résultats de l'enquête périnatale de 2010, montre la nécessité de réfléchir l'organisation du soutien à l'allaitement [24]. Lors de l'EPNP, le soutien à l'allaitement maternel est prévu lors de l'item sur le nouveau-né. La possibilité de cet accompagnement supplémentaire autour de l'allaitement, a été relevée positivement par les répondantes lors de l'entretien téléphonique.

En faisant l'étude exclusivement sur des patientes rencontrées par la sage-femme PMI, nous savons que le taux de vulnérabilité ou de précarité va être plus important que dans la population générale. Cependant, les critères d'intervention des sages-femmes de PMI ayant évolué, avec par exemple une « mise à disposition » à toutes les primipares, la population rencontrée reste hétérogène.

Pour ce qui est du taux de violences au cours de la grossesse plus important dans la population de notre enquête ce n'est pas interprétable. En effet, pour les patientes de l'étude, un dépistage systématique des violences a été fait lors de l'EPP. Pour les patientes de l'enquête nationale périnatale le dépistage a aussi eu lieu, mais dans le cadre d'une enquête, donc sans relation de confiance, ce qui peut empêcher la révélation des violences [25]. De plus, le taux de victimes de violences conjugales lors de la grossesse est estimé entre 3 et 8% en France [26] mais probablement sous-estimé.

Le temps de séjour des femmes interrogées a été en moyenne plus long que dans la population générale : 4,5 jours vs 4 jours [24]. Cela s'explique par la proportion de complications survenues à l'accouchement plus importante.

#### **4. Accompagnement à la sortie de maternité**

Les patientes ayant subies au moins un antécédent obstétrical traumatique sont statistiquement plus satisfaites de l'accompagnement au retour à domicile. Ceci peut s'expliquer par deux hypothèses :

- Les professionnels sont plus attentifs à ces patientes de façon consciente ou inconsciente.
- Ces patientes sont moins demandeuses de conseils ou d'étayage du fait que cette expérience obstétricale se soit mieux passée.

Nous pouvons voir que les patientes ne sont pas plus satisfaites des conseils et de l'accompagnement au retour à domicile lorsqu'elles ont bénéficié du PRADO ou du passage d'une sage-femme libérale à domicile et d'une consultation avec professionnel de PMI. Cela peut s'expliquer par les différentes informations reçues, parfois contradictoires et donc il y a une difficulté de se positionner en tant que néo-parents. De plus, parfois les professionnels rencontrés en postnatal n'ont jamais été vus en prénatal, il faut donc recréer une relation de confiance, et peut retarder ou empêcher la confiance par le couple, de leurs difficultés [27].

Tous ces accompagnements mis en place sont pourtant complémentaires. Il est nécessaire que les missions de chacun soient connues, voire organiser des rencontres.

De plus, une dynamique de réseau est essentiel [11 ; 22]. Communiquer, avec accord de la patiente, certaines informations recueillies, avec les autres professionnels positionnés devrait être une évidence. Cela permettrait que les soignants avancent dans le même sens, plutôt que repartir toujours en arrière, et prendre le risque de déstabiliser les couples avec des informations qui ne soient pas similaires. Cela renforce la cohérence [27].

D'après nos résultats, le ressenti des femmes par rapport aux conseils quant au retour à domicile ne diffère pas selon la parité. Dans l'étude de Zeineb Kez, les patientes multipares déclarent moins de stress au retour à domicile que les primipares [28].

L'EPNP, par une feuille de synthèse permet la transmission de données par les parents aux autres professionnels rencontrés [29].

## 5. L'EPNP

Nous pouvons voir que le souhait de bénéficier d'un EPNP ne diffère pas selon le vécu des patientes. Il est donc nécessaire de le proposer systématiquement à tous les couples et leur laisser le choix de l'effectuer ou non. Comme il est préférable que l'EPNP soit pratiqué par le professionnel de santé ayant fait l'EPP, nous ne pourrions proposer sa réalisation en tant que sage-femme de PMI, qu'aux patientes rencontrées en anténatal [11].

La totalité des items présentés sont reconnus comme au minimum «très important » par la majorité des répondantes. Aucune d'entre elles ne voyaient au moment de l'enquête un autre sujet à aborder. L'outil, tel que présenté par Danielle Capgras-Barberon, Aude Lefèvre-Penel et Anne Battut semble donc idéalement conçu, le frein à sa mise en place reste l'absence de cotation par la CNAM [11].

Trois répondantes déclaraient que selon elles, l'attention n'était plus assez tournée sur la maman après la naissance. C'est dans ce sens que 100% déclarent que le sujet de « **la maman** » est très important dont 73,9% l'estiment essentiel. La naissance d'un enfant, est un évènement singulier dans la vie d'une femme avec des impacts au niveau physique, social et émotionnel [30 - 31].

Cependant l'item « **nouveau-né** » est quand même au minimum très important pour 95,7% des accouchées. Le fait d'accueillir un nouveau-né est un bouleversement. Le suivi du bébé est plus soutenu que celui de la maman, mais d'un point de vue médical. De plus c'est dans cet item que se situe le soutien à l'allaitement, approche qui semble défailtante pour beaucoup de femmes allaitantes.

Pour ce qui est de l'item concernant « **le papa** », il paraît être le moins important. Ce résultat est dû au fait que les femmes ont répondu « pour » leur conjoint. Elles pensent que les papas n'oseraient pas parler à un professionnel de santé. Cependant, le père est actuellement oublié de la période périnatale, alors que les changements sociétaux vont dans le sens de son inclusion : présence possible lors des césariennes, augmentation du temps de congés paternité etc.

Il est essentiel de revenir sur le vécu de l'accouchement. En effet, celui-ci peut être vécu comme un traumatisme, et avoir un impact sur les relations parents-enfants. L'OMS recommande que les professionnels de santé laissent la possibilité aux femmes de parler de leur expérience de la naissance. Ceci diminuerait l'incidence de dépression de post-partum [27 ; 29 ; 32]. A plus long terme, le fait de pouvoir parler d'un accouchement traumatique, réduirait le risque de complications obstétricales pour les grossesses ultérieures [33]. Le vécu de l'accouchement doit être exploré dans l'item « **autour du lien parental** » reconnu comme essentiel par les ¾ des répondantes.

Lors de la réalisation de l'EPNP, chaque membre de la nouvelle famille a sa place, en tant que personne et dans sa relation avec les autres membres du cercle familial. Pour que les parents soient le plus disponibles possible pour leur bébé, il faut que leur relation ne présente pas de conflit [34]. Ceci peut être abordé dans l'item « **autour du lien familial et conjugal** ». De plus, deux patientes ont révélées spontanément, avoir rompu leur relation avec leur propre mère depuis l'accouchement, pourtant en bon terme lors de la grossesse. Cela peut être dû à une mauvaise distribution des nouveaux rôles avec l'arrivée de l'enfant. L'intervention d'un professionnel, ne faisant pas partie de la famille, peut parfois permettre de rétablir les choses.

## 6. Perspectives d'amélioration

Aux vues des résultats, la mise en place d'un EPNP par les sages-femmes PMI de Besançon puis du Doubs semble essentielle.

Tout d'abord, le fait de revoir un professionnel rencontré en anténatal, est l'occasion pour les nouveaux parents de lui présenter leur enfant, « leur permettant de faire le lien entre le bébé rêvé, idéalise, et ce bébé de la réalité dans leurs bras. » [29]. C'est un souhait qui est régulièrement exprimé par les femmes enceintes à l'approche de l'accouchement, mais pour le moment peu réalisable, du fait de l'organisation de la collectivité.

Puis 48,3% des patientes auraient aimé un accompagnement au retour à domicile plus important. Ainsi que 87% auraient souhaité un EPNP.

Sans possibilité de rémunération pour les professions libérales, l'EPNP ne peut pour le moment être mis en place pour la totalité des accouchées. Il est pourtant recommandé

Les objectifs de cet entretien sont en accord avec les missions du département. En effet c'est un outil de prévention primaire d'éducation et de promotion de la santé, au même titre que l'EPP, qui est actuellement l'outil de base de la sage-femme de PMI. Il favorise à court terme le lien parent-enfant, à moyen terme il participe à la prévention de la dépression post-natale, et à long terme il diminue les possibles accidents obstétricaux pour les grossesses suivantes [29]. L'information de l'existence de cet EPNP pourrait être faite lors de l'EPP ou plus tard dans le suivi quand il a lieu avec la sage-femme PMI. La possibilité d'en bénéficier pourrait être rappelée aux patientes en question, identifiée dans leur dossier médical informatique en anténatal, lors du séjour à la maternité.

En aucun cas il remplacerait le PRADO, dont il est complémentaire. Le PRADO malgré son versant médical, s'intéresse aussi bien être émotionnel des patientes. Cependant le temps consacré à une écoute active est insuffisant pour remplir l'objectif de l'EPNP. De plus les visites à domicile ont lieu précocement après la sortie de maternité, et ne laissent pas forcément le recul nécessaire au couple pour l'émergence de difficultés, questions etc. C'est dans ce sens que l'OMS préconise la réévaluation entre le 10<sup>ème</sup> et 14<sup>ème</sup> jour après accouchement, de l'état psychologique et émotionnel. [35]

Le professionnel aurait pour rôle de coordonner les différents professionnels impliqués dans le suivi afin d'optimiser la prise en charge des couples et des nouveau-nés [5]. Cela pourrait faciliter le réseau ville-PMI. En effet, quand une sage-femme PMI est positionnée en anténatal elle est souvent assimilée comme référente du dossier par la sage-femme libérale, qui parfois continue à lui faire la liaison en postnatal plutôt qu'à l'infirmière. Puis après cet entretien, il serait, si nécessaire, possible de réorienter les couples vers les centres médico-sociaux, vers les infirmières ou puéricultrices de PMI. Ou vers le reste du réseau, avec qui les professionnels de PMI sont habitués à travailler.

Ce nouvel outil mérite d'être testé dans un premier temps sur le territoire de Besançon. Par cette mise en place, il sera possible d'évaluer le temps moyen à consacrer à cette nouvelle activité postnatale pour les sages-femmes de PMI. Voir pour la suite, revoir la distribution des postes.

## Conclusion

Françoise Dolto disait « on ne naît pas parents, on le devient ». La période périnatale et l'accès à la parentalité sont des bouleversements au niveau psychique dans la vie d'une femme et du couple. C'est un temps où l'entourage est primordial, tant au niveau familial, amical que des professionnels de santé. En effet, les nouveaux parents nécessitent un accompagnement pour que ce passage de femme/homme à mère/père se passe au mieux, et avoir toute la disponibilité nécessaire pour la création du lien parent-enfant.

L'organisation de l'accompagnement postnatal est en pleine mutation actuellement : un recours au PRADO de plus en plus répandu, la mise en place des sorties précoces de maternité, fermeture de services etc. Il se posait donc la question du ressenti des patientes et comment améliorer cet étayage pour les patientes de la PMI de Besançon.

Comme toute organisation, celle de la période postnatale est perfectible et adaptable avec les outils que nous avons à disposition. En effet, près de la moitié des patientes seraient demandeuses d'un accompagnement plus complet pour leur retour à domicile, et la majorité aurait aimé bénéficier d'un entretien postnatal précoce.

Ce temps d'échange que propose l'EPNP, permet d'évaluer le bien être psychique des parents, de leur donner confiance dans leur qualité de parents, et de reprendre le vécu de l'accouchement entre autres. Il est recommandé par la HAS depuis 2014, et trouve tout son sens par la mise en avant des problématiques liées aux violences obstétricales. Cet outil de prévention des troubles psychiques du post-partum s'inscrit dans un objectif de santé publique majeur.

Par cette étude, il apparaît essentiel de pouvoir mettre en place cet entretien par les sages-femmes PMI de Besançon, les missions du département se situant dans la prévention. Cela dans un premier temps, puis que celui-ci puissent être proposé ensuite à l'ensemble des accouchées, par toutes les sages-femmes libérales, quand une cotation CPAM sera mise en place.

## Bibliographie

1. Santé publique France. Grossesse et accueil de l'enfant - Fiche info : Le suivi médical de la grossesse [en ligne]. INPES ; 2010 [consulté le 21 mars 2019]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-4c.pdf>
2. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [en ligne]. Synthèse des recommandations professionnelles. HAS ; Mai 2016 [consulté le 18 mars 2019]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi\\_orientation\\_femmes\\_enceintes\\_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf)
3. Ministères des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Plan périnatalité 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité [en ligne]. Paris : 10 novembre 2004 [consulté le 18 mars 2019]. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_perinatalite\\_2005-2007.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf)
4. Haute Autorité de Santé. Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) [en ligne]. HAS ; Recommandations professionnelles ; 2005 [consulté le 19 avril 2019]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation\\_naissance\\_recos.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf)
5. Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisations du retour à domicile des mères et de leur nouveau-nés [en ligne]. Recommandations pour la pratique clinique. Paris : HAS ; 2014 [consulté le 11 février 2019]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations\\_-\\_sortie\\_de\\_maternite\\_apres\\_accouchement.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf)
6. L'assurance Maladie. J'accompagne les premiers pas de mon enfant [en ligne]. [Consulté le 21 mars 2019] Disponible sur : [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4086/document/premiers-pas\\_assurance-maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4086/document/premiers-pas_assurance-maladie.pdf)
7. L'assurance maladie. Prado, le service de retour à domicile [en ligne]. [Consulté le 10 avril 2019] Disponible sur : <https://www.ameli.fr/doubs/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>
8. L'assurance maladie. Après l'accouchement : le retour à la maison [en ligne]. [Consulté le 10 avril 2019] Disponible sur : <https://www.ameli.fr/doubs/assure/sante/themes/accouchement-nouveau-ne/suivi-domicile>
9. Conseil National de l'ordre des sages-femmes. Compétences : Après l'accouchement [en ligne]. [Consulté le 15 avril 2019] Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/votre-sage-femme/competences/apres-laccouchement/>
10. Collectif interassociatif autour de la naissance. Sortie de maternité et bien-être des femmes [en ligne]. CIANE ; 2012 [Consulté le 8 avril 2019] Disponible

sur : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/11/DossierSortieMaterniteNov2012.pdf>

11. Capgras-Baberon D, Lefèvre-Penel A. Enjeux et objectifs de l'entretien postnatal précoce. *Vocation Sage-femme*. Juillet-Août 2014 ; 109 : 17-20.

12. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La naissance : caractéristiques des accouchements [en ligne]. DREES ; 2018 [Consulté le 8 avril 2019] Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/26-7.pdf>

13. Capgras-Baberon D, Lefèvre-Penel A. Le « désert » de l'accompagnement postnatal. *Vocation sage-femme*. Juillet-Août 2014 ; 109 : 12-14.

14. Direction de l'information légale et administrative. Congé de paternité et d'accueil de l'enfant d'un salarié du secteur privé [en ligne]. 2019 [Consulté le 23 mars 2019] Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3156>

15. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Le congé de paternité : un droit exercé par sept pères sur dix [en ligne]. DREES ; 2016 [Consulté le 23 mars 2019] Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er957.pdf>

16. Inspection générale des affaires sociales. Evaluation du congé de paternité [en ligne]. IGAS ; 2018 [Consulté le 23 mars 2019] Disponible sur : <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2018-022R.pdf>

17. L'assurance maladie. RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION Suivi à domicile de la mère et de son nouveau-né dans le cadre d'une durée de séjour standard en maternité [en ligne]. 2015 [Consulté le 10 avril 2019] Disponible sur : [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4030/document/suivi-domicile-femme-nouveau-ne\\_assurance-maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4030/document/suivi-domicile-femme-nouveau-ne_assurance-maladie.pdf)

18. L'assurance maladie. Signature d'un accord rénovant le cadre conventionnel [en ligne]. 2018 [Consulté le 10 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/sage-femme/actualites/signature-dun-accord-renovant-le-cadre-conventionnel>

19. L'assurance maladie. Maternité : déclaration, prise en charge et feuille de soins [en ligne]. 2019 [Consulté le 9 mai 2019] Disponible sur : <https://www.ameli.fr/sage-femme/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-maternite/maternite>

20. L'assurance maladie. Les tarifs conventionnels [en ligne]. 2019 [Consulté le 9 mai 2019] Disponible sur : <https://www.ameli.fr/sage-femme/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs/tarifs>

21. Ministère de la santé et des sports Direction Générale de la Santé. Evaluation du plan périnatalité 2005-2007[en ligne]. 2010 [Consulté le 20mars 2019] Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation\\_du\\_plan\\_perinatalite\\_-\\_Rapport\\_final.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf)

22. Capgras-Baberon D, Lefèvre-Penel A. L'entretien postnatal précoce, un dispositif émergent. *Vocation sage-femme*. Juillet-Août 2014 ; 109 : 15-16.

23. Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical [en ligne]. HCE ; 2018[Consulté le 15 avril 2019] Disponible sur : [http://haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce\\_les\\_actes\\_sexistes\\_durant\\_le\\_suivi\\_gynecologique\\_et\\_obstetrical\\_20180629.pdf](http://haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf)
24. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Enquête nationale périnatale Rapport 2016 [en ligne]. Inserm ; 2017 [consulté le 13 mai 2019]. Disponible sur : [http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf)
25. Lozano M. Violences conjugales : connaissances et pratiques des sages-femmes du Doubs. Mémoire : DE sage-femme : Besançon : 2017 ; 101p.
26. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales. Le rôle des professionnels de santé. Les dossiers de l'obstétrique. 2002 ; 303 : 3-17.
27. Molenat F, Toubin RM. Premières étapes de la parentalité et prévention des troubles psycho-affectifs et de la maltraitance. Sortie de maternité et retour à domicile du nouveau-né. Elsevier Masson. 2010 ; 12 : 79 - 86.
28. Kez Z. L'entretien postnatal précoce : étude qualitative à la maternité du centre hospitalier régional universitaire de Nancy du 7 octobre 2017 au 26 janvier 2018 à partir de 30 entretiens semi-directifs. Mémoire : DE sage-femme : Nancy : 2018 ; 49p.
29. Blanchot-Isolat C, Capgras-Barberon D, Lefevre A, Orliaguet MH. L'entretien Postnatal Précoce : une évidence ?! Réalités en Gynécologie-obstétrique. 2018 ; 194 : 1-6.
30. Paulard I, Capgras-Barberon D. Dossier accompagner les fragilités psychiques pendant la grossesse – A l'écoute des dépresses émotionnelles. Vocation Sage-Femme. 2017 ; (129) : 11.
31. Mikelic Dutriaux T. Dépistage et accompagnement alternatif des vulnérabilités psychiques autour de la naissance. Vocation Sage-Femme. 2017 ; (129) : 16-20.
32. World Health Organization. WHO recommandations on postnatal care of the mother and newborn [en ligne]. Geneva : WHO ; 2013 [consulté le 13 mai 2019]. Disponible sur : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649\\_eng.pdf;jsessionid=8BC5CBCCF5F21059BD50C5C62B9AAC37?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf;jsessionid=8BC5CBCCF5F21059BD50C5C62B9AAC37?sequence=1)
33. Bydlowsky M. La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité. PUF, 2008.
34. Favez N. Psychologie de la coparentalité. Concepts, modèles et outils d'évaluation. Dunod ; 2017 : 15 – 30.
35. World Health Organization. Technical consultation on postpartum and postnatal care [en ligne]. Geneva : WHO ; 2010 [consulté le 12 mai 2019]. Disponible sur : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70432/WHO\\_MPS\\_10.03\\_eng.pdf;sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70432/WHO_MPS_10.03_eng.pdf;sequence=1)

# Annexes

## Annexe 1 : Objectifs de l'EPNP



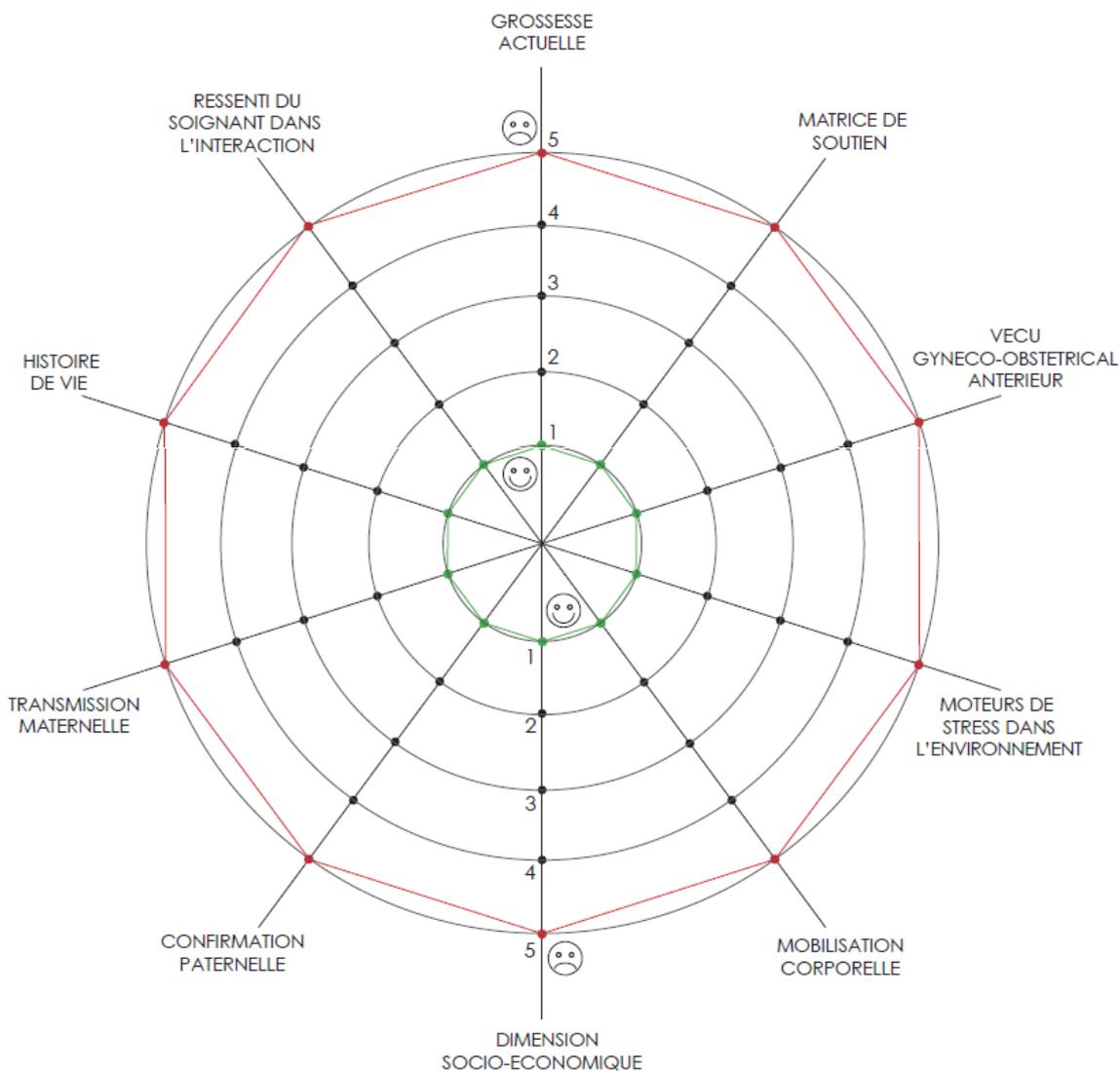
## Annexe 2 : Support Cartographie Urkind

SYNTHÈSE DE L'ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE  
SUR LA BASE DE LA DISPONIBILITÉ  
ÉNERGÉTIQUE MATERNELLE (en jaune)

### CARTOGRAPHIE URKIND

DATE :

NOM Prénom de la patiente:



Ce document est le support d'une formation dispensée par son auteur. Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document. Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4 Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

## Annexe 3 : Courrier d'information

BESANCON, le 1<sup>er</sup> mars 2019

POLE SOLIDARITE ET COHESION SOCIALE

Direction Enfance Famille

Secteur de BESANCON NORD EST

Mme

Affaire suivie par : Mathilde LOZANO

Ligne directe :

Madame,

Je suis Mathilde LOZANO, la sage-femme PMI ayant fait votre entretien prénatal précoce lors de votre grossesse.

Dans le cadre d'un Master 2 de Santé Publique, Intervention en Promotion de la Santé, je m'interroge actuellement sur les besoins des patientes que j'ai rencontrées lors de la grossesse après le retour à domicile.

Pour ce faire, je vous propose de vous contacter par téléphone afin de vous poser des questions sur le déroulement de votre accouchement ainsi que sur le retour à domicile.

Cette étude a pour but de connaître les attentes des mamans et des couples dans le cadre de l'accompagnement post natal afin de l'améliorer.

Votre participation à l'étude est totalement libre, il est de votre droit de refuser d'y participer ou de mettre fin à votre participation sans que ceci ne porte atteinte à votre suivi en cours ou ultérieur dans nos services.

Si vous ne souhaitez pas participer à cette étude ou si vous voulez me communiquer une plage horaire qui vous arrange pour l'entretien téléphonique, vous pouvez me contacter par courrier électronique :

[mathilde.lozano@doubs.fr](mailto:mathilde.lozano@doubs.fr)

Les données recueillies seront anonymisées ainsi que leur analyse.

Dans l'attente de pouvoir échanger avec vous,

Je reste à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

*La sage-femme de PMI,*

**Mathilde LOZANO**

### Exercice du droit d'accès

*Le service de PMI dispose de moyens informatiques destinés à suivre plus facilement l'évolution des indicateurs de santé maternelle et infantile conformément aux dispositions du code de la santé publique. Les informations enregistrées sont réservées à l'usage du service et ne peuvent être communiquées qu'aux destinataires suivants : professionnels de santé et leurs secrétariats.*

*Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification des informations la concernant, en s'adressant au service de PMI.*

## Annexe 4 : Questionnaire

1. Quel âge avez-vous ?
2. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?
  - Agricultrice
  - Artisans, commerçants, chef d'entreprise
  - Cadres, professions intellectuelles supérieures
  - Professions intermédiaires
  - Employées
  - Ouvriers
  - Sans emploi ou étudiantes
3. Est-ce votre premier enfant ? Oui / Non
4. Avez-vous des antécédents « traumatiques » du point de vu obstétrical ? Oui / Non
5. Lesquels ?
  - Accouchement traumatique
  - Accouchement prématuré
  - Fausse couche spontanée ou Grossesse extra utérine ou œuf clair
  - Interruption volontaire de grossesse
  - Mort fœtale in utéro ou interruption médicale de grossesse
6. Avez-vous des antécédents traumatiques autres ? Oui / Non
7. Lesquels ?
  - Violences conjugales actuelles
  - Antécédents de violences conjugales
  - Migration
  - Violences dans l'enfance
  - Mesure de placement pour la mère
  - Mesure de placement pour les aînés
8. Cette grossesse est-elle spontanée ? Oui / Non
9. Cette grossesse était-elle programmée ? Oui / Non
10. Vivez-vous en couple ? Oui / Non
11. Bénéficiez-vous d'un soutien familial ? Oui / Non
12. Avez-vous eu des complications pendant la grossesse ?
13. Lesquelles ?
  - Malformation fœtale
  - Menace d'accouchement prématuré
  - Grossesse multiple

- Pré-éclampsie
- Retard de croissance intra-utérin
- Hospitalisation anténatale en rapport avec la santé maternelle

14. Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité ? Oui / Non

15. Comment avez-vous accouché ? Par voie basse non instrumentale/ Voie basse instrumentale/ césarienne

16. Avez-vous eu des complications à l'accouchement ? Oui / Non

17. Lesquelles ?

- Prématurité
- Hémorragie de la délivrance
- Déchirure périnéale compliquée
- Nouveau-né nécessitant de gestes de réanimation
- Vécu traumatique de l'accouchement

18. Combien de jours êtes-vous restées à la maternité ?

19. Avez-vous bénéficié d'une visite à domicile d'une sage-femme libérale dans le cadre du Prado ou autre ? Oui / Non

20. Avez-vous bénéficié d'un accompagnement par les professionnels de PMI en post-natal ?

21. Allaitiez-vous ?

22. En prenant en compte tous les conseils qui vous ont été donnés à la maternité avant votre sortie par rapport au retour à domicile, ainsi que l'étayage dont vous avez bénéficié, jugé vous que l'accompagnement au retour à domicile a été suffisant ?

Oui / Non

Le but de mon étude est de mettre en place un entretien postnatal précoce. Celui-ci consiste en un temps d'échange, avec vous, votre conjoint et en présence de votre nouveau-né. Il dure 45 minutes à 1 heure, et se fait dans les 8 à 15 jours suivant votre accouchement. Il aborde différentes thématiques, notamment l'état émotionnel et psychique de tous les membres de la triade, mais aussi le vécu de l'accouchement.

23. Auriez-vous souhaité réaliser un entretien postnatal précoce ? Oui / Non

24. Nous allons maintenant voir les différents thèmes abordés dans cet entretien, vous allez juger si pour vous ils sont : peu important / Assez Important / Très important / Essentiel.

- Auprès de la mère
- Auprès du père
- Autour du lien parental
- Autour du lien familial et conjugal
- Auprès du nouveau-né

- Avec le réseau

25. Avez-vous des remarques ?

# Evaluation des besoins des parents en postnatal pour la mise en place de l'Entretien Postnatal Précoce

## RESUME

**Introduction** : L'entretien postnatal précoce (EPNP), recommandé par la HAS depuis 2014 et mis en avant par le HCE, est encore peu utilisé en France. Cet outil de prévention primaire a pour but de créer un espace d'écoute et d'empathie pour le couple afin de personnaliser la suite de leur accompagnement.

**Objectifs** : Connaître les attentes des femmes ayant rencontré la sage-femme PMI pendant leur grossesse, quant à la mise en place d'un EPNP, avoir les arguments nécessaires, savoir quels axes sont à privilégier et recueillir leur ressenti sur l'accompagnement pour leur retour à domicile.

**Méthodes** : une étude descriptive de procédure observationnelle par entretiens téléphoniques semi-directifs auprès de 46 patientes ayant accouché entre novembre 2018 et mars 2019, et ayant rencontré la sage-femme de PMI en anténatal.

**Résultats** : Près de la moitié des patientes ont exprimé leur insatisfaction quant aux conseils et l'accompagnement pour le retour à domicile. Et la majorité d'entre elles déclarent qu'elles auraient souhaité bénéficier d'un EPNP, avec un attrait supplémentaire pour les items « autour de la mère », « autour du nouveau-né » et « autour du lien parental ».

**Discussion** : La mise en place de l'EPNP, en complémentarité du PRADO paraît essentielle, d'autant qu'avec la fermeture de l'HAD maternité, l'accompagnement postnatal doit être repensé. L'EPNP répond aux missions du département, en permettant la prévention des troubles psychiques du post-partum.

Mots clés : Entretien postnatal précoce, prévention primaire, soutien à la parentalité, accompagnement, protection maternelle et infantile

## ABSTRACT

**Context** : The early postnatal interview, recommended by the National Health Authority since 2014 and put forward by the High Council for equality, is not a lot used yet in France. This tool of primary prevention aims to create a space of listening and empathy for the couple in order to personalized the following support.

**Objective** : Get to know the expectations of women who met the PMI midwife during their pregnancy, as for setting up a early postnatal interview and have arguments. Get to know which items are to be favored and collect their feelings about the come back home.

**Methods** : A descriptive study with observational procedure by semi-structured telephone with 46 patients having delivery between november 2018 and March 2019, and having met the PMI midwife during pregnancy.

**Results** : About half of the patients expressed their dissatisfaction as for advice and support for come back home. And the majority of them declare that they would have liked to have an early postnatal interview, with more interest for the items « about the mother », « about the baby » and « about parental link ».

**Discussion** : The establishment of early postnatal interview, in complementarity of the PRADO seems essential. Especially since the closure of the maternity home hospitalisation, the postnatal support must be redesigned. It corresponds at the department missions with prevention of postpartum psychic disorders.

Keywords : Early postnatal interview, primary prevention, parenthood support, support, maternal and child protection