Guide pratique pour l'Entretien Postnatal Précoce

À l'attention des sages-femmes et des médecins

Février 2024

CNSF
Collège National
des Sages-Femmes
de France

Cher.e.s tou.te.s,

Éléonore Bleuzen-Her, Présidente du CNSF, a rapidement été à l'initiative de la création d'un groupe de travail pour rédiger fin 2022 des préconisations pour la pratique clinique de l'Entretien Postnatal Précoce (EPNP) suite à son application législative.

Un des objectifs du CNSF est de promouvoir des outils pratiques pour accompagner les professionnel.le.s dans ses préconisations. Un second groupe de travail composé de Éléonore Bleuzen-Her, Nathalie Baunot et Sébastien Riquet, qui ont participé aux préconisations a été rejoint par Sophie Durand et vous propose aujourd'hui un Guide Pratique de l'EPNP.

La construction de cet outil clinique a pris en compte dans un premier temps l'assise nécessaire à la pratique de ce nouvel entretien dans le paysage périnatal et la nécessité de regrouper ensuite plusieurs ressources essentielles à mobiliser dans son exercice.

Les rédacteur.trice.s de ce guide remercient l'engagement des relecteur.trice.s Anne Chantry, Michèle Zanardi-Braillon, Sarah Benjilany, Laurent Gaucher, Christine Blanchot-Isola, Priscille Sauvegrain, Dahlia Tharwat, Morgane Da Costa Lima Incorvaia et Anne Battut pour leurs corrections au texte et leurs précieux commentaires mais aussi Louise Mercier et Léa Creveau qui ont également contribué à sa mise en page et à la reprographie de ce guide qui saura trouver sa place auprès de celles et ceux qui pratiquent l'EPNP ou qui souhaitent le mettre en place dans leur pratique professionnelle. Nous tenons également à remercier Mathilde Delespine et Marine Edelin pour leurs retours à nos questions. Merci à tou.te.s pour ce travail collaboratif au service de la profession sage-femme.

Éléonore Bleuzen-Her & Sébastien Riquet

Rédacteurs, rédactrices :

- Eléonore Bleuzen-Her, sage-femme libérale - Missillac (44) urs, rédactrices :
- Nathalie Baunot, sage-femme coordinatrice réseau périnatalité - Paris (75)
- Sophie Durand - sage-femme libérale et coordinatrice réseau périnatalité - La Réunion (974)
- Sébastien Riquet - sage-femme enseignant, chercheur - Marseille (13) / Bobigny (93)

Relecteurs, relectrices (1ère lecture) : Anne Chantry, Christine Blanchot-Isola, Dahlia Tharwat, Laurent Gaucher, Michèle Zanardi-Braillon, Priscille Sauvegrain, Sarah Benjilany

Relecteurs, relectrices (2nde lecture) : Anne Battut, Christine Blanchot-Isola, Dahlia Tharwat, Louise Mercier, Michèle Zanardi-Braillon, Morgane Da Costa Lima Incorvaia, Sarah Benjilany

Sommaire

SOMMAIRE 3
INTRODUCTION ET CONTEXTE 4

PRÉALABLES D'UN ENTRETIEN & ORGANISATION DE L'EPNP 5
La notion d'obligation ou "obligatoire" 5
La date de réalisation et la durée 5

LES 4 ÉTAPES POUR UN ENTRETIEN (adapté du modèle Calgary Cambridge, 2003) 6
1. Commencer l'entretien 6
2. Recueillir l'information 6
3. Expliquer 6
4. Terminer l'entrevue 6

BOÎTE À OUTILS 7
GRILLE D'ENTRETIEN *(Annexe n°3 - Proposition de fiche de synthèse)* 8

ET APRÈS ? 9
Organisation des séances du suivi postnatal 9

ORIENTATION DES FEMMES ET DES COUPLES 10

BIBLIOGRAPHIE 11

ANNEXES / BOÎTE À OUTILS 12

Annexe 1 - Fiche d'informations sur l'EPNP à destination des couples (CNSF & Maman Blues) 12
Annexe 2 - Outil de cotation à destination des sages-femmes (CNSF & ONSSF) 13
Annexe 3 - Proposition de fiche de synthèse de l'Entretien Postnatal Précoce (EPNP) 14
Annexe 4 - Echelle de dépression postnatale d'Édimbourg - EPDS 15
Annexe 5 - Echelle ADBB - A. Guedeney, 2012 © 17
Annexe 6 – Aide à l'orientation (dispositifs nationaux existants) 18
Annexe 7 - Transmission des situations préoccupantes (informations prises auprès du juriste du CNOSF) 23
Annexe 8 - Hiérarchie des interventions en fonction de la période (préconception, 1er trimestre de grossesse, 2e - 3e trimestre de grossesse, post-partum) - RPC CNSF 2021 25

Introduction et contexte

L'Entretien Postnatal Précoce (EPNP) est devenu une étape obligatoire du parcours de soins des femmes en post-partum depuis le 1er juillet 2022 (Article L2122-1 du Code Santé Publique). La mise en place de cet entretien fait suite aux nombreuses demandes des professionnel.le.s de la périnatalité et représentant.e.s des usagères. Il entre dans le cadre du programme "Les 1000 premiers jours" lancé par l'UNICEF et décliné par le Gouvernement français.

Cet entretien vient en complément du suivi somatique et n'a pas vocation à se substituer aux objectifs médicaux de la consultation postnatale, qui reste obligatoire entre la 6ème et la 8ème semaine du post-partum.
L'EPNP est **un temps d'échanges indispensable, qui doit répondre à plusieurs objectifs :**

- Aborder et identifier les ressources, les besoins et les attentes des familles ;
- Prévenir, repérer et dépister les situations de vulnérabilité et les troubles psychiques du post-partum, et en premier lieu la dépression postnatale (DPN).

Cet entretien permet **d'assurer une continuité entre le suivi prénatal et le suivi postnatal, et d'éviter une rupture de parcours de soins, notamment pour la femme, une fois l'enfant né.**
L'EPNP devrait être réalisé par le/la professionnel.le qui a assuré un suivi en anténatal avec la femme et/ou le couple (suivi de grossesse, préparation à la naissance ou à la parentalité, suivi de grossesse pathologique…).

Enfin, cet EPNP renforce la nécessité du travail en réseau pluri-professionnel autour de la famille, quels que soient les besoins.

Le CNSF a publié des préconisations de pratique clinique sur cet entretien en juillet 2022 afin que les professionnel.le.s s'approprient rapidement ce nouvel acte. **Ce guide vient proposer des outils aux professionnel.le.s, en complément des préconisations, sans se substituer à la formation continue professionnelle.**

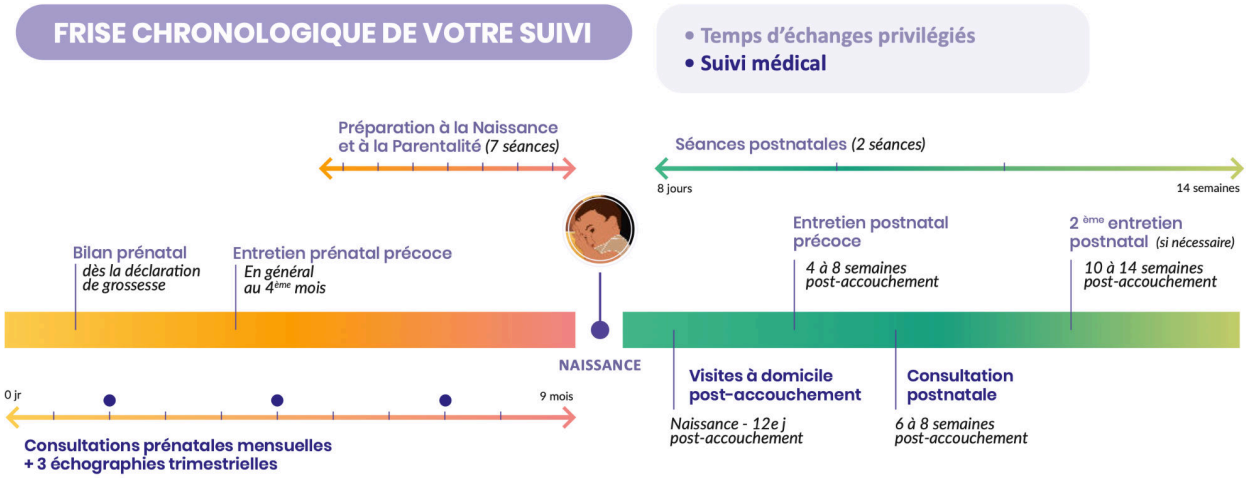


Illustration issue de la fiche "L'Entretien Postnatal Précoce" réalisée par le CNSF et Maman Blues (Annexe 1)

Préalables d'un entretien & organisation de l'EPNP

Nous rappelons la nécessité de se former à la pratique d'un entretien qui n'a pas les mêmes objectifs qu'une consultation somatique où un diagnostic est attendu.

Dans les textes législatifs et réglementaires, rien ne cadre l'EPNP, hormis :

- son caractère obligatoire,
- sa date de réalisation,
- ses objectifs, notamment le dépistage précoce de la dépression postnatale.

La notion d'obligation ou "obligatoire"

Il est nécessaire de le proposer obligatoirement dès le suivi anténatal (Consultations de Suivi, Entretien Prénatal, Préparation à la Naissance et à la Parentalité), ou au plus tard lors des visites à domicile postnatales, et de tracer sa proposition dans le dossier médical. Une affiche, au sein des cabinets libéraux, en maternité ou en PMI, permet de communiquer activement sur l'existence de cet entretien.

Une fiche ou affiche d'informations, selon son format d'impression, réalisée par le CNSF et Maman Blues, est proposée en (*annexe 1*).

En cas de refus émis par la femme et/ou le couple, il est recommandé de le tracer également dans le dossier médical.
Les EPNP et les 2 séances postnatales font l'objet d'un compte-rendu inscrit au dossier médical de la femme. Il peut être porté au dossier médical partagé (DMP) si celui-ci est ouvert tout comme la fiche de synthèse, **sous réserve de l'accord de la femme**.

La date de réalisation et la durée

Les symptômes d'une dépression postnatale apparaissent généralement dans les 6 premières semaines du post-partum. C'est pourquoi **le CNSF préconise la réalisation de l'EPNP autour de la 4ème semaine après l'accouchement** afin de proposer le plus précocement possible un soutien adapté aux femmes / couples et prévenir les troubles psychiques apparaissant lors de cette période.

Il est conseillé de programmer le rendez-vous du premier entretien postnatal dès la sortie de maternité. Si l'entretien n'a pu être réalisé autour de la 4ème semaine après l'accouchement, il peut être planifié jusqu'à la 8ème semaine.

Le CNSF préconise fortement la présence de l'enfant et du co-parent pour prendre en considération les besoins et attentes de chacun d'entre eux et observer les interactions parents-enfant. Cette préconisation est à moduler en fonction du contexte de vie des couples.

Concernant la durée de l'entretien, rien n'est stipulé dans les textes législatifs. Cependant, il est conseillé de prévoir un temps de 30 à 45 minutes minimum. **Au-delà d'une heure d'entretien, la proposition d'un deuxième entretien est fortement recommandée.**

Pour rappel, cet entretien peut être réalisé à domicile, en fonction du contexte et des possibilités. La Caisse d'Assurance Maladie prévoit une cotation spécifique pour cet acte à domicile (*annexe 2*).

Les 4 étapes pour un entretien (adapté du modèle Calgary Cambridge, 2003)[1]

1. Commencer l'entretien

- Accueillir, se présenter
- Poser le cadre (confidentialité, objectifs…)

2. Recueillir l'information

- Explorer le vécu de la mère / du couple
- Accueillir les émotions des parents, leurs ressentis, en profiter pour les valoriser dans leurs compétences parentales

Vous trouverez une grille d'aide pour aborder certaines thématiques liées au post-partum .

3. Expliquer

- Fournir les informations souhaitées ou nécessaires aux parents
- Aider la mère / le couple à comprendre et à retenir les informations
- Expliquer l'utilité de la fiche de synthèse pour la suite du suivi

4. Terminer l'entrevue

- Préparer la fin de l'entrevue, rédiger la synthèse avec les parents
- Planifier les prochaines étapes, si cela n'a pas encore été fait (le 2ème EPNP éventuel, les 2 séances postnatales, la consultation postnatale, les rendez-vous pédiatriques, autres rendez-vous…)

L'EPNP ne nécessite pas la réalisation d'un examen physique ni de la mère, ni de l'enfant sauf situation particulière (demande explicite de la mère, suspicion de violences, état de l'enfant…). Dans ce cas, ce temps devient une consultation ; un EPNP est alors proposé ultérieurement.

[1] Adapté de Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. *Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides.* Academic Medicine 2003;78(8):802-809.

Boîte à outils

Si vous avez réalisé l'entretien prénatal, il est conseillé de relire la fiche de synthèse pour appuyer ou non certaines thématiques et de faire le lien entre le prénatal et le postnatal (conditions socio-économiques, isolement, appréhension de la naissance, de la parentalité…).

Si vous ne connaissez pas la femme / le couple, il est préférable d'être vigilant.e sur des antécédents médicaux, psycho-sociaux ciblés (pathologie chronique, violences intrafamiliales, évènements marquants…) et de prévoir un 2ème entretien si nécessaire.

Pour rappel :

- Poser systématiquement la question des violences. Affirmer l'interdiction des violences par la loi et la seule responsabilité de l'agresseur. *« Avez-vous vécu des événements qui vous ont fait du mal ou qui continuent de vous faire du mal ? » « Quelqu'un vous a-t-il déjà fait du mal dans votre vie ? »*
- Informer sur la mécanique des violences, la loi, l'aide existante et orienter vers d'autres ressources d'aide spécifiques ;
- Réaliser les soins médicaux, identifier les répercussions sur la santé physique et mentale de la femme et de ses enfants ;
- Documenter les violences (même si absence de « lésions physiques ») dans le dossier médical avec rédaction d'une attestation ou certificat médical descriptif remis à la patiente ;
- Proposer un certificat de contre-indication aux rapports sexuels ou indiquant l'impératif de repos, ou au contraire, l'impératif d'une activité douce chaque jour en extérieur (si privation de circuler librement) ;
- Orienter vers des ressources et/ou des professionnel.le.s formés (*annexe 6 - tableau n°3* et *annexe 7*)

Grille d'entretien

(Annexe n°3 - Proposition de fiche de synthèse)

Le CNSF rappelle qu'une synthèse de l'EPNP doit être rédigée systématiquement. Celle-ci doit relue et validée avec le couple et remise à la femme. **Le CNSF préconise qu'une copie puisse être adressée au professionnel de santé référent du parcours de la femme** (sage-femme ou médecin avec accord de la femme). En fonction de la situation, et notamment du vécu de l'accouchement, il est préconisé de faire un retour à l'équipe ayant accompagné la femme durant l'accouchement, sous réserve de l'accord de la femme / du couple.

Environnement social et familial

= Recherche des ressources et vulnérabilités sociales chez les parents

Conditions de vie *: logement, moyen de transport, isolement, précarité financière, couverture médicale…*
Ex : "Comment se passe la recherche de votre logement ?"

Équilibre familial *: mode de garde de l'enfant, reprise de l'activité professionnelle, adaptation avec la fratrie…*
Ex : "Avez-vous déjà réfléchi à un mode de garde pour votre enfant ?" "Comment cela se passe-t-il avec votre aîné.e ?"

Événements marquants : *deuils, violences conjugales, chômage…*
Ex : "Vivez-vous, vous ou vos enfants, des choses intolérables pour vous ?"

Ressources : *aides pour les tâches quotidiennes (TISF, partage parental…), présence de la famille, d'amis*
Ex : " Quel est le soutien familial ou amical sur lequel vous pouvez compter?"

Santé, grossesse et accouchement, psychisme

= Bilan sur l'état de santé de la mère et du co-parent

Vécu de la santé globale : *suivis chroniques en cours, déroulement de la grossesse, de la naissance, vécu de l'accouchement…*
Ex : "Quel vécu gardez-vous de votre grossesse ? de votre accouchement ?"

Hygiène de vie *: conseils hygiéno-diététiques, activité physique, traitements, conduites addictives, produits toxiques/cosmétiques, sommeil…*
Ex : "Depuis la naissance, avez-vous envie / repris la cigarette ?" "Avez-vous repris des activités plaisantes (sport, marche…) ?" "Arrivez-vous à honorer vos rendez-vous personnels et/ou médicaux ?"

Relation de couple, sexualité, équilibre conjugal
Ex : "Comment faites-vous pour trouver du temps pour vous ? Ou pour vous reposer ? Et depuis l'arrivée de bébé ?" Comment avez-vous trouvé un nouvel équilibre ?"

Recherche / suivi des vulnérabilités psychiques (mère et co-parent)

- *Sensibilisation / dépistage troubles psychiques du post-partum*
- *Signes de vulnérabilité psychique (tristesse, pleurs, culpabilité, angoisses, anxiété, stress, idées suicidaires…)*
- *Utilisation éventuelle de l'EPDS*

Ex : "Associez-vous la naissance de votre enfant à un moment heureux pour vous?" - "Avez-vous eu des idées noires, envie d'en finir ?"
"Quelles sont vos éventuelles préoccupations ou inquiétudes depuis l'arrivée de votre enfant ?"

Émotions et vécu de la parentalité

= Accompagnement des parents

Accueil des ressentis et des émotions : *aider à évoquer les ressentis et émotions liés à la naissance, au retour à domicile, des premières semaines*
Ex : "Comment vous sentez-vous ?" - "Comment s'est déroulé ce premier mois ?"

Vécu des changements liés à la parentalité : *Comment se représente-t-elle son enfant et leurs relations? Quelle est la place du père, du co-parent, des autres enfants ?*
Ex : "Comment vous représentez-vous en tant que mère / père ?" "Comment vous représentez-vous en tant que femme / homme depuis son accouchement ?"

Qualité des interactions : *adaptations (rythmes, sommeil, pleurs, proximité/réconfort…), évaluation de l'état de l'enfant (réactions) dans la relation à sa mère/ses parents lors de l'entretien*
"Comment vous sentez-vous quand votre enfant pleure ?"

Bien-être du nouveau-né

= Informations sur le développement et besoins du nouveau-né

Évolution somatique : *alimentation (allaitement, biberon, sevrage…), courbe pondérale, troubles neuro-sensoriels…*
Ex : "Comment va-t-il ?" - "Y-a-t-il des éléments nouveaux concernant sa santé ?"

Évolution du bien-être émotionnel : *rythme du nouveau-né, pleurs, interactions, syndrome du bébé secoué…*
Ex : "Est-ce que vous observez une évolution du rythme de votre bébé depuis sa naissance ?"

Parcours de soins postnatal / Prévention : *suivi pédiatrique, consultations recommandées, vaccinations, promotion des vaccinations dans l'entourage de la mère et de l'enfant*

Santé environnementale *: produits toxiques, cosmétiques…*

Conclusion de l'entretien

Orientation / Transmission

Synthèse – Restitution *:*

- Synthèse rédigée préférentiellement avec la patiente et le co-parent si présent – Mise en lumière des ressources, voire des fragilités de la femme / du couple
- DPN et EPDS : proposé / refusé / non fait ± score

Et après ?

Le CNSF préconise de rappeler systématiquement à la femme les différentes étapes du parcours postnatal. Ce parcours doit cependant être personnalisé et orienté en fonction des besoins exprimés.

Un deuxième entretien postnatal peut être proposé entre la 10ème et 14ème semaine après l'accouchement selon les besoins, les risques et/ou les facteurs de risque identifiés.

Afin de compléter ce premier temps d'échanges qu'est l'EPNP, il est fortement recommandé d'organiser les deux séances postnatales après le 1er EPNP et jusqu'à la 14ème semaine. En cas de fragilité perçue avant l'EPNP, ces séances peuvent être aussi utilisées en amont.

Si au cours de l'entretien, des violences intra-familiales sont suspectées, il est recommandé de recevoir la mère seule dans un second temps.

Organisation des séances du suivi postnatal

« Il s'agit de séances individuelles ou collectives organisées, au cabinet ou au domicile, par la sage-femme, comportant des actions de prévention et de suivi éducatif ». *NGAP, titre XI, chapitre II - Actes liés à la gestation et à l'accouchement, section 2.*

Ces deux séances de suivi postnatal (entre J8 et 14 semaines), individuelles ou collectives, sont réalisées dans une logique de prévention en lien avec des besoins particuliers identifiés pendant la grossesse ou 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.

Ces séances permettent de poursuivre, d'approfondir et de faire le lien avec **l'Entretien Prénatal Précoce et la Préparation à la Naissance et à la Parentalité réalisés pendant la période prénatale.**
Ainsi peuvent être abordées les thématiques suivantes :

- Le volet "santé environnement" du Rapport des 1000 premiers jours
- Les rythmes du nouveau-né
- L'allaitement maternel et plus globalement l'alimentation
- Le développement psychomoteur de l'enfant,
- L'activité physique, le bien-être de la mère/des parents

Nous vous invitons à consulter l'annexe 8 issue des RPC du CNSF 2021 "Interventions en période périnatale".

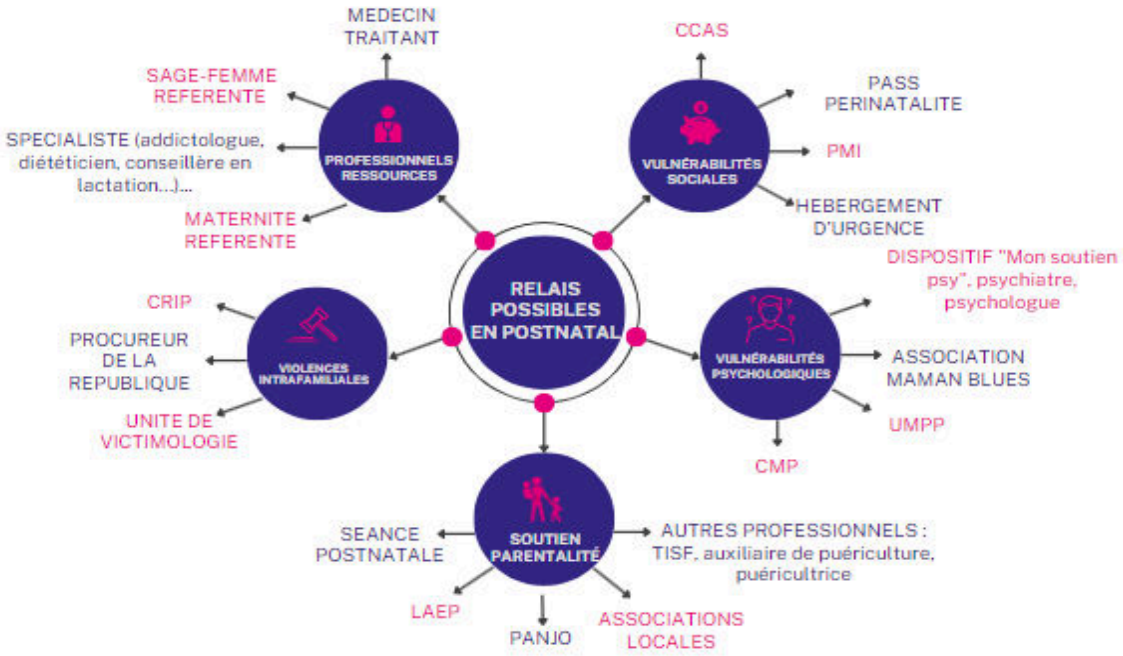
Ainsi, dans l'organisation du cabinet, une séance peut être centrée plutôt sur les besoins de l'enfant et l'autre sur les besoins de la femme / du couple. Des séances collectives sont à privilégier pour favoriser les échanges et éviter l'isolement parental.

Orientation des femmes / couples - (Annexe 6 - aide à l'orientation)

Le CNSF préconise à tout.e professionnel.le de santé effectuant des EPNP de pouvoir s'appuyer sur un réseau pluriprofessionnel afin de faciliter l'orientation des femmes, co-parents et enfants si nécessaire à l'issue de l'entretien. Les Dispositifs Spécifiques Régionaux en Périnatalité (DSRP) (ex-réseaux de santé périnatale) peuvent être des ressources pour faciliter la mise en relation entre les différents professionnels de la périnatalité sur un territoire. Il est important de savoir orienter en cas de situation d'insalubrité (agence départementale d'information sur le logement - Adil), de précarité (CCAS, mairie, collectivité territoriale...), et/ou de situations nécessitant un étayage pluridisciplinaire par les services de Protection Maternelle Infantile (PMI).

Le CNSF préconise d'identifier le service de psychiatrie périnatale le plus proche de son lieu d'exercice afin de pouvoir orienter les couples et leur enfant en cas de difficultés perçues ou ressenties par le soignant et/ou les parents dans leur rencontre avec leur enfant.

Si un risque pour la santé mentale de la mère et/ou du co-parent et/ou du nouveau-né est identifié, il est important de pouvoir orienter vers des structures / professionnel.le.s adaptés. Nous vous recommandons de vous rapprocher de votre DSRP afin d'avoir les informations à ce sujet.



CCAS : Centre communal d'action sociale
CRIP : Cellule de recueil d'information préoccupante
CMP : Centre médico-psychologique
LAEP : Lieux d'accueil enfant-parent
PANJO : Programme de promotion de la santé de l'enfant et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents : un outil de renforcement des services de PMI
PASS : Permanence d'accès aux soins de santé
PMI : Protection maternelle et infantile
TISF : Technicien.ne de l''intervention sociale et familiale
UMPP : Unité médico-psychologique en périnatalité / petite enfance

Bibliographie

- Article L2122-1 – Code de la santé publique. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044628790

- Les 1000 premiers jours – Là où tout commence. Rapport de la commission des 1000 premiers jours. Ministère des solidarités et de la santé. Septembre 2020. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf

- Bleuzen E, Benjilany S, Gantois A, et al. Entretien postnatal précoce – Préconisations pour la pratique clinique. [Rapport de recherche] Collège National des Sages-Femmes de France. 2022. hal-03719354

- Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides. Academic Medicine 2003;78(8):802-809.

- Barasinski C, Béranger R, Salinier C, et al. Recommandations pour la pratique clinique : « Interventions pendant la période périnatale ». Synthèse. Collège National des Sages-Femmes de France ; 2021. Disponible sur : https://hal.uca.fr/hal-03283227

- Décision du 28 mars 2022 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045979556

- The Royal College of Psychiatrists (1987). Translated from : Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry 1987;150:782-786.

- Guédeney A, Vermillard M. L'échelle ADBB : intérêt en recherche et clinique de l'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant. Médecine & enfance 2004;24(6):367-371.

Annexe 1 - Fiche d'informations sur l'EPNP à destination des couples (CNSF & Maman Blues)

Retrouvez la fiche sur le site du CNSF : le guide pratique de l'Entretien postnatal précoce

POST-PARTUM

CNSF
Collège National des Sages-Femmes de France

L'ENTRETIEN POSTNATAL PRÉCOCE

ENTRETIEN COMPLÉMENTAIRE AU SUIVI MÉDICAL POSTNATAL

Mise à jour : février 2023

Avec le soutien de : Maman Blues

L'Entretien Postnatal Précoce (EPNP) est un temps d'échanges avec un.e professionnel.le de santé (sage-femme ou médecin).

POUR QUI ET QUAND ?

Tous les couples / femmes qui viennent d'accueillir un enfant vivant ou décédé, peuvent en bénéficier. Nul besoin de prescription médicale pour en profiter, il peut être réalisé **de la 4ème à la 8ème semaine après l'accouchement.** Selon vos besoins et questionnements, un deuxième entretien postnatal peut être réalisé entre la 10ème et 14ème semaine post-accouchement.

L'EPNP doit vous être proposé dès votre grossesse et systématiquement après votre accouchement. Si ce n'est pas le cas, vous pouvez le demander..

A QUOI SERT-IL ?

Le.la professionnel.le de santé **adaptera le contenu de l'entretien à vos attentes et besoins.** Vous pourrez par exemple aborder les points suivants :

- Parler de votre vécu de la grossesse, de la Naissance et des suites immédiates ;
- Parler de vos attentes, de vos besoins, et aussi de vos craintes, vos difficultés et de vos émotions depuis la naissance de votre (vos) enfant(s) ;
- Aborder les besoins (dont l'alimentation) et le développement de votre (vos) enfant(s) ;
- Informer sur les mesures de prévention vis-à-vis de la sécurité de votre (vos) enfant(s) ;
- Vous informer sur le suivi médical postnatal ;
- Aborder l'organisation de vos congés, le mode de garde ;
- Échanger sur la reprise envisagée du travail ;
- Vous mettre en lien avec les professionnels du réseau si besoin le plus tôt possible.

QUI LE PRATIQUE ? QUELLE PRISE EN CHARGE ?

Il est préférable que ce soit la sage-femme (hospitalière, libérale ou de PMI) ou le médecin qui a réalisé l'Entretien Prénatal Précoce pendant la grossesse qui réalise cet EPNP.

Il est pris en charge à 70% par votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Votre mutuelle peut prendre en charge les 30% restants.

FRISE CHRONOLOGIQUE DE VOTRE SUIVI

- Temps d'échanges privilégiés
- **Suivi médical**

Préparation à la Naissance et à la Parentalité (7 séances)
Séances postnatales (2 séances)
Bilan prénatal — dès la déclaration de grossesse
Entretien prénatal précoce — En général au 4ème mois
NAISSANCE
Entretien postnatal précoce — 4 à 8 semaines post-accouchement
2ème entretien postnatal (si nécessaire) — 10 à 14 semaines post-accouchement
Visites à domicile post-accouchement — Naissance - 12e j post-accouchement
Consultation postnatale — 6 à 8 semaines post-accouchement
Consultations prénatales mensuelles + 3 échographies trimestrielles

Merci aux rédactrices de la fiche.

© CNSF - Rédactrices : Béatrice Bleuzen-Hor / Sophie Guillaume / Elise Marcende de Maman Blues - Graphisme & Illustrations : Pauline Dugros

Annexe 2 - Outil de cotation à destination des sages-femmes (CNSF & ONSSF)

Retrouvez l'outil de cotation sur le site du CNSF (*dernière actualisation le 2 février 2024*) : L'outil de cotation

Outil de cotation

Mise à jour : mars 2023

CNSF
Collège National des Sages-Femmes de France

ONSSF
ORGANISATION NATIONALE SYNDICALE DES SAGES-FEMMES

Cet outil, réalisé en collaboration entre le Collège National des Sages-femmes de France (CNSF) et l'Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF) est à destination des sages-femmes pour les aider dans leur pratique quotidienne.

L'objectif est d'associer les cotations des suivis de grossesse et postnatal selon les recommandations de pratique clinique, notamment les interventions en période périnatale (RPC CNSF 2021).

Il sera mis à jour, dès qu'un nouvel avenant à la convention nationale des sages-femmes sera publié ou dès qu'il y aura de nouvelles recommandations sur le suivi de grossesse et/ou postnatal.

Vous pouvez obtenir des informations complémentaires en adhérant directement aux deux organisations, qui sont complémentaires dans leurs objectifs de représentation.

Cet outil est une aide et ne remplace pas une formation professionnelle continue.

Les équipes du CNSF et de l'ONSSF

Tarification

	DÉPARTEMENTS MÉTROPOLITAINS	DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER
C (Consultation)	23.00	25.30
V (Visite)	23.00	25.30
MSF (Majoration conventionnelle à ajouter à toutes consultations ou visite en libéral)	2.00	2.00
SF (Lettre-clé)	2.80	2.80
SP	3	
TFS	2.80	
Indemnités kilométriques		
IK (Plaine)	0.45	0.59
IKM (Montagne)	0.73	0.80
IK à pied ou à ski	3.95	4.35
IFD (Indémnité forfaitaire de déplacement)	4.00	4.40

Parcours de grossesse et postnatal

Consultation du 1er trimestre
C 23.00€
MSF 2.00€

Consultations de suivi de 2ème trimestre
C 23.00€
MSF 2.00€
4ème, 5ème et 6ème mois

Consultations de suivi de 3ème trimestre
C 23.00€
MSF 2.00€
7ème, 8ème et 9ème mois

Monitoring et surveillance après 24 SA
AVEC PRESCRIPTION
Grossesse unique
SF 15.6 43.68€
Grossesse multiple
SF 22.6 63.28€
SANS PRESCRIPTION
Grossesse unique
SF 12.5 35.00€
Grossesse multiple
SF 19.5 54.60€
Limités à 2 entre 24SA et 41 SA

Visites à domicile post-accouchement
MÈRE ET 1 ENFANT
2 premières visites
SF 16.5 46.20€ +IFD ±IK
Visites suivantes
SF 12 33.60€ +IFD ±IK
MÈRE ET 2 ENFANTS +
2 premières visites
SF 23 64.40€ +IFD ±IK
Visites suivantes
SF 17 47.60€ +IFD ±IK
Majoration Sortie Précoce : DSP

Consultation postnatale
C 23.00€
MSF 2.00€

Rééducation périnéale
SF 7.5
21.00€
Dans les 3 ans après l'accouchement

T1 — T2 — T3 — Accouchement — J12* — S4 — S6 — S14

Bilan de prévention prénatal
SF 12.6
35.28€

Entretien prénatal précoce
SF 15
42.00€

7 séances de préparation à la naissance et à la parentalité
Individuel ou couple
SF/TFS 12 33.60€
2 à 3 patientes ou couples
SF/TFS 11.6 32.48€
4 à 6 patientes ou couples
SF/TFS 6 16.80€
7 séances se répartissent tout au long de la grossesse à partir de la déclaration

Entretien postnatal précoce
de la 4ème à la 8ème semaine post-accouchement
À domicile
SP 14 42.00€
Au cabinet
SP 12 36.00€
Un 2ème EPNP peut être proposé entre 10 et 14 semaines

Séances postnatales
Individuel ou couple
SP 9 27.00€
2 à 3 patientes ou couples
SP 7 21.00€
4 à 6 patientes ou couples
SP 6 18.00€
2 séances du 8ème jour à la 14ème semaine

Prise en charge par l'assurance maladie
- 70%
- 100% **prénatal :** à partir de la déclaration de grossesse
  postnatal : à partir de la date de l'accouchement
- 100% **prénatal :** à partir de 24 SA jusqu'à la date de l'accouchement
  postnatal : à partir de la date de l'accouchement jusqu'à 12 jours après l'accouchement

Type de rendez-vous
- Suivi médical
- Temps d'échanges privilégiés avec le couple

*Possibilité de coter consultation/visite si besoin entre J12 et consultation postnatale

Annexe 3 - Proposition de fiche de synthèse de l'Entretien Postnatal Précoce (EPNP)

Entretien réalisé par : le ____/____/____
(un exemplaire remis à la femme ; un exemplaire conservé par la sage-femme)

Nom, prénom (mère) : Née le : ____/____/____
G : P : Accouchement le : à .....SA Maternité :
□ Voie basse spontanée □ Forceps / Ventouse □ Césarienne pour :
□ Complications : □ de la délivrance □ d'anesthésie □ autre……..
Professionnel ayant suivi la grossesse : .....
Consultation postnatale prévue □ Oui □ Non Date : ……
Médecin traitant : .....
Autres professionnels ressources :.....
Co-parent présent à l'entretien □ Oui □ Non

Nom, prénom du bébé : Né.e le : ____ /____/____ F □ G □
Médecin Traitant :
Bébé présent à l'entretien □ Oui □ Non
Allaitement : □ Maternel □ Mixte □ Artificiel
Difficultés lors de l'allaitement : Oui □ Non □

Environnement social et familial	**Santé, grossesse et accouchement, psychisme** EPDS : oui □ non □ Score :
Émotions et vécu de la parentalité	**Bien-être du nouveau-né**
Conclusion de l'entretien	

Orientation :

☐ Aucune ☐ Psychologue libéral ☐ UPMB ☐ Psychiatre libéral ☐ CMP adulte ☐ Puéricultrice de PMI

☐ Consultante en lactation ☐ Médecin traitant ☐ Pédiatre ☐ Gynécologue-Obstétricien ☐ LAEP

☐ Autre :_____

2ème entretien proposé : Oui ☐ Non ☐ - Date :

Annexe 4 - Echelle de dépression postnatale d'Édimbourg - EPDS

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

L'EPDS est un questionnaire de 10 items spécifiques de la période postnatale qui permet de calculer un score d'estimation de la présence d'une dépression variant entre 0 et 30.

Le questionnaire validé en français propose un seuil > 11 utilisé en recherche pour estimer la présence de symptômes dépressifs. Ce seuil permet le repérage des femmes présentant des épisodes dépressifs majeurs avec une spécificité de 95,7% et une sensibilité de 81,1% ; cependant 36 à 47% des femmes obtenant un score > à 11 n'ont pas forcément un diagnostic de dépression confirmé. Du fait de cette sensibilité, **cette échelle ne doit pas être considérée comme un outil diagnostique, mais comme un outil de dépistage** évaluant l'existence de symptômes dépressifs cliniquement significatifs. Il peut être utile de faire repasser le test après 2 semaines lorsque plusieurs facteurs de risques existent pour s'assurer d'orienter la femme vers un médecin qui pourra confirmer ou infirmer un état dépressif et orgainser la prise en charge médicale de la femme en cas de diagnsotic avéré.

Aide à l'utilisation de l'outil :

- Demandez à la mère de souligner la réponse qui est la plus proche de ce qu'elle a ressenti durant les 7 derniers jours ;
- Les dix items doivent être complétés ;
- Évitez la possibilité que la mère discute de ses réponses avec d'autres personnes ;
- La mère devrait compléter le questionnaire elle-même, à moins que sa compréhension du français soit limitée ou qu'elle ait de la difficulté à lire. dans ce cas le/la professionnel.le peut l'y aider ;
- La plupart des mères complètent l'échelle sans difficulté en moins de 5 minutes.

Aide à l'interprétation de l'outil :

- Les catégories de réponses sont notées 0, 1, 2 et 3 selon la sévérité des symptômes. Les items avant un astérisque sont notés inversement (3, 2, 1, et 0). Le total est calculé en additionnant les résultats des dix items ;
- Une femme qui obtient un résultat de 11 ou plus devrait être aiguillée vers un médecin ou un spécialiste de la santé mentale à des fins d'évaluation plus poussée. Une note de 13 ou plus pourrait indiquer une dépression majeure
- Quelques femmes (3 à 4%) ayant une note de moins de 11 pourraient aussi avoir une dépression post-partum et/ou devraient bénéficier de services de soutien ;
- L'échelle indique comment la mère s'est sentie durant la semaine précédente, en cas de doute sur le résultat obtenu et ressenti par la femme et/ou le/la professionnel.le, il est recommandé de répéter le test une seconde fois deux semaines plus tard ;
- L'échelle ne détecte pas les mères avec des névroses d'angoisse, des phobies ou des troubles de la personnalité.

Malgré tout, la notation EPDS ne devrait pas passer outre à un jugement clinique. Une évaluation clinique plus poussée par un médecin devrait être effectuée pour confirmer un diagnostic.

Questionnaire

Retrouver le questionnaire en ligne : EPDS (Echelle d'Edimbourg) | Association Maman Blues

Vous allez avoir un bébé (ou vous venez d'avoir un bébé) et nous aimerions savoir comment vous vous sentez. *Veuillez cocher la réponse qui vous semble décrire le mieux comment vous vous êtes sentie au cours des 7 derniers jours et pas seulement aujourd'hui.*

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté

1. Aussi souvent que d'habitude
2. Pas tout à fait autant
3. Vraiment beaucoup moins ces jours-ci
4. Absolument pas

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir

1. Autant que d'habitude
2. Plutôt moins que d'habitude
3. Vraiment beaucoup moins que d'habitude
4. Pratiquement pas

3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal *

1. Oui, la plupart du temps
2. Oui, parfois
3. Pas très souvent
4. Non, jamais

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif

1. Non, pas du tout
2. Presque jamais
3. Oui, parfois
4. Oui, très souvent

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans raison *

1. Oui, vraiment souvent
2. Oui, parfois
3. Non, pas très souvent
4. Non, pas du tout

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements *

1. Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations.
2. Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude.
3. Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations.
4. Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude.

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil *

1. Oui, la plupart du temps
2. Oui, parfois
3. Pas très souvent
4. Non, pas du tout

8. Je me suis sentie triste ou malheureuse *

1. Oui, la plupart du temps
2. Oui, parfois
3. Pas très souvent
4. Non, pas du tout

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré

1. Oui, la plupart du temps
2. Oui, très souvent
3. Seulement de temps en temps
4; Non, jamais

10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal *

1. Oui, très souvent
2. Parfois
3. Presque jamais
4. Jamais

Annexe 5 - Echelle ADBB - A. Guedeney, 2012 ©

Cette échelle nécessite une formation et une expérience suffisante pour une utilisation.

L'ADBB est une échelle d'évaluation du retrait relationnel chez le bébé **entre 0 et 24 mois en 8 items d'observation.** C'est une grille d'aide à l'observation validée par la recherche. L'ADBB a été développée par Pr. A. Guedeney (pédopsychiatre, Hôpital Bichat Claude Bernard, AP/HP Paris). L'échelle Alarme Détresse bébé (ADBB) est une aide à l'observation du bébé pour les professionnels de l'enfance. Elle est utilisée en clinique (dépistage), pour l'évaluation des interventions, pour la recherche. (source) : Alarme Détresse Bébé (ADBB) - AFPA

Chaque item est coté de 0 à 4.

0: Pas de comportement anormal de retrait
1: Comportement discrètement anormal
2: Comportement nettement anormal
3: Comportement très nettement anormal
4: Comportement massivement anormal

L'échelle est au mieux remplie par l'observateur lui-même, sur la base de ses propres observations, juste après la consultation. On évalue d'abord le comportement spontané, puis la réaction aux stimulations (sourire, voix, geste, toucher, etc..), en suivant l'évolution des réactions tout au long de l'examen. La valeur correspond à la réaction la plus significative pendant toute la durée de l'observation. En cas d'hésitation entre deux valeurs de l'échelle, on applique la gradation ci-dessus. En cas de doute, on applique la valeur la plus basse.

1. EXPRESSION DU VISAGE - Diminution de l'expressivité du visage : 0 1 2 3 4

2. CONTACT VISUEL - Diminution du contact visuel : 0 1 2 3 4

3. ACTIVITÉ CORPORELLE - Diminution de la mobilité de la tête, du torse et des membres, sans prendre en compte l'activité des mains et des doigts : 0 1 2 3 4

4. GESTES D'AUTO-STIMULATION - L'enfant se centre son corps (doigts, mains, cheveux, succion du pouce, frottement répétitifs...), d'une manière automatique, sans plaisir, et de façon apparaissant détachée du reste de son activité : 0 1 2 3 4

5. VOCALISATIONS - Diminution des vocalisations, qu'elles traduisent le plaisir (gazouillis, rire, babil, lallations, cris aigus de plaisir), mais aussi le déplaisir, l'anxiété ou la douleur (cris, geignements et pleurs) : 0 1 2 3 4

6. VIVACITE DE LA RÉACTION À LA STIMULATION - Diminution de la vivacité de la réaction à la stimulation, au cours de l'examen (sourire, voix, toucher). Note : ce n'est pas l'ampleur de la réponse qui est évaluée ici, mais le délai de la réponse ; l'absence de réaction ne permet pas de coter : 0 1 2 3 4

7. RELATION - Diminution de l'aptitude de l'enfant à entrer en relation, avec l'observateur, l'examinateur ou toute personne présente dans la pièce, exceptée celle qui s'occupe habituellement de l'enfant. La relation est évaluée par le comportement, le contact visuel, la réaction aux stimulations : 0 1 2 3 4

8 - ATTRACTIVITE - Effort d'attention nécessaire pour rester en contact avec l'enfant, et sentiment de plaisir ou d'inquiétude que procure le contact avec l'enfant, et le sentiment subjectif de durée de l'examen : 0 1 2 3 4

Annexe 6 – Aide à l'orientation (dispositifs nationaux existants)

Des dispositifs locaux spécifiques existent, se renseigner auprès des DSRP

SOUTIEN PARENTALITÉ		
Dispositifs	Accès	Informations
Le dispositif TISF « périnatalité »	Dispositif départemental Le professionnel de PMI peut établir des demandes de TISF (technicien de l'intervention sociale et familiale) pour accompagner les familles à la venue d'un nourrisson pour une durée déterminée. La prise en charge et l'accès peuvent dépendre de conditions de ressources (certains départements accordent ce dispositif sans condition de ressources).	L'objectif de la TISF est d'autonomiser les parents, « pas de faire à la place d'eux ». Le public visé est : les femmes enceintes primipares ou multipares à partir du 2ème trimestre de grossesse avec des difficultés médicales et sociales, les parents de nourrissons jusqu'aux 2 ans de l'enfant nécessitant un soutien à la parentalité renforcé avec des difficultés médicales et sociales (hors mesure ASE de protection pour l'enfant à naître ou le nourrisson concerné par la demande). Les familles peuvent bénéficier de cette aide à domicile pour les interventions suivantes : - Accompagnement aux démarches administratives (ouverture des droits en santé, accompagnement aux rdv…), - Aide à la gestion du budget familial à l'arrivée de l'enfant, - Aide à l'équilibre alimentaire (liste de courses, achats en magasin…), - Soutien scolaire à la fratrie (aide aux devoirs, activités périscolaires…), - Aide à l'amélioration du cadre de vie quotidien (prévention des risques domestiques, hygiène…), - Soutien à la fonction parentale (cadre éducatif…).
LAEP Les lieux d'accueil enfant-parent Informations LAEP	C'est un lieu de vie, ouvert à toutes et tous, gratuit dans la plupart des structures (une contribution financière symbolique peut être demandée dans certaines structures) et sans inscription. Il existe des LAEP dans tous les départements. On en recense plus de 1500 sur le territoire. Les LAEP sont soutenus et financés par les Caisses d'Allocations Familiales (CAF). On peut trouver leurs coordonnées sur le site de la CAF. La liste des LAEP est dans la catégorie "Accompagnement et information des familles".	Ils sont ouverts aux enfants âgés de moins de six ans, accompagnés de leur(s) parent(s) ou d'un adulte familier pour participer à des temps conviviaux de jeux et d'échanges. Prendre part à l'éveil et à la socialisation de l'enfant, apporter un appui aux parents dans l'exercice de leur rôle par un échange avec d'autres parents ou avec des professionnels.

Le dispositif PANJO PANJO (Promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents) Intervention PANJO	Ce projet innovant est investi dans 5 départements en métropole. Des critères de vulnérabilités médico-psycho-sociaux ont été définis pour sélectionner les familles qui peuvent bénéficier de ce dispositif dans le département. Le projet PANJO est fait par la sage-femme et la puéricultrice de PMI après orientation du professionnel libéral ou hospitalier.	C'est un programme de prévention précoce porté par Santé Publique France (SPF) afin de soutenir et renforcer la pratique d'interventions précoces à domicile auprès des jeunes parents en PMI. Les visites (6 minimum) débutent en anténatal par la sage-femme de PMI. Le suivi des jeunes parents se poursuit jusqu'aux 6 mois voire 1 an de l'enfant maximum par la puéricultrice de PMI, avec des visites à Domicile (VAD) en binôme. Le choix des familles dans le projet PANJO est fait par la sage-femme et la puéricultrice de PMI après orientation du professionnel libéral ou hospitalier. projet PANJO est fait par la sage-femme et la puéricultrice de PMI après orientation du professionnel libéral ou hospitalier.

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE		
Dispositifs	Accès	Informations
Les Permanences de Psychologues / Pédopsychiatres en Maternité	La plupart des maternités intègrent dans leur équipe un ou plusieurs psychologues. Certaines travaillent en plus avec un psychiatre spécialisé en périnatalité. Contacts disponibles auprès des réseaux de perinatalité ou en sollicitant le secretariat de la maternité ou une sage-femme coordinatrice	Le psychologue de maternité propose des consultations de suivi aux femmes enceintes à la demande des professionnels de maternité ou à la demande de la patiente. Elle peut proposer quelques consultations en postnatal mais orientera la patiente vers la ville en cas de besoin de suivi plus long (psychologue, psychiatre libearl ou CMP unité de psy périnatale). La psychiatre de psy périnatale est le plus souvent rattachée à une unité de psy périnatale indépendante. Elle a le plus souvent un rôle de liaison entre la maternité et le service de psy périnatale et propose des consultations. Ces consultations sont accessibles habituellement via une demande émanant d'un professionnel de la maternité.
Unités Médico-Psychologiques de Périnatalité et Petite Enfance 0 - 3 ans (**UMPP**)	L'UMPP peut être sollicitée directement par la patiente ou par le professionnel, en demande de soutien d'un projet de naissance ou de parentalité. Leurs missions sont la prévention et le soin dans le domaine de la parentalité, des liens précoces parents-enfants, du développement du jeune enfant. Les UMPP dont partie des EPSM : établissements publics en santé mentale.	Ressource unité de suivi psy : https://www.psycom.org https://www.retab.fr/accueil/index.php L'UMPP intervient en cas de contexte de vulnérabilité psychologique (anxiété, atcd traumatique, addiction,...), de contexte médical à haut risque (MAP, vécu difficile, IMG, deuil périnatal, pathologie néonatale,...), de contexte de vulnérabilité sociale (isolement, patiente mineure, VIF, précarité,...) et/ou d'inquiétude sur le développement de l'enfant (trouble du sommeil, de l'oralité, difficulté relationnelle.)

Les Centres Médico-Psychologiques pour adultes (**CMP**) et pour Enfants et Adolescents (**CMPEA**)	Rattachés à un hôpital public, ils regroupent des équipes pluridisciplinaires et proposent une offre de soins médico-sociaux pour les personnes en souffrance psychique, soins pris en charge intégralement par la sécurité sociale. Accessibles directement par le/la patient.e ou suite à orientation par le professionnel de santé. CMP : accueil des adultes et adolescents à partir de 16 ans. CMPEA : accueil des enfants et adolescents 0-16 ans.	Prévention : prévenir l'installation des troubles psychiques. Accompagnement : individuel et groupal, consultations thérapeutiques, psychothérapeutiques, thérapies familiales, psychomotricité. Évaluation (bilans pluridisciplinaires, diagnostics), orientation (sociale, scolaire, médico-sociale, libérale). Prise en charge en périnatalité. Accueil et suivi d'enfants victimes de trauma de type 1 et 2. Accueil d'enfants présentant un trouble envahissant du développement.
Le Dispositif « **Mon soutien psy** » de l'Assurance Maladie	Pour toutes personnes (après 3 ans): 8 séances par an prises en charge à 100% après un courrier adressé par un médecin ou une sage-femme : uniquement pour un professionnel inscrit sur annuaire du site	• https://monsoutienpsy.sante.gouv.fr/ • https://www.ameli.fr/bouches-du-rhone/assure/sante/assurance-maladie/sophia/dispositif-assurance-maladie • https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048660268
Psychologues et psychiatres libéraux / PMI / maternité		http://annuairesante.ameli.fr/trouver-un-professionnel-de-sante/psychiatres
Unités mobiles psy périnatale	L'unité mobile s'adresse aux mères pendant la grossesse, aux futurs pères et aux familles avec enfants de moins de 3 ans	L'unité mobile psy périnatale est le plus souvent portée par un CMP petite enfance. Elle propose une intervention précoce en pré et postnatal à domicile ou au substitut du domicile, toujours avec le consentement préalable de la famille, par un consultant. L'unité intervient à domicile quand les parents ne peuvent se déplacer à la demande d'un professionnel ou d'un proche de la famille .
Unité d'hospitalisation psychiatrie périnatale ou unité mère enfant	Dépression PP sans troubles psychotropes	Les unités mère-enfant ont pour objectif la prise en charge conjointe de la mère et de l'enfant se trouvant dans des situations de souffrance psychique périnatale.
3114 SOUFFRANCE PRÉVENTION DU SUICIDE	En cas de doute concernant la prise en compte des signes de détresse ou de questions au sujet de l'orientation d'un patient, vous pouvez contacter les professionnels de la ligne nationale de prévention du suicide au 3114 (ouverte 24h/24, 7j/7) et le SAMU en cas de risque vital.	• https://3114.fr/ • https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/le-numero-national-de-prevention-du-suicide • https://www.gouvernement.fr/actualite/3114-le-numero-national-de-prevention-du-suicide

VIOLENCES INTRAFAMILIALES		
Dispositifs	Accès	Informations
Signalement au Procureur de la République	En cas de violences conjugales/ familiales, **le praticien doit recueillir l'accord de la victime pour porter les faits à la connaissance du Procureur de la République. Toutefois, cet accord n'est pas nécessaire si la victime est mineure ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique (art. 226-14 du Code pénal), danger imminent et/ou emprise.**	• Outil d'aide au repérage des violences conjugales (HAS) • Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple - COMMENT AGIR • COMMENT REPÉRER - ÉVALUER • Le pratique du certificat médical descriptif (CNOSF) Dès lors que des enfants sont présents dans le foyer, le praticien peut se délier du secret professionnel par le biais d'une information préoccupante (IP) ou d'un signalement judiciaire (SJ) (art. 226-14 du Code Pénal et loi du 5 mars 2007, renforcée par la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant). De plus, « le médecin ou un autre professionnel de santé n'a pas à être certain de la maltraitance, ni à en apporter la preuve, pour alerter l'autorité compétente ». Ainsi, toute suspicion de violences conjugales/familiales concernant des mères mineures ou dans un foyer avec présence d'enfants doit amener à la transmission d'une information préoccupante à la CRIP du département sans délai. **3919 - Violence femme info** - numéro national de référence d'écoute téléphonique et d'orientation à destination des femmes victimes de violences (en particulier des violences conjugales), à leur entourage et aux professionnel·le·s concerné·e·s. https://arretonslesviolences.gouv.fr/ - https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel
CRIP Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes	Département	Une information préoccupante est tout élément d'information, y compris médical, susceptible de laisser craindre **qu'un mineur se trouve en situation de danger ou de risque de danger et puisse avoir besoin d'aide.** Elle doit être transmise systématiquement au service CRIP. La Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes contribue au repérage des enfants en danger ou en risque de l'être et recueille les IP pour enclencher la protection des mineurs. • https://association-cvm.org/public/media/uploaded/pdf/coordonnees-crip-france-cvm-juin-2023.pdf • https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2.2._coordonnees_crip_de_france.pdf (Annuaire) • https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/cadre_national_de_reference_-_livret_1.pdf (HAS) • https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2011_guideprat_cellule_depart.pdf (Guide du ministère)

VULNÉRABILITÉS SOCIALES		
Dispositif	Accès	Informations
PASS périnatalité Permanence d'accès des soins de santé en périnatalité	En général, ces PASS sont organisées au sein d'établissements médico-sociaux publics (hôpital, centre de santé…)	La PASS accueille toute personne ayant des difficultés d'accès aux soins : absence ou insuffisance de couverture sociale, précarité, absence de logement ou d'hébergement, rupture de ressources, isolement social, irrégularité du séjour sur le territoire, autres difficultés sociales (pas de carte vitale, pas de mutuelle, pas de domicile, pas de revenus, pas de carte de séjour, violences conjugales, illettrisme…). La PASS propose des consultations médicales gratuites, une aide pour les démarches administratives et sociales, une écoute et un accompagnement pour l'accès aux soins, une prise en charge des médicaments et des consultations.
CCAS Le Centre Communal d'Action Sociale	Dispositif communal ⇒ Se renseigner auprès des mairies (pour les communes de - 1 500 habitants = mairie = CCAS)	Au sein d'une commune, les CCAS ont pour rôle de : - Venir en aide aux personnes les plus fragiles, de lutter contre l'exclusion, de soutenir les personnes souffrant de handicap et de gérer des structures destinées aux enfants ; - **Accompagner l'aide sociale légale (instruction de dossiers de demande, aide aux démarches administratives…) ;** - Apporter un secours d'urgence ou des aides alimentaires pour les personnes en grande difficulté ; - Obtenir une domiciliation (permettre aux personnes sans domicile fixe d'obtenir une adresse officielle indispensable à l'obtention de leurs aides). Aussi, certains CCAS organisent des ateliers destinés aux parents/enfants, ou des ateliers « santé-ville » : renseignez-vous auprès de votre commune.
Score EPICES Ou la grille GEGA		C'est un score individuel pour évaluer la précarité, certains réseaux l'ont adapté à la périnatalité https://www.agirpourlecoeurdesfemmes.com/back/outils/Le-score-EPICES-simplifie--318-outil.pdf https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-02/ETP_07_02_2019_Score_EPICES.pdf
Hébergement d'urgence via le 115	Le 115 est un numéro gratuit et accessible 24H/24, tous les jours de l'année, partout en France. Il fonctionne même si vous n'avez plus de forfait téléphonique (comme les autres numéros d'urgence : pompiers, SAMU, police, etc).	https://refugies.info/fr/demarche/62503d59664c115fa5121c6a Le 115 est un numéro d'urgence qui vient en aide aux personnes sans abri et en grande difficulté sociale (victimes de maltraitance). Son rôle est la mise à l'abri et oriente vers des centres d'hébergement (dont les centres d'hébergement mère-enfant). L'organisation se fait à l'échelle départementale en coordination avec les services de l'Etat.

Annexe 7 - Transmission des situations préoccupantes (informations prises auprès du juriste du CNOSF)

1. Dans le cas d'une situation de menace ou de violence conjugale rapportée par la mère (ou par le co-parent) :

Il est possible / recommandé de transmettre un signalement au Procureur de la République, en s'efforçant d'obtenir l'accord de la victime ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord et lorsque le/la professionnel.le estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur.trice des violences. La sage-femme doit informer du signalement fait au Procureur de la république la victime mais peut se passer de son accord (Art. 226-14-3°).

En tant que professionnel.le de santé, il est donc possible de réaliser un signalement sans l'accord des femmes majeures (même si la loi précise que l'on doit s'efforcer au maximum de l'obtenir) lorsque deux conditions sont réunies : **un danger immédiat** pour la victime et **son emprise morale** par l'auteur.trice des violences.

La sage-femme doit apprécier personnellement si les deux éléments précités sont présents, cette évaluation peut s'avérer complexe et tenir qu'à une analyse détaillée d'un faisceau d'indices pouvant comporter des critères suivants :

- La dangerosité de l'agresseur (armé, antécédents judiciaires, consommations de substances psychoactives, ayant déjà cherché à l'étrangler, la défenestrer, utilisant les objets de la vie courante comme arme par destination, etc..)
- La vulnérabilité de la victime. La grossesse et la période postnatale sont des périodes beaucoup plus à risque : ces deux périodes correspondent donc à des critères de dangerosité. La présence d'enfant au sein du couple, a fortiori d'un nouveau-né, en est un aussi. L'isolement, la consommation de substances psychoactives ou encore une situation de handicap (mais aussi la plus grande difficulté physique à se mouvoir en fin de grossesse) sont des critères de vulnérabilisation de la femme enceinte ou venant d'accoucher… et tous les autres maux de la grossesse en sont temporairement (l'asthénie importante au premier trimestre, etc…)
- Pour la notion de danger immédiat, la sage-femme peut se poser les questions suivantes : ma patiente fait-elle état d'une augmentation de la fréquence des violences subies ? Des éléments laissent-ils penser qu'elle ait pu être incitée au suicide par son partenaire ? Ce dernier possède-t-il des armes ?
- Pour la notion d'emprise : Son partenaire lui a-t-il confisqué ses documents administratifs ? S'estime-t-elle responsable de la situation ? Évoque-t-elle l'exercice d'un contrôle de la part de son partenaire sur ses activités et son quotidien (vêtements, maquillage, sortie, travail,téléphone, etc.) ?

Un guide et un modèle de signalement à réaliser (p.11) auprès du Procureur de la République a été élaboré par la MIPROF et est accessible par tou.te.s
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2023_07_18_doc_d_aide_au_signalement_des_ps_vf.pdf

Il est recommandé d'inscrire dans le dossier médical de la patiente les raisons ayant motivé le signalement, ainsi que celles qui ont pu constituer un frein à cette démarche ; une hospitalisation mère/enfant peut être envisagée.

Dans le cas **d'une situation de danger non imminent,** une consultation peut être proposée à la mère pour constater et rédiger un certificat qui lui permettra de poursuivre des démarches : https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/Le_pratique_du_certificat_medical_descriptif_novembre_2015.pdf

2. **Dans le cas de violence / maltraitance sur enfant / mineur** :

Transmettre une Information Préoccupante (IP) à la Commission de Recueil de l'Information Préoccupante (CRIP) et/ou au Procureur de la République, par téléphone doublé d'un courriel ou fax. **Dans le cas d'une situation urgente, faire hospitaliser l'enfant**. Transmettre une information à la PMI de secteur et/ou au médecin (généraliste, pédiatre) de la famille.

3. **Dans le cas d'un risque suicidaire identifié :**

Adresser la mère aux urgences psychiatriques ou générales les plus proches.

Transmettre, **avec l'accord de la mère**, toutes informations préoccupantes au Staff Médico-Psycho-Social (MPS) de la maternité où elle a accouché et aux professionnel.le.s du réseau de proximité qui l'entourent.

Sitographie :

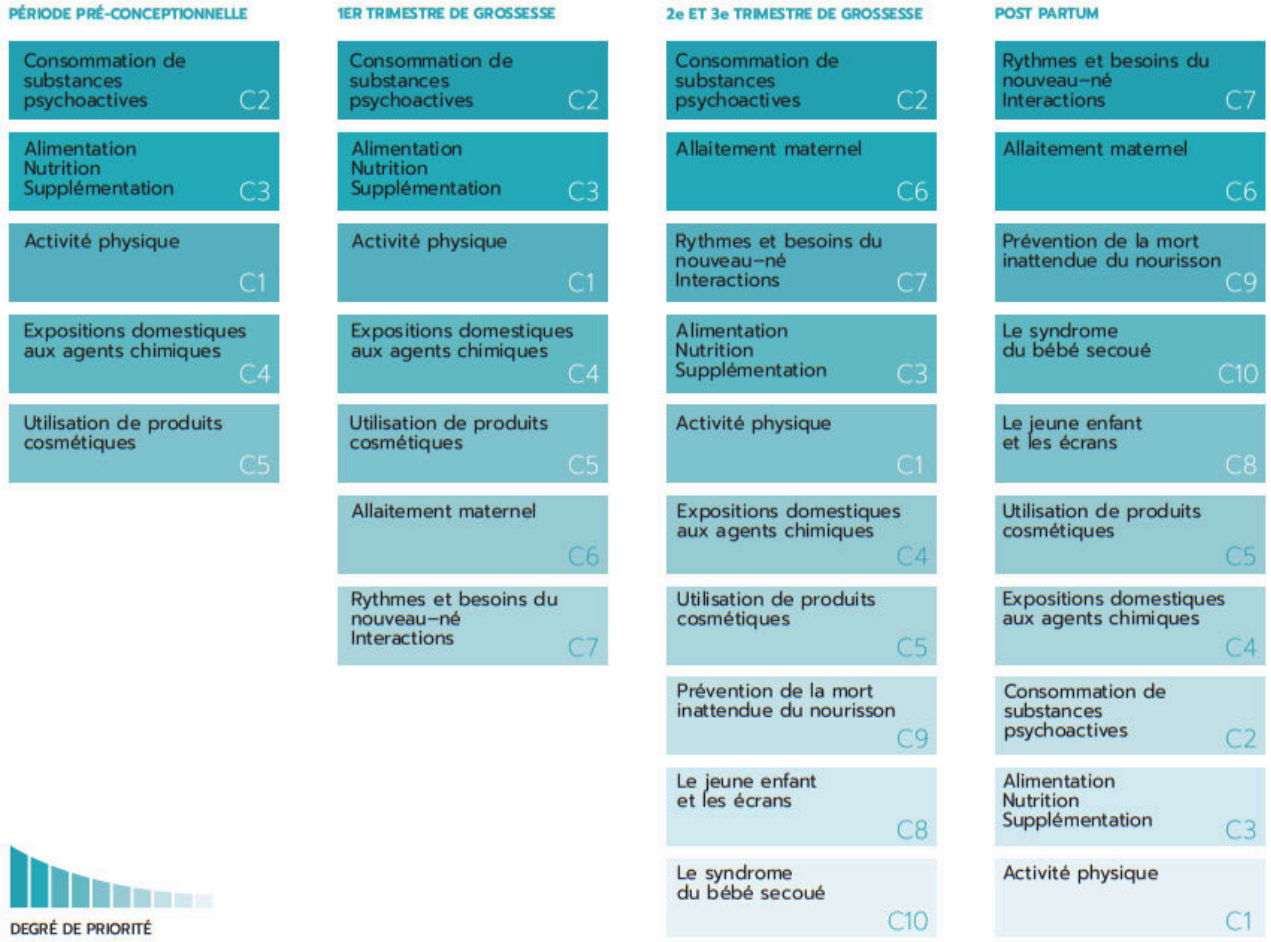
Pour plus d'informations, nous vous invitons à consulter les liens suivants :

Intervenir en 1 clic | Déclic Violence

Le signalement et l'information préoccupante : Alerter et protéger | Déclic Violence

Annexe 8 - Hiérarchie des interventions en fonction de la période (préconception, 1er trimestre de grossesse, 2e - 3e trimestre de grossesse, post-partum) - RPC CNSF 2021

Recommandations pour la pratique clinique : « Interventions pendant la période périnatale ». Synthèse - Université Clermont Auvergne



gure 4. Hiérarchie des interventions en fonction de la période (préconception, 1er trimestre de grossesse, 2e - 3e trimestre de grossesse, post-partum)

CNSF

Collège National des Sages-femmes de France

L'EXPERT AU SENS PRATIQUE,
UNE RÉFÉRENCE POUR LA SANTÉ

Adhérez sur
www.cnsf.asso.fr