



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Université Claude Bernard – Lyon 1

UFR de Médecine et Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

Le dépistage de la dépression et des troubles anxieux durant la grossesse par les sages-femmes

Mémoire présenté et soutenu par

PRADELLE Mathilde

Née le 6 avril 1996

Année universitaire 2024-2025

Mémoire dirigé par Marine Dubreucq, sage-femme référente en psychiatrie

Mémoire guidé par Bérangère SEVELLE, sage-femme enseignante

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à :

Mme Marine DUBREUCQ, ma directrice de mémoire pour son encadrement, ses conseils et sa rigueur dans la réalisation de ce mémoire.

Mme Bérangère SEVELLE, sage-femme enseignante de l'école de Bourg en Bresse pour son soutien, sa disponibilité et son accompagnement dans la réalisation de ce mémoire.

Aux sage-femmes formatrices pour leur accompagnement durant ces quatre années d'étude de sage-femme.

Aux sage-femmes rencontrées dans le cadre de mes stages pour la transmission de leur savoir.

Aux sages-femmes interrogées dans mes entretiens pour le temps qu'elles m'ont accordé et leur confiance, m'ayant ainsi permis de réaliser cette étude.

Je remercie mes parents, ma sœur et mon frère pour leur soutien à toute épreuve, leurs encouragements, leur confiance et leur présence depuis toujours. Vous êtes ma plus grande force et tout ça n'aurait jamais été possible sans vous.

Je remercie mon compagnon Enzo, pour son soutien et ses encouragements tout au long de cette aventure.

Je remercie mon arrière-grand-mère, qui, bien avant moi, a ouvert la voie en consacrant sa thèse aux accouchées.

Je remercie mes amis pour tous ces moments partagés ensemble durant ces quatre dernières années, ce réconfort et ce soutien infailible.

Table des matières

1	<i>Abréviations</i>	5
2	<i>Introduction</i>	7
3	<i>Matériel et méthode :</i>	9
3.1	Type d'étude :	9
3.2	Aspects réglementaires :	9
3.3	Population :	9
3.4	Modalités de sélection :	9
3.5	Recueil des données :	10
3.6	Caractéristiques de la population :	10
3.7	Forces et biais de l'étude :	11
4	<i>Résultats, analyse et discussion :</i>	13
4.1	Résumé des grands thèmes ressortant de l'analyse des entretiens :	13
4.2	Dépistage des problèmes de santé mentale périnatale : Thèmes explorés et interprétation des données recueillies	14
4.3	Les facteurs influençant le dépistage les problèmes de santé mentale :	19
4.4	Les facteurs influençant la décision de réorienter les patientes vers des soins spécialisés : 21	
4.5	La relation sage-femme patiente :	23
4.6	L'entretien prénatal précoce :	27
4.7	L'expérience professionnelle de dépistage des sages-femmes	29
5	<i>Conclusion</i>	31
6	<i>Références bibliographiques</i>	33
7	<i>Annexes</i>	39

7.1	Annexe 1 : Résumé des données socio démographiques des participantes avec prénoms anonymisés	39
7.2	Annexe 2 : Echelle de dépistage post-natal d'Edimbourg.....	41
7.3	Annexe 3 : Echelle DAP-P	42
7.4	Annexe 4 : Synopsis	43
7.5	Annexe 5 : Note d'information préalable.....	44
7.6	Annexe 6 : Lettre d'information à destination des participants	45
7.7	Annexe 7 : Trame d'entretien.....	46
7.8	Annexe 8 : Le questionnaire WAST	47

1 Abréviations

DAD-P : Questionnaire de dépistage du risque de dépression du post-partum

EPDS : Échelle de dépression postnatale d'Edimbourg

EPP : Entretien prénatal précoce

OMS : Organisation mondiale de la santé

PMI : Protection maternelle et infantile

PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité

SF : Sage-femme

WAST : Women abuse screening tool

2 Introduction

La grossesse est généralement perçue comme une période heureuse, de plénitude et d'accomplissement personnel. Cependant, nous savons aujourd'hui qu'il s'agit également d'une période de grands bouleversements émotionnels, psychiques et physiques au cours de laquelle les femmes sont exposées à un risque élevé de troubles dépressifs et anxieux. 10 à 20% des femmes sont aujourd'hui concernées par une dépression du post-partum mais seulement 40 à 50% d'entre elles seront diagnostiquées. (*Rapport 1000 premiers jours*)

Cela est dû à plusieurs raisons : la banalisation (par l'entourage notamment), le fait que les plaintes somatiques passent parfois au premier plan mais aussi le fait que les mères ont tendance à dissimuler leurs symptômes afin de préserver les apparences pour ne pas paraître vulnérables et montrer leurs difficultés en cette période présumée heureuse. Parfois il existe également une confusion entre les symptômes de la grossesse et du post-partum et ceux d'une dépression (troubles du sommeil et de l'alimentation, asthénie, labilité émotionnelle). (Gearain)

Ces troubles de la santé mentale peuvent avoir de nombreuses répercussions maternelles, sur le lien mère enfant, sur le développement du fœtus puis de l'enfant. (*Goodman SH*) et favorisent la morbidité et mortalité maternelles.

Une grossesse semble donc être un moment plus propice au dépistage que le post partum, car la présence du bébé va rendre encore plus compliquée pour la mère l'acceptation d'un mal être. (Molénat et al.).

Si la dépression est repérée et traitée précocement, ces troubles ne seront pas systématiques. Cependant, malgré l'existence d'outils de dépistage simples et validés tel que l'échelle de dépression postnatale d'Edimbourg (EPDS) (Bhusal et al.) ou le questionnaire de dépistage du risque de dépression du post-partum (DAD-P, annexe 3) (Nanzer & Righetti-Veltem), le diagnostic clinique reste trop rare.

Les sage-femmes jouent un rôle central dans le dépistage, la prévention et la prise en charge de ces troubles. Le suivi mensuel et la proximité avec les patientes semble pouvoir permettre l'instauration d'un climat de confiance propice à ce dépistage. (Cartier)

Aujourd'hui, il est fréquent que les seuls professionnels de santé que vont consulter les femmes durant leur grossesse soit leur sage-femme, alors comment se sont-elles approprié ces missions de dépistage ?

Un entretien prénatal précoce a été mis en place en 2007 afin d'identifier les besoins des patientes et des couples en prenant en compte les dimensions psychologiques et émotionnelles. Cet entretien est

devenu obligatoire en 2020 (*Légifrance*), il est considéré comme étant l'un des moments clefs pour réaliser le dépistage des situations de vulnérabilité, mettre à disposition des informations pour le couple, échanger sur le projet de naissance ainsi qu'orienter vers des professionnels adaptés aux problématiques si besoin. (*HAS*) Cependant, les insuffisances actuelles dans l'offre de soins en psychiatrie périnatale ainsi que dans le domaine social peuvent entraver la prévention et la prise en charge de ces difficultés psychiques. (*Cour des comptes*)

L'objectif de ce mémoire est de s'interroger sur la manière dont les sages-femmes réalisent le dépistage de la dépression et de l'anxiété périnatales maternelles pendant la grossesse, de questionner les éventuels freins ou difficultés rencontrés durant celui-ci.

La première hypothèse est que les symptômes de la dépression ne sont pas toujours questionnés et parfois difficilement identifiés.

La deuxième hypothèse est qu'il existe selon les sages-femmes des patientes qui expriment des réticences à exprimer leurs difficultés psychologiques.

La troisième hypothèse est qu'il existe des barrières organisationnelles. Les sages-femmes sont confrontées à des obstacles tel que la charge de travail, le manque de temps, un manque de formation initial et une insuffisance des réseaux de soutien en santé mentale périnatale.

3 Matériel et méthode :

3.1 Type d'étude :

Il s'agit d'une étude qualitative, multicentrique, au moyen d'entretiens semi-dirigés auprès de sages-femmes réalisant du suivi prénatal. Ce mémoire se situe dans le domaine de la psychologie.

3.2 Aspects réglementaires :

Cette étude, ne nécessitant pas de recueil de données médicales sensibles, n'a pas eu besoin de l'avis d'un comité consultatif. Elle ne rentre donc ni dans le cadre de la loi Jardé, ni de la Recherche Impliquant la Personne Humaine (RIPH).

3.3 Population :

Critères d'inclusion : La population concernée est constituée de sages-femmes réalisant du suivi prénatal en cabinet libéral ou en PMI. J'ai contacté tous les conseils de l'ordre et j'ai obtenu des réponses par des sages-femmes de l'Ain, du Rhône et de la Vendée ou au sein de la PMI, dans l'Hérault et le Val d'Oise. Les critères d'inclusion étaient des sages-femmes volontaires pour participer à l'enquête et qui réalisaient le suivi prénatal.

Critères d'exclusion : Il n'y avait pas de critère d'exclusion parmi les sages-femmes réalisant du suivi prénatal.

3.4 Modalités de sélection :

Le recrutement de sages-femmes a été réalisé par le biais des différents Conseils de l'Ordre départementaux. Une lettre d'information (annexe 6) a été envoyée par mail aux sages-femmes travaillant en libéral ou en PMI précisant le sujet de ce mémoire et la marche à suivre pour planifier les entretiens.

Un courrier d'information a été envoyé par mail aux sages-femmes, qui ont reçu des informations éclairées, concernant entre autres l'anonymat et la confidentialité.

3.5 Recueil des données :

Afin de recueillir les paroles des professionnels interrogés et de laisser un libre espace aux sages-femmes, une trame d'entretien (annexe 7) a été élaborée, validée par Madame DUBREUCQ, directrice du mémoire. Elle comportait des questions sociodémographiques (âge, lieu d'exercice, année de diplôme) ainsi que des questions ouvertes et quelques questions plus précises de relance permettant d'affiner les différents points abordés (Parcours professionnel de la sage-femme, déroulé d'une consultation de suivi de grossesse, santé mentale, confrontation professionnelle à des situations de vulnérabilités psychologiques...)

Concernant l'anonymat, celui-ci a été respecté puisqu'aucune information n'est identifiante.

Des entretiens semi-directifs en visioconférence ont été effectués auprès de sages-femmes réalisant du suivi prénatal. Tous ont été enregistrés, avec l'accord des participants à l'aide d'un téléphone afin de pouvoir les retranscrire. Chaque professionnel s'est vu attribué un numéro et toutes les données ont été anonymisées et stockées dans des documents protégés par mots de passe. L'analyse thématique des données a ensuite été réalisée avec la méthode papier crayon en suivant des 6 étapes de Braun & Clarke 2006 :

- S'approprier les données
- Génération des codes
- Recherche de thèmes
- Révision des thèmes
- Définition et choix des noms des thèmes
- Production du rapport

3.6 Caractéristiques de la population :

Les sages-femmes ayant participé à l'étude sont au nombre de 10, mais seulement 8 entretiens ont été analysés en raison d'un manque de temps. Les caractéristiques des professionnels sont consultables en annexe (Annexe 1)

La tranche d'âge s'étend de 24 à 59 ans. Trois sages-femmes ayant participé à l'étude se sont installées en libéral à la sortie de diplôme, les autres ont pratiqué quelques années en hospitalier auparavant. Deux sages-femmes travaillent en PMI. Concernant l'année d'obtention de diplôme, elle s'étend de 2001 à 2023 pour la plus jeune. La moyenne d'âge est de 32,6 ans, l'écart type est de 4,95.

3.7 Forces et biais de l'étude :

Concernant les limites et les biais de cette étude, tous les conseils de l'ordre n'ont pas accepté de diffuser ma lettre d'information. Par conséquent, il existe des départements dans lesquels aucune sage-femme n'a pu être interrogée.

Les entretiens ont été réalisés en visioconférence, la communication non verbale et la gestuelle n'ont pas pu être interprétées au mieux, certains problèmes techniques ont pu affecter la qualité des échanges.

Deux entretiens n'ont pas pu être analysés, faute de temps dans le cadre imparti de ce mémoire, constituant une limite à l'analyse.

Par ailleurs, il est possible que les sages-femmes ayant accepté de participer à l'enquête soient particulièrement sensibles aux questions psychologiques abordées, ce qui pourrait induire un biais de sélection, les rendant potentiellement plus impliquées que la moyenne dans ce type de problématique.

De plus, il existe un biais d'interprétation dans l'analyse des données. En effet, dans le cadre d'un mémoire qualitatif, il existe une partie subjective concernant les représentations, le vécu personnel ainsi que le positionnement professionnel de la personne réalisant l'étude, pouvant influencer l'interprétation des entretiens.

Concernant les forces de cette étude, la saturation des données a été atteinte, garantissant une certaine exhaustivité dans la diversité des points de vue recueillis. Le recours à une méthodologie qualitative par entretiens semi-directifs a permis de recueillir des données riches et nuancées dans le vécu des sages-femmes.

La diversité des profils des sages-femmes interrogées ainsi que des territoires d'exercice a favorisé une pluralité des points de vue, permettant d'enrichir l'analyse.

4 Résultats, analyse et discussion :

4.1 Résumé des grands thèmes émergents de l'analyse des entretiens :



L'analyse des entretiens réalisés a permis de faire émerger différents thèmes et sous-thèmes nous permettant de mettre en lumière les différentes pratiques professionnelles, les perceptions et expériences des sages-femmes ainsi que les obstacles rencontrés dans la démarche de dépistage des problèmes de santé mentaux périnataux.

4.2 Dépistage des problèmes de santé mentale périnatale : Thèmes explorés et interprétation des données recueillies

L'un des premiers éléments qui est ressorti dans la manière dont les sage-femmes réalisent le dépistage concerne **des questions posées de manière systématique aux patientes sur leur bien-être et leur moral**. 7 des 8 sages-femmes interrogées ont déclaré intégrer dans leurs consultations une question systématique tel que « *comment ça va ?* » « *Comment va le moral ?* » (SF1) « *on prend déjà un temps pour discuter, savoir comment elles vont, si elles ont eu des soucis... on fait un gros point de comment ça va, depuis la dernière fois* » (SF4)

Le fait de poser ces questions de manière récurrente semble être un élément qui garantit un suivi efficace (SF7) « *rien que le fait déjà de poser les questions à chaque rendez-vous...* » Le premier enjeu semble être d'ouvrir le dialogue, d'encourager la prise de parole. Les questionnements sur le moral et l'humeur semblent être un élément important permettant de favoriser une libre expression des patientes, leur donnant de la place pour déposer ce qu'elles ont à dire avant de commencer l'aspect médical de la consultation. (*Provincial Council for Maternal and Child Health*)

Toutefois, cette approche comporte des limites en raison de son caractère subjectif, les réponses des patientes risquent d'être influencées par la relation qu'elles entretiennent avec la sage-femme, la peur d'être jugée ou de ne pas coller à l'image d'une femme enceinte heureuse et épanouie. (Biaggi et al.)

5 sages-femmes ont abordé la question du **vécu de la grossesse**. La sage-femme 1 pose directement la question « *comment ça va au niveau du vécu de la grossesse ?* ». Certaines sages-femmes vont s'intéresser également au contexte « *Je demande dans quel contexte arrive la grossesse* » (SF 2). Posée de cette manière, la sage-femme semble chercher à rechercher des facteurs psychosociaux qui pourraient influencer sur les patientes.

Les antécédents obstétricaux ont également une place importante dans ce vécu, trois sages-femmes les ont abordés : « *Par exemple, tu vois les antécédents obstétricaux, si la dame elle te dit : « bah oui j'ai fait plusieurs fausses couches.* » (SF 4), « *Une patiente qui a eu des morts fœtales.* » (SF 6). L'expérience d'un deuil périnatal ou d'un post-partum difficile nécessite souvent un travail thérapeutique qui n'a pas toujours été réalisé et peut impacter le vécu d'une nouvelle grossesse.

7 sages-femmes ont abordé la question des **violences subies par la patiente**. Certaines sages-femmes vont interroger de manière systématique « *Je demande en systématique en fait s'il y a déjà eu des violences dans l'enfance ou plus récemment* » (SF 2).

Certaines vont adopter une méthode différente « *Je leur demande de venir seule. Le premier trimestre je les vois avec leur conjoint et après je demande que le conjoint ne vienne plus aux consultations de grossesse. C'est la manière que j'ai trouvée pour pouvoir parler librement et poser librement la question de comment ça se passe à la maison, s'il y a des disputes, des tensions et du coup de la violence* » (SF 3). Il ressortait des entretiens que la problématique des violences était un enjeu tout aussi important et difficile à gérer pour les sages-femmes que celui des problèmes psychologiques et psychiatriques. Cela correspond d'ailleurs aux recommandations figurant dans la fiche d'information de l'OMS sur la lutte contre les violences qui rappelle l'importance d'un cadre sécurisé : « l'une des conditions

minimums requises pour l'interrogation des femmes par les prestataires de soins de santé au sujet de la violence est qu'ils puissent le faire sans risque, c'est-à-dire en l'absence du partenaire ». (OMS)

La problématique de la violence est étroitement liée à la question des problèmes de santé mentale. Ce lien est souligné par docteur B. Guillou : « La mauvaise qualité de la relation conjugale est un facteur influençant la survenue de toutes les pathologies psychiatriques de la grossesse, des symptômes dépressifs légers à la dépression gravidique ou du post-partum, jusqu'à la psychose puerpérale » (Guillou) Il existe d'ailleurs un questionnaire dédié au dépistage des violences au cours de la grossesse validé en France en 2021 : le WAST (Women abuse screening tool, annexe 8). (Santé publique France) Aucune des sages-femmes n'a mentionné son utilisation.

7 sages-femmes abordent la question des **antécédents psychologiques et psychiatriques** directement « *Je demande les antécédents du coup psychologiques s'il y en a, des troubles psychiques ou autres* » (SF 6) ou bien par le questionnement sur la prise de traitement « *Je demande si elles ont déjà eu des traitements comme des anti-dépresseurs* » (SF 1).

Ces témoignages traduisent une vigilance particulière lorsqu'une femme a déjà traversé des périodes de dépression ou d'anxiété. Cette vision peut être questionnée, l'épisode dépressif en lui-même est certes un élément important à considérer, mais ne faut-il pas également le mettre en perspective avec d'autres éléments ? Le suivi thérapeutique, le soutien mis en place, l'évolution personnelle et de situation de la patiente vont également être très important pour évaluer un risque de rechute. Il semble donc nécessaire d'explorer la manière dont s'est rétablie la patiente, quelles stratégies a-t-elle pu mettre en place. C'est un moment propice au développement de ses ressources, au renforcement de son réseau de soutien afin d'éviter une nouvelle dépression.

Toutes les patientes ayant connu un épisode dépressif ne vont pas nécessairement revivre la même situation, certaines vont avoir adopté des stratégies d'adaptation plus solides face à des difficultés psychologiques. Cela souligne la nécessité d'un regard global et contextualisé de chaque patiente, au-delà d'un antécédent. Il s'agit d'éviter que les mêmes facteurs favorisants se remettent en place au fil des grossesses.

Les sages-femmes 2 et 7 ont déclaré avoir rajouté la question des antécédents et notamment des traitements antidépresseurs récemment, après s'être rendu compte que sinon les patientes n'en parlaient pas forcément spontanément. « *Je me suis rendu compte que quand je demandais les antécédents médicaux les patientes ne prenaient pas ça forcément en ligne de compte* » (SF 2).

Nous pouvons nous interroger sur la perception qu'ont les patientes des problèmes de santé mentale, qui ne semblent pas toujours être considérés de la même manière que les pathologies somatiques. Cette observation est rapportée par le journal international de médecine (JIM) qui aborde les biais inconscients dans la perception des troubles psychiatriques : « Les auteurs rappellent que les troubles psychiatriques sont souvent perçus « différemment des troubles somatiques » : ils traduiraient davantage des « défauts » du sujet (par exemple une conduite addictive), alors que les maladies physiques résulteraient plutôt d'« événements malheureux » (imputables notamment à un environnement ou une hérédité défavorables). » (Perception biaisée des troubles psychiatriques) Par ailleurs, la littérature souligne l'importance d'une évaluation approfondie des antécédents psychiatriques ainsi que des traitements antérieurs pour une détection précoce et efficace des troubles de la santé mentale. (Byatt et al.).

Un autre thème abordé par les sages-femmes lors des entretiens est celui des **symptômes physiques et des manifestations somatiques** « *Je demande ce qu'elles ont comme symptômes, on voit ensemble si elles ont des nausées, des douleurs* ». (SF 3)

Les manifestations physiologiques et somatiques sont apparues comme des indicateurs d'un potentiel mal-être psychologique, évoqués par 7 sages-femmes. Parmi celles-ci nous retrouvons l'appétit ainsi que les troubles du sommeil. En effet, les sages-femmes déclarent que des variations importantes de poids peuvent refléter une fragilité psychologique « *la dame qui physiquement, est hyper maigre, ou à l'extrême hyper obèse* » (SF 4). Une perte d'appétit importante pourrait traduire de l'anxiété ou une dépression « *[...] son alimentation, est-ce qu'il y a une perte d'appétit ?* » (SF 6)

Ici, nous pouvons nous interroger : à quel moment le poids devient-il un réel signal d'alarme psychologique ? La grossesse en elle-même entraîne des modifications du métabolisme et de l'appétit, rendant parfois difficile l'identification d'un réel trouble sous-jacent.

La question de **la fatigue et des troubles du sommeil** est également prise en compte. Ces aspects sont fréquemment rapportés par les patientes et constituent des symptômes souvent rencontrés pendant la grossesse. Les sages-femmes l'évoquent à plusieurs reprises : « *Évidemment, il y a le fait des troubles du sommeil par exemple. Mais ce n'est pas forcément... enfin, c'est vrai que sur le moment, si elle me dit qu'elle dort mal, je ne vais pas forcément penser qu'elle a un problème psy, je vais d'abord chercher pourquoi elle dort mal.* » (SF 3).

Cette fatigue peut être due à des facteurs physiologiques (inconfort physique, hormones), des contraintes du quotidien (charge mentale, enfants en bas âge) ou bien révéler un mal être psychologique (anxiété, dépression, ruminations).

Ce constat révèle une problématique : comment distinguer une fatigue « normale » d'une fatigue pathologique ? Certaines sages-femmes cherchent à identifier plus précisément ce qui pose problème dans le sommeil comme la sage-femme 6 : « *Est-ce qu'il y a une fatigue un peu chronique ? Est-ce qu'il y a des difficultés d'endormissement ? Ou bien est-ce qu'au niveau du sommeil, il y a des cauchemars, des réveils nocturnes ?* ». Il semble important de rechercher des symptômes psychiques tel que des troubles comportementaux, un état d'anxiété, un ralentissement psychomoteur, qui viendront nous apporter plus de renseignements sur cette fatigue. (C. Magnette et B. Gerard)

Ainsi, la question devient non seulement de repérer les symptômes mais aussi de savoir quand les relier à une souffrance psychologique, d'où l'importance, une fois de plus, de poser des questions complémentaires lors du recueil d'un symptôme. Nous pouvons imaginer par exemple des questions telles que « *votre fatigue est-elle associée à un désintérêt général, un manque de motivation ?* » ou encore « *les troubles du sommeil s'accompagnent ils d'autres signes de mal-être (pleurs, repli sur soi, irritabilité) ?* ».

La difficulté semble être d'éviter la banalisation de ces signes sans pour autant surmédicaliser les variations physiologiques, nous renvoyant à la question de l'interprétation des informations recueillies.

Bien que la distinction entre les signes cliniques purement dûs à la grossesse et ceux révélant un mal-être psychologique ne soit pas aisée (Biaggi et al.), ils sont importants à prendre en considération et à mettre en perspective avec le contexte de grossesse.

En effet, une approche systématique reliant les symptômes physiques à une évaluation de l'état émotionnel semble un bon moyen d'évaluer les risques. A chaque visite, il est donc important d'être attentif à tous les signes et les symptômes de la dépression et de l'anxiété, tel que l'insomnie, la

fatigue, ou les facteurs de risques comme les difficultés à la maison, les conflits conjugaux et familiaux, les difficultés matérielles... (*Provincial Council for Maternal and Child Health*).

4 sages-femmes ont abordé **l'environnement familial et social de la patiente** « *Je pose la question de comment ça se passe à la maison aussi* » (SF 3), « *Voilà le travail, les amis, la famille* » (SF 5). « *Il y a une partie psycho-sociale où on voit un peu l'environnement dans lequel elle vit* » (SF 6). Cela montre une approche holistique de la part des sage-femmes qui cherchent à comprendre l'environnement familial de la patiente, facteur essentiel permettant d'évaluer sa capacité à faire face aux défis de la grossesse et à prévenir l'apparition de difficultés psychologiques.

Le manque de soutien familial ou un isolement peuvent représenter des facteurs de risques pour l'équilibre psychique de la patiente et sont fortement associés à un risque d'anxiété et de dépression prénatales. (Biaggi et al.) A l'inverse un environnement soutenant pourrait réduire le risque de survenue de pathologies psychiatriques, la satisfaction conjugale ainsi que le soutien familial constituant des facteurs protecteurs contre l'anxiété et la dépression anténatale. (Zeng et al.).

L'analyse des entretiens met en évidence **l'influence du quotidien, du mode de vie et de l'environnement des patientes** sur leur état de santé mentale. En effet, l'isolement et le repli sur soi par exemple, apparaissent comme des signaux d'alerte importants : « *Si je vois qu'elles passent leur temps chez elles sans sortir, si elles ne sont pas lavées, pas habillées, déjà enceinte, je me dis que ça ne va pas trop quoi* » (SF 1).

Le fait d'être en arrêt de travail et de perdre ses repères constitue également un facteur de fragilisation : « *Quand j'en ai une, par exemple, elle est arrêtée parce qu'elle ne peut pas continuer à travailler en étant enceinte, mais du coup bah le fait d'être arrêtée, de pas pouvoir sortir de chez elle finalement, c'est très dur au niveau moral* » (SF 4)

L'arrêt de travail bien que médicalement justifié peut être vécu comme une rupture du quotidien et des repères sociaux. En effet, il joue un rôle structurant pour beaucoup de patientes, occupant l'esprit, maintenant une routine et apportant du lien social ainsi qu'une forme de reconnaissance. Un arrêt de travail précoce durant la grossesse peut donc plonger les femmes dans une forme de solitude et cet inactivité forcée pourrait favoriser un repli sur soi, une baisse de moral et une perte de confiance. (Standal et al.)

De plus, il semble important de considérer l'impact de l'arrêt de travail qui peut entraîner une perte de statut dans une entreprise, une perte de poste ou bien d'importants problèmes financiers dans le cas d'une profession libérale.

L'isolement, qu'il soit social ou géographique est un facteur de risque important. Une femme qui déménage loin de son réseau de soutien peut ressentir une détresse accrue face aux défis de la périnatalité, l'absence de relais familiaux risque d'entraîner une surcharge mentale et émotionnelle, évoqué par la sage-femme 5 : « *Les femmes isolées, les femmes qu'elles soient en couple ou pas, elles s'installent dans une région avec toute leur famille tous leurs amis à 8h de route, bah ouais c'est compliqué* ».

Les **habitudes de vie** peuvent également jouer un rôle comme l'évoque la sage-femme 4 : « *Au niveau des habitudes de vie : tabac, alcool, alimentation.* ». La consommation de tabac ou d'alcool peuvent révéler un état psychologique fragile ou une tentative d'automédication risquant d'aggraver un mal-être existant, générant de la culpabilité. L'enjeu est donc de repérer ces comportements sans émettre

de jugement et en les considérant comme des signaux potentiels d'une fragilité, ainsi que de soutenir la patiente et de l'amener à accepter une aide adaptée à ses difficultés.

Enfin, **l'état émotionnel et le moral** des patientes apparaît comme un indicateur important. Les sages-femmes mentionnent plusieurs indicateurs cliniques tel que les pleurs fréquents « *Si elle me dit je pleure tout le temps* » (SF 1). Les pleurs ont été évoqués par 4 sages-femmes. Les symptômes anxieux et le stress sont également pris en considération « *Est-ce qu'elle est souvent stressée, angoissée ?* » (SF 6). Le manque de motivation est aussi pris en compte : « *Celle qui n'a plus envie de rien* » (SF 1).

La fréquence des pleurs, évoqué par 4 sages-femmes, semble un signal d'alerte particulièrement marquant. Mais pleurer reflète-t-il toujours une souffrance pathologique ? Une patiente qui pleure mais qui est en mesure de verbaliser ses émotions gère peut-être mieux son état psychologique qu'une patiente qui ne communique pas du tout au sujet de ses difficultés et n'exprime pas ses émotions.

Un autre aspect qui a été abordé est **l'attention portée au langage corporel**. Les entretiens révèlent que, pour certaines sages-femmes (2), il constitue un moyen de repérer des signes de détresse ou d'inconfort durant la grossesse : « *Je vois surtout en cours de préparation à la naissance ou ça va être beaucoup le corps qui va parler. Ouais, la patiente qui va beaucoup fermer ses mains se contracter ou je ne sais pas, des fois c'est corporel.* » (SF 7) « *Je n'ai pas de questions systématiques mais déjà rien que la gestuelle de la patiente, la manière dont elle va raconter son histoire* » (SF 8).

Les signes non verbaux représentent un élément complémentaire du dépistage et peuvent signaler un inconfort psychologique et contribuer à identifier des signaux de détresse psychologique. Ils représentent une source d'information riche, parfois même plus révélatrice que la communication verbale en raison de leur caractère automatique et inconscient. (Burgoon)

Quatre sages-femmes ont abordé **les différents outils** qui peuvent aider dans le dépistage des troubles de la santé mentale périnatale. Dans leur pratique quotidienne les sages-femmes ont exprimé avoir besoin d'outils concrets « *Je pense qu'il n'y a pas assez d'outils de base* » (SF 4), mais ont aussi un regard critique sur ces derniers, décrivant par exemple le questionnaire de la dépression (EPDS, annexe 2) comme un outil trop formel, insuffisamment personnalisé, voire réducteur « *[...] en mon sens c'est hyper impersonnel. Voilà, c'est pareil que « est-ce que vous avez déjà été opéré ? »* » (SF 4)

Nous observons à nouveau la nécessité d'aborder ce thème de manière nuancée, en tenant compte du poids social et symbolique de la dépression qui peut être vécu différemment d'un antécédent médical ordinaire. Les outils actuels sont perçus comme ne prenant pas en compte les observations recueillies en entretien. Mais la problématique vient peut-être de leur utilisation, puisque les sages-femmes interrogées semblent le remplir avec la patiente, alors qu'il s'agit d'un auto-questionnaire. Les attitudes négatives par rapport aux outils de dépistage, mais aussi la compréhension des sages-femmes de leur rôle dans ce dépistage a un impact sur la façon dont il sera réalisé (utilisation flexible des outils, ou au contraire utilisation rigide, attitude distante, entraînant un mauvais vécu du dépistage par les patientes.) (Andersen et al.)

A l'inverse, lorsque les sages-femmes comprennent leur rôle dans la passation d'outils ou d'entretien, comme l'entretien prénatal ou postnatal précoce, réalisés en majorité par les sages-femmes, ces outils seront beaucoup mieux perçus et utilisés : « *C'est des outils qu'on a eus en formation, on a fait une formation sur l'entretien pré et post, donc on a eu les guides, les entretiens. Moi j'ai des fiches sur toutes les situations complexes* » (SF 8).

Ainsi, il apparaît que les outils existants sont utilisés de manière hétérogène et que leur efficacité dépend de l'expérience de la professionnelle et de sa compréhension de l'intérêt de les utiliser ou non.

L'expérience clinique et l'intuition, développées au fil du temps, sont un complément riche et intéressant qu'il est important de considérer et qui ne ressort pas forcément dans un questionnaire. Il apparaît également que certaines sages-femmes recherchent des outils permettant d'ouvrir la parole, comme des médiateurs, plutôt que de fermer la discussion autour d'un score. (Fuglestein et al.)

L'EPDS est l'outil le plus utilisé dans le monde pour dépister les dépressions périnatales, traduit en 14 langues et validée dans de nombreux pays. Il est à noter qu'il ne s'agit pas d'un outil diagnostic. Dans certains pays comme l'Australie, cette échelle de dépistage est proposée systématiquement en post-partum. L'organisation mondiale de la santé et le Royaume-Uni la cite comme étant un questionnaire de référence complémentaire du jugement clinique. (Meunier)

4.3 Les facteurs influençant le dépistage des problèmes de santé mentale :

Le premier facteur qui est apparu est celui du **temps**. En effet, 7 sages-femmes ont abordé cette question comme étant un élément déterminant dans la mise en place d'un dépistage efficace des troubles de santé mentale.

Il existe une grande variabilité dans le temps qui est consacré aux consultations, en fonction de différents paramètres. Le premier paramètre qui ressort est celui du cadre d'exercice.

Les sages-femmes libérales ont l'obligation d'équilibrer leur engagement envers les patientes avec les contraintes de rentabilité qui sont liées au temps. Elles doivent donc ajuster la durée des consultations afin d'optimiser leur activité, ce qui ne semble pas toujours évident comme le souligne la sage-femme 2 « *ça prend beaucoup de temps et d'énergie et quand on est en libéral le temps c'est de l'argent.* » ainsi que la sage-femme 3 : « *Au début je faisais 40 minutes la première consultation et 30 minutes les suivantes et j'ai vu que je n'avais pas besoin d'autant de temps. Et puis j'ai vu aussi que je n'étais pas rentable.* »

Tandis qu'en PMI, les consultations sont plus longues, facilitant un dialogue approfondi, et la contrainte financière n'est plus présente car elles ne sont pas payées à l'acte comme le souligne la sage-femme 8 « *Moi, j'ai 1 h de consultation. Moi je ne suis pas payée à l'acte, je peux faire 2 h de consultation, ça ne changera rien* »

Le deuxième aspect analysé concerne **les différentes attitudes adoptées par les sages-femmes face à la question du dépistage ainsi que leur rôle dans le repérage des problèmes de santé mentaux périnataux**. Les entretiens mettent en évidence une ambivalence de la part des sages-femmes dans la perception de leur rôle face au dépistage des troubles de santé mentale. Sept des huit sages-femmes ont abordé cette question. Elles semblent reconnaître l'importance de leur rôle de dépistage mais expriment des limites professionnelles importantes « *On peut dépister mais on n'est pas psychologues* » (SF 2) « *Je ne suis pas psychologue de la périnatalité* » (SF 3), « *on ne peut pas faire le travail d'un psychologue ou d'un psychiatre* » (SF 6).

L'importance d'un repérage précoce est donc reconnue mais la limite est claire : les sages-femmes ne souhaitent pas se substituer à une prise en charge psychologique ni psychiatrique, qui ne relève pas de leurs compétences. La profession de sage-femme se situe à l'interface d'un accompagnement psychosocial et médical, et certaines sages-femmes trouvent que l'aspect psychologique est réservé aux professionnels formés à ce domaine-là spécifiquement, comme l'exprime la sage-femme 3 « *Ce*

n'est pas à nous en fait, de gérer la santé mentale des gens. Il y a des gens qui sont formés pour ça, il y a des psychologues, des psychiatres ».

Le rôle des sages-femmes dans les questions de santé mentale périnatales est défini dans les référentiels et les recommandations (*Ordre des sages-femmes*). En effet, les sages-femmes disposent de compétences spécifiques dans ce domaine et ont la capacité d'assurer un repérage précoce, de mener des entretiens d'écoute, d'établir un lien de confiance permettant d'évaluer des signes de souffrance psychologique et d'orienter vers les professionnels spécialisés. Le fait d'assurer la sécurité émotionnelle des parents fait partie intégrante des missions des sages-femmes. Ainsi, même si elles expriment, à juste titre, ne pas pouvoir se substituer aux psychiatres et aux psychologues, leur rôle de repérage et d'orientation reste une étape indispensable dans le parcours de soin des patientes. (Mccauley et al.).

Le troisième aspect concerne la **demande de la disponibilité de la sage-femme afin de réaliser le dépistage ainsi que l'impact que ce dernier peut avoir sur elle**. Les 8 sages-femmes interrogées ont abordé ce sujet. L'analyse des entretiens révèle une forte dimension psychologique et émotionnelle dans le dépistage des troubles de santé mentale périnatale par les sages-femmes.

Comme le témoigne la sage-femme 1 : « *Je sais qu'il y a des fois où j'appréhende un peu parce que je me dis, qu'est-ce qu'elle va me répondre et est-ce que je vais être capable de l'aider ?* », il peut exister une appréhension face au dépistage, des craintes de ne pas pouvoir proposer les solutions adaptées.

A l'inverse, certaines sages-femmes (3) rapportent se sentir à l'aise face à la question du dépistage des troubles de la santé mentale. « *Ce n'est pas quelque chose de tabou pour moi, il n'y a pas de souci avec ça* » (SF 5).

L'analyse révèle une disponibilité émotionnelle et mentale des sages-femmes fluctuante, en fonction de leur situation personnelle et des journées comme l'exprime la sage-femme 2 : « *Et puis même nous sommes humains, on n'est pas des robots. Il y a des jours où on est dispo, d'autre où on l'est moins* ». Comme tout professionnel de santé, elles sont influencées par leur fatigue, leur charge de travail et leur état émotionnel. Il existe également un besoin de formation et de réflexion autour de ces sujets comme l'exprime la sage-femme 2 « *Il faut arriver à prendre un peu de recul et à s'accorder certains moments pour se former, se remettre en question, et ce n'est pas toujours facile* ». La surcharge de travail et le manque de temps peuvent expliquer cela. L'ajout d'un aspect psychologique aux consultations est perçu pour certaines comme une charge supplémentaire difficile à intégrer.

Nous avons observé au cours de l'analyse un frein potentiel en matière de dépistage et d'accompagnement des troubles de santé mentale périnataux : **Le manque de compétence de la gestion de la détresse**, abordé par 3 sages-femmes. La sage-femme 3 révèle « *j'ai parfois du mal avec les deuils, les deuils des grossesses précédentes, parce que je ne sais pas trop quoi faire. Je sais que ça peut avoir un impact, je sais comment mais je ne sais pas comment les accompagner et je me sens assez démunie.* » révélant des difficultés à accompagner certaines problématiques en particulier. Nous observons ici une conscience des difficultés mais un sentiment d'incapacité à gérer les conséquences et à mettre en place des réponses adaptées.

La sage-femme 4 révèle « *Je me dis si quelqu'un n'est pas bien du tout, je ne saurai pas forcément quoi faire dans l'immédiat* », exprimant une angoisse face à l'urgence psychologique. Les démarches à entreprendre ne semblent pas claires pour cette sage-femme. L'absence de relais au sein de son réseau professionnel est sûrement un élément supplémentaire renforçant cette impression d'impuissance.

Ces difficultés ressenties par les sages-femmes posent la question de la **formation des sages-femmes à la gestion des entretiens et au domaine de la psychologie**. Les sages-femmes expriment majoritairement une insatisfaction concernant leur formation à la gestion des entretiens et à la psychologie. Plusieurs sages-femmes ont fait allusion à l'existence de cours de psychologie et des répercussions psychiques de la grossesse mais le contenu est jugé comme trop théorique comme l'exprime la sage-femme 7 « *on voit la différence entre dépression, psychose, anxiété... mais en fait concrètement, on fait quoi ?* »

La question de l'absence de formation à la posture professionnelle et à la conduite des entretiens est exprimée par 5 sages-femmes « *connaître les pathologies c'est une chose, mais savoir comment amener ça lors de ta consultation [...] Ce n'est pas pareil quoi* » (SF 4). Elles évoquent également un sentiment de préparation insuffisante à l'entrée dans le mode d'exercice libéral « *avec juste ma formation initiale, je ne savais quasiment rien faire, j'ai tout appris sur le tas* » (SF 5).

Nous constatons ici la nécessité d'enseignements plus ancrés dans les réalités cliniques du métier, en intégrant des outils concrets pour la conduite des entretiens ainsi que pour la posture professionnelle à adapter afin de permettre aux sages-femmes de se sentir outillées, légitimes et confiantes pour aborder les aspects psychiques.

Enfin, la question du **matériel informatique** et de sa place dans le dépistage est ressortie dans 5 entretiens. En effet, l'utilisation des logiciels médicaux et des questionnaires numériques peut exercer une influence sur la manière dont les sages-femmes vont mener leur consultation, et donc le dépistage des troubles de santé mentale.

L'utilisation des logiciels informatique semble permettre de structurer la consultation, d'éviter les oublis et de standardiser le suivi comme le révèle la sage-femme 7 « *Alors moi effectivement c'est assez avec les logiciels maintenant on peut vraiment cadrer la consultation* ». Ici, l'outil informatique est perçu comme un atout permettant de maintenir une cohérence dans les consultations, de repérer en systématique des facteurs de risque grâce à des questions préétablies : « *j'ai un questionnaire donc j'ai un logiciel effectivement où il y a des formulaires préremplis. Ça me permet de garder un peu le fil et d'être sûr de penser à tout quand on a des consultations qui partent un peu dans tous les sens.* » (SF 3). Cela peut aider les sages-femmes dans la façon d'aborder le sujet, facilitant ainsi le dépistage.

4.4 Les facteurs influençant la décision de réorienter les patientes vers des soins spécialisés :

Dans un premier temps, nous avons pu observer qu'il existe un **fort impact de la connaissance et de la confiance des sages-femmes dans le réseau périnatal qui les entoure**. Sept sages-femmes ont abordé cette question. En effet, l'analyse des entretiens a mis en lumière d'importantes différences dans la possibilité et la capacité à orienter les patientes vers des soins spécialisés.

L'orientation est donc facilitée par une bonne connaissance du réseau par les sages-femmes, comme en témoigne la sage-femme 1 « *Il y a une PMI là où je travaille, je connais bien la sage-femme et on a son numéro, on l'appelle assez facilement* » ainsi que d'autres sages-femmes « *Je suis beaucoup en lien avec les partenaires. Je vais aussi faire des orientations psychiatriques* » (SF 8)

Ces extraits illustrent que lorsque le réseau et les ressources sont clairement identifiés et que les professionnels sont accessibles, l'orientation des patientes est réalisée spontanément sans difficultés.

Certaines sages-femmes montrent une implication dans la coordination des soins de leurs patientes, un aspect essentiel d'une prise en charge globale et pertinente, exprimée par la sage-femme 8 : « *Si*

elle n'a pas de suivi à l'hôpital je coordonne, j'appelle pour prendre les rendez-vous et je fais un dossier de grossesse, si elle a déjà le dossier, je vois si elle veut que je la mette en lien avec les différents partenaires. »

A l'inverse, le manque de ressources fiables ou de confiance sur les relais à mobiliser apparaît comme un frein important à la prise en charge globale des patientes, comme l'exprime la sage-femme 4 « *Après, sur la pratique tu vois pour savoir comment dépister mais vraiment orienter, avoir des numéros, des contacts, bah c'est un peu, fin excuse-moi mais c'est démerdes-toi quoi.* » ainsi que la sage-femme 6 lorsqu'elle parle de réorienter les patientes en détresse psychologique « *Enfin en tout cas, moi là où je travaille, je sais que c'est pas quelque chose de simple et je pense que c'est un peu partout pareil.* » De même, les délais d'attente trop longs et le manque d'accessibilité à des soins spécialisés sont également décrits comme problématiques par 7 sages-femmes : « *Nous avons 2 psychologues qui participent à ce dispositif mais il y a beaucoup d'attente* » (SF2) ; « *C'est vrai que maintenant il y a de moins en moins de psychologues, de disponibilité.* » (SF3).

Ce manque d'accessibilité à des soins spécialisés, du fait d'un manque de professionnels, de ressources ou de délais d'attente trop longs peut entraîner des retards de prise en charge, parfois malgré des situations d'urgence. Cela soulève la question d'une égalité d'accès à des soins spécialisés pour toutes les patientes. La pénurie en professionnels de santé rend le système de soin peu réactif et inégal. Cela semble décourager certaines sages-femmes et conduire à des situations à risque sans prise en charge adaptée.

Les sages-femmes semblent donc confrontées à une contradiction importante : elles sont formées au dépistage des troubles psychologiques et psychiatriques en périnatalité mais l'accès à des soins spécialisés est entravé par un manque de ressources humaines et des délais d'attente trop longs. En effet, malgré un financement de structures de soins mis en place suite à la politique des 1000 premiers jours, des inégalités territoriales importantes existent encore, renforcées par un manque de professionnels de santé. (*Ministère du travail et des solidarités*)

La HAS recommande d'ailleurs que « chaque professionnel accompagnant les femmes enceintes s'informe des ressources loco-régionales, voire nationale disponibles et les utilise pour construire le parcours de soins de la femme ». Elle recommande une coordination des soins entre la maternité et les professionnels extérieurs ainsi qu'un partage d'informations afin d'optimiser les prises en charge. (HAS). Il semble que les préconisations officielles soient parfois difficiles à mettre en œuvre sur le terrain en fonction des ressources réellement disponibles.

Malgré les obstacles cités précédemment, les sages-femmes reconnaissent **l'importance d'orienter leurs patientes présentant une vulnérabilité psychologique**, même modérée : « *Je me dis même s'il n'y a pas grosse détresse psychologique, les orienter voir quelqu'un ça peut ne pas leur faire de mal en soi-même si ce n'est pas très grave.* » (SF 1). Cette démarche de prévention apparaît comme essentielle afin d'éviter une aggravation des vulnérabilités et pour prévenir des difficultés potentielles avec l'enfant à venir : « *Tu te dis il vaut mieux que la maman elle soit accompagnée pour pas que ça dégénère plus quoi.* » (SF 4).

D'autres obstacles dans l'orientation sont apparus cependant, tel **que le refus de l'accès aux soins de la part des patientes**. En effet, 5 sages-femmes interrogées ont évoqué ce problème. Au-delà du manque d'accessibilité des professionnels, il arrive fréquemment que l'obstacle à une prise en charge optimale soit la patiente elle-même. De nombreuses patientes semblent ne pas donner suite aux démarches initiées par les sages-femmes pour les orienter vers des soins adaptés.

Nous retrouvons parfois un **manque de conscience et de reconnaissance du besoin d'aide**, certaines patientes semblent ne pas percevoir la problématique dans leur état psychologique comme l'évoque la sage-femme 2 : « *Il y a des gens qui ne se posent pas cette question-là : « est-ce que je vais bien ? ou est-ce que je suis sur une pente glissante, et je ne vais pas vraiment bien ? » »*. Ce manque de conscience d'un réel mal être peut empêcher une adhésion aux soins, l'identification d'une détresse psychologique par la sage-femme n'est donc pas suffisante pour engager la patiente dans une démarche vers un suivi.

Il existe parfois des **obstacles liés au quotidien et une difficulté à faire passer le soin psychologique en priorité** comme l'exprime la sage-femme 3 « *Le problème, c'est que l'orientation, elle n'amène à rien parce que sur le moment OK elle dit oui je vais y aller et puis après non parce qu'il y a la vie, y a des choses qui viennent se mettre en travers »*.

Cette réticence de la part des patientes peut provoquer chez certaines sages-femmes un sentiment d'impuissance et de découragement, comme exprimé par la sage-femme 3 : « *À la base, je ne la voyais pas pour ça et elle m'en a parlé, et je m'étais dit mais en fait elle n'est pas bien du tout, donc je l'ai orientée, puis ça ne mène à rien. C'est assez déprimant.* » ainsi que la sage-femme 7 « *Et après, elles s'en saisissent, elles ne s'en saisissent pas, après voilà, tant que je sens qu'il n'y a pas de risque pour la patiente, bon bah elles font ce qu'elles veulent.* ».

Un autre obstacle qui peut être rencontré est celui de la **banalisation et de la minimisation du mal être psychologique** par l'entourage ou parfois par certains professionnels de santé. Cette minimisation peut conduire les patientes elles-mêmes à minimiser leur mal être et à ne pas chercher d'aide, retardant ainsi une prise en charge pourtant nécessaire.

Cela est exprimé par la sage-femme 3 : « *Soit parce que c'est l'entourage qui dit non, t'as pas besoin d'y aller, donc ça aussi c'est compliqué.* » ainsi que par la sage-femme 6 : « *Son médecin traitant lui avait dit bah écoutez, c'est la grossesse, c'est normal. Mais enfin là, la patiente que je voyais, elle allait vraiment, mais vraiment pas bien* ».

Ce manque de reconnaissance du problème par l'entourage peut renforcer l'idée qu'il faut « faire avec », persuadant ainsi la patiente que ce qu'elle vit est anodin et qu'elle doit le supporter sans chercher de soutien. Il existe également la question de la stigmatisation des problèmes de santé mentale, le fait d'être en dépression peut entraîner la peur d'être jugée comme étant une « mauvaise mère ». (Pescosolido et al.)

Il est intéressant de noter ici que le mal-être psychologique de la mère n'est pas mis en relation avec de possibles difficultés relationnelles périnatales avec l'enfant à venir. Cette dimension pourrait peut-être faciliter l'engagement de la patiente dans la prise en charge de ses propres difficultés ?

4.5 La relation sage-femme patiente :

Cette partie met en évidence différents types d'approches utilisées par les sages-femmes pour **instaurer un climat de confiance avec la patiente**.

Un aspect important qui est apparu est celui de la **régularité des échanges et du temps**, nécessaire à la construction d'un lien. Cela a été évoqué par 6 sages-femmes à travers les entretiens « *je pense que ça se fait à force de se voir, à force de discuter, à force de voir que je suis à l'écoute et que on peut*

discuter de tout quoi, vraiment. » (SF 2) « Il y en a qui ont très confiance en moi aussi parce qu'on se voit depuis mega longtemps. » (SF 3).

Les témoignages des sages-femmes mettent en lumière une conscience du fait que la relation ne peut et ne doit pas être précipitée, qu'il est nécessaire de respecter une certaine temporalité afin d'installer un climat de confiance solide.

La confiance ne s'établit pas automatiquement lors d'une première consultation avec un professionnel de santé, quel qu'il soit, mais de part une régularité du suivi permettant aux patientes de se sentir progressivement plus à l'aise et d'oser exprimer leurs ressentis en toute confiance.

Le déroulé des consultations, le temps, le fait de faire connaissance sont des éléments essentiels à une véritable mise en confiance. (Vasseur & Cabié) Ces aspects constituent des spécificités du métier de sage-femme, métier basé sur la relation, pouvant prendre plus de temps qu'un médecin. Il se distingue des autres professionnels de santé par le fait qu'il rentre dans une sphère très intime de la vie des patientes.

Trois sages-femmes ont évoqué l'importance **d'être facilement joignables par les patientes**, leur donner leurs coordonnées professionnelles afin qu'elles puissent compter sur elle en cas de besoin : *« Elles savent qu'elles nous voient, qu'elles ont notre numéro s'il y a quoi que ce soit, donc qu'elles peuvent compter sur nous » (SF 1), « Si elles ont besoin de me parler, je peux être là, qu'elles n'hésitent pas, j'ai un téléphone pro donc elles peuvent m'appeler » (SF 8).* Cela traduit une volonté de créer un cadre rassurant, afin que les patientes ne se sentent pas seules en cas de préoccupations ou de difficultés.

Certaines sages-femmes (2) ont cependant évoqué la **nécessité de poser des limites** : *« Je ne donne pas mon téléphone perso pour qu'elle m'appelle à 03h00 du matin parce que si on ne met pas de limites, on ne s'en sort pas... » (SF 6).* Cela témoigne de la nécessité de définir un cadre afin de conserver la bonne distance et de préserver l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, et met en évidence le fait qu'être une présence bienveillante ne signifie pas être disponible en permanence et tout prendre en charge seule.

Sept sages-femmes ont témoigné de leur **adaptation à chaque patiente, à leurs besoins particuliers**. Cela nécessite de connaître la personne, son niveau d'ouverture, ses antécédents, son vécu de la grossesse, son contexte de vie et tous les autres aspects médico-sociaux, afin de pouvoir personnaliser le suivi, tel que le souligne la sage-femme 7 : *« Aussi, j'adapte en fonction des patientes et de là où elles en sont. Si effectivement c'est une grossesse non désirée au départ, bah effectivement je ne vais pas faire la même consultation. ».*

Nous percevons ici l'importance d'une approche individualisée, flexible et le besoin d'être attentif aux besoins spécifiques et aux particularités de chaque patiente, comme l'exprime la sage-femme 6 : *« Et puis voir avec elle les ressources qu'elle a elle déjà et ensuite l'accompagner mais plus en fonction de ses besoins à elle, quoi. Essayer de trouver des solutions avec elle ».*

Certaines sages-femmes ont témoigné de difficultés lors de certains entretiens : *« Alors oui je m'adapte aux patientes. Par exemple, si je vois une patiente un peu fermée, je vais essayer de la faire discuter, mais si je sens que c'est vraiment fermé, je ne peux malheureusement pas trop creuser » (SF 1).* Ce témoignage illustre les défis et les limites dans la relation : d'un côté la sage-femme a une démarche proactive, encourageant l'échange avec une patiente réservée, de l'autre elle a conscience de

certaines limites à ne pas franchir pour ne pas créer un blocage. Elle semble en difficulté pour explorer davantage les sujets que la patiente ne souhaite pas aborder.

Trois sages-femmes déclarent **faire preuve de flexibilité** en fonction des situations, soit en allongeant la consultation lorsqu'une vulnérabilité particulière est perçue, au détriment parfois de leur emploi du temps : « *Si je vois que c'est des patientes où il y a un vécu particulier je peux mettre 40 minutes ou plus sans problème, en fonction de comment elles sont.* » (SF2), « *ça peut être prévoir 30 minutes au lieu de 20 par exemple, parce que je sais qu'on va peut-être plus discuter.* » (SF3), soit en adoptant le contenu de l'entretien en fonction des préoccupations de la patientes « *Après si la patiente me parle de je ne sais quoi, j'arrête les questions, et on va discuter de ce dont elle a besoin* » (SF1) « *Après j'aime bien leur dire bah est-ce qu'il y a quelque chose dont vous vouliez parler, que je n'ai peut-être pas pensé à vous demander ?* » (SF4), parfois même en ne se centrant que sur la santé mentale, remettant les aspects de santé physique à plus tard comme l'évoque la SF8 : « *Il y a même des rendez-vous en fait on a juste parlé avec la dame, on ne parle pas du tout de la grossesse, on parle des traumatismes, on parle de voilà, je pallie comme je peux* ».

Ici nous avons une illustration de la dimension personnalisée et dynamique du suivi prénatal. Cette capacité à rester « centré sur l'autre » semble être une qualité importante dans le suivi des patientes. Elle est liée à une écoute active, essentielle pour identifier des préoccupations ou des signes de détresse. Cela passe notamment par le fait de « poser des questions ouvertes appuyées sur ce qui a été évoqué par l'autre sans vouloir aller trop vite » (HAS)

Le fait d'encourager le fil narratif du patient semble plus efficace que de poser une série de questions fermées concernant ses symptômes, cela permet au patient d'utiliser une trame temporelle qui est la sienne afin d'exprimer son ressenti. D'après Claude Richard et Marie Thérèse Lussier, la communication professionnelle en santé repose sur la connaissance et la maîtrise de différentes stratégies de communication, notamment la capacité d'adaptation à différents interlocuteurs et aux différents contextes de communication ainsi que la capacité à atteindre ses objectifs d'une manière compatible avec les besoins du patient. (Richard & Lussier)

Le dépistage des troubles psychiques requiert un temps d'échange, permettant au dialogue de s'établir correctement et donc aux professionnels de détecter les signes de souffrance psychique. Or, cette nécessité semble entrer en tension avec des contraintes économiques et organisationnelles dans le cas du libéral notamment. Les sages-femmes libérales expriment leur volonté d'accorder plus de temps aux patientes qui en ont besoin mais souligne que cela n'est pas toujours viable.

Un autre aspect qui est ressorti est celui des **compétences d'entretien**. En effet, ces dernières ne sont pas forcément innées et évoluent parfois avec l'expérience.

Six sages-femmes ont abordé ce point. Certaines ont parlé de l'art du questionnement, du fait d'éviter des questions fermées ou trop directes. La sage-femme 1 déclare « *Aussi de leur poser des questions ouvertes, pas rester sur des questions fermées.* », la sage-femme 4 : « *ce n'est pas toujours facile quand tu es face à la patiente, enfin tu ne vas pas poser une question forcément euh, un peu frontale, mais en même temps d'avoir une question détournée pour arriver à avoir la bonne réponse euh, ouais ça je ne sais pas.* ». Nous observons ici l'importance de la formulation des questions ainsi que du choix des mots : cette compétence pourrait être renforcée par des formations adaptées sur les techniques d'entretien ou par des échanges de pratique professionnelle. Comme le conseille le référentiel du réseau périnatal d'Occitanie « La meilleure des questions est celle que l'on se sent capable de poser ». (réseau périnatal Occitanie)

Les compétences d'entretien semblent s'acquérir également avec l'expérience et la pratique comme l'évoquent plusieurs sages-femmes : « *Après, l'expérience aide aussi, je ne mène pas du tout mes consultations de suivi comme je les menées il y a deux ans.* » (SF 2) L'entretien ne repose donc pas uniquement sur des outils théoriques ou des méthodes, mais aussi sur une expérience du terrain permettant d'adopter une posture plus fluide et naturelle, d'ajuster les formulations comme évoqué par la sage-femme 7 : « *On a des fiches avec une anamnèse, et donc avant j'étais très scolaire, on aurait dit vraiment des interrogatoires.* »

Ces témoignages illustrent le fait que l'expérience reste un levier d'apprentissage continu. Cependant, il apparaît que les sages-femmes interrogées n'ont pas évoqué le recours aux échanges de pratiques professionnelles ou à des formations sur les techniques d'entretien. Ces compétences relationnelles sont d'ailleurs évoquées par la HAS dans ses recommandations professionnelles sur la PNP comme étant indispensables. (HAS)

Les compétences acquises par l'expérience et non par la formation interrogent l'équilibre entre standardisation des pratiques et adaptation individuelle. Les compétences semblent enrichies au contact de situations réelles. Cette théorie est développée par Marie-Françoise Collière, dans son ouvrage « *promouvoir la vie : De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers* ». Elle met en lumière l'importance de l'acquisition de compétences des soignants dans leur pratique quotidienne. (Collière)

Ces compétences sont également préconisées par le référentiel métier et compétences des sages-femmes. (International confederation of midwives)

Six sages-femmes ont parlé de leur **attitude bienveillante et empathique** afin de favoriser les échanges : « *Je leur dis que je suis là uniquement pour les accompagner, que je ne suis pas là pour les juger* » (Sage-femme 2), « *je n'ai pas forcément d'outils ou de trucs comme ça, j'essaye d'être le plus bienveillante et empathique possible* » (SF 4). En garantissant une écoute empathique et sans jugement, les sages-femmes encouragent leurs patientes à se confier sur leurs éventuelles inquiétudes. L'empathie est une composante essentielle de la pratique soignante et de son efficacité, elle doit donc être cultivée par les professionnels. (Tisseron)

Le cadre confidentiel peut également jouer un rôle dans cette relation de confiance comme l'évoque la sage-femme 2 : « *j'ai l'habitude de leur dire que ce qui se passe au sein du cabinet reste au sein du cabinet* ».

Cela nous conduit à un point qui a été évoqué par 7 sages-femmes comme un obstacle important : la **difficulté à se positionner face à des patientes fermées**. En effet, l'accompagnement des patientes en retrait, qui sont sur la réserve et refusent de se livrer constitue un défi important. Face à une patiente qui reste fermée à la discussion, la sage-femme doit accepter qu'il ne soit pas toujours possible d'obtenir des réponses : « *Si la personne juste avec les petites questions de base que je pose, elle ne me répond pas, je ne sais pas si j'y arriverai vraiment à creuser plus.* » (SF 4)

Nous observons ici que la difficulté à se positionner face à des patientes fermées constitue un frein à la mise en place d'un climat de confiance et à la possibilité pour la patiente de se confier sur un possible mal-être.

Plusieurs raisons sont identifiées par les sages-femmes expliquant le refus de s'exprimer de certaines patientes : « *Il y a aussi des patientes qui en ont conscience mais qui ont envie de se protéger et qui n'ont pas envie de livrer ça par peur du jugement.* » ou bien « *Si une patiente n'a pas du tout envie de nous en parler, ou bien si elle est dans le déni par rapport à sa situation, elle ne nous en parlera pas du*

tout » (SF 2). Si une patiente est dans le déni par rapport à sa situation ou souhaite se protéger par peur d'être jugée, la communication sera difficile.

Les sages-femmes soulignent l'importance de ne pas brusquer les patientes. Le fait d'insister pour obtenir des réponses peut être perçu comme une forme de pression : « *Si on n'a pas envie de parler de quelque chose et qu'on se retrouve en face de quelqu'un qui insiste pour en parler, ça peut braquer.* » (SF 5).

Une solution face à cette problématique consiste à reporter la discussion à une autre fois, laissant ainsi du temps à la patiente pour éventuellement s'exprimer à un autre moment : « *Donc souvent j'essaye de le faire. Mais des fois c'est bloqué et là, on verra une autre fois* » (SF 5). Cette posture témoigne d'une approche respectueuse du rythme de la patiente, évitant de la brusquer et lui permettant de revenir s'exprimer lorsqu'elle se sentira prête.

Cela peut cependant interroger sur le devenir des patientes qui ne vont pas forcément exprimer leur mal-être mais dont la santé mentale pourrait se dégrader très rapidement entre deux rendez-vous. Une solution alternative serait donc la construction d'un environnement non stigmatisant et non jugeant afin de permettre aux patientes de se confier sans peur du jugement.

L'enjeu ici est donc de trouver des stratégies permettant une parole sécurisée et libre, tout en acceptant les limites de certaines patientes et leur incapacité à parler immédiatement. Pour autant, il s'agit de ne pas renoncer à explorer les différents domaines prévus dans le cadre du suivi de grossesse. Ici, le recours à un échange avec d'autres professionnels n'est pas évoqué, renvoyant à une relative solitude de la sage-femme libérale en cas de difficulté à mener un entretien.

4.6 L'entretien prénatal précoce :

Nous allons désormais nous pencher plus en détail sur l'entretien prénatal précoce, une consultation particulière au cours de la grossesse qui permet de se focaliser davantage sur l'aspect émotionnel, les besoins de la patiente et du couple et le projet parental, entre autres. L'aspect médical est alors mis de côté afin de pouvoir discuter des autres dimensions de la grossesse. (DGS Céline) Ce moment permet-il de faire émerger des choses chez les patientes ? Comment est-il utilisé par les sages-femmes ?

Il ressort des entretiens qu'il s'agit effectivement d'un **moment privilégié pour le dépistage**, en raison d'un temps suffisant, d'une approche plus approfondie des questions, de l'absence d'examen physique et d'une liberté de parole qui s'en retrouve accrue. En effet, comme l'exprime la sage-femme 2 « *Et à l'entretien prénatal je repose encore plus de questions poussées* » ce temps d'échange permet une approche plus qualitative, des discussions plus approfondies que lors d'une consultation classique permettant aux patientes d'être écoutées et de pouvoir parler de leur histoire dans un cadre bienveillant : « *Moi je pense que la plupart elles sont ravies d'être écoutées, de prendre vraiment le temps, qu'elles nous racontent l'histoire* » (SF 6).

Un point important qui ressort est celui du changement de cadre : « *Je leur dis bah là on passe du côté pas du tout médical et oui du coup elles se libèrent un peu* » (SF 1). En sortant du strict examen physique, la patiente est invitée à parler de ses émotions, de son vécu et de son environnement social dans un espace où elle y est encouragée, cela peut faciliter l'expression.

Le passage à un cadre psychologique semble assez fluide pour les sages-femmes interrogées, cette posture ne semble pas les mettre en difficulté, d'autant plus que les patientes semblent apprécier ces échanges : *« toutes celles que je vois en entretien, globalement, elles sont contentes de pouvoir avoir un espace de parole. »* (SF 6)

Durant cette consultation, les **thèmes spécifiques abordés lors de l'entretien prénatal précoce** par les sages-femmes permettent de faire un point sur le contexte de vie de la patiente, son entourage, son état psychologique et ses attentes : *« L'entretien prénatal, c'est vraiment c'est tous les antécédents, familiaux, pas familiaux, l'enfance, comment on a vécu la grossesse, comment ça se passe, on revoit tout, les violences, enfin, voilà »* (SF 8), ou d'autres dimensions qui n'avaient pas pu être abordés ou pas suffisamment lors des consultations classiques (SF5) : *« Mais, tout le temps, la question du moral, du psychologique, des violences, elle finit tout le temps par être abordée au moins à cette étape-là. »*.

Nous avons vu que ces aspects étaient abordés pour la plupart en début de grossesse afin de dépister des facteurs de risque psychologiques pour le suivi, mais cela est fait précocement et si la sage-femme et la patiente ne se connaissent pas bien, nous avons vu qu'il pouvait être difficile de se confier. L'entretien prénatal précoce ayant lieu au 4^{ème} mois, il permet aussi de laisser le temps de faire connaissance et peut être de faire tomber des barrières dans la relation entre la sage-femme et sa patiente.

L'histoire familiale, ancrage fondamental, est abordé par plusieurs sages-femmes *« je pose en gros à peu près les mêmes questions sur la famille, la relation avec leur père, leur mère »* (SF 1). Nous pouvons nous interroger ensuite sur la manière donc le discours de la sage-femme sera adapté en fonction du contexte familial de la patiente ?

Une partie importante de l'EPP repose sur le vécu de la grossesse, le projet parental, il permet de se projeter dans l'accouchement et l'arrivée du bébé : *« ça me permet de voir quel était le projet de grossesse [...] savoir comment elles préparent l'arrivée du bébé, si elles ont déjà imaginé le retour à la maison »* (SF 3).

La relation de couple et le mode de vie sont également abordés : *« On parle du couple, de leur mode de vie, de l'après, de leurs peurs... »* (SF 4). La situation de la patiente, son logement, ses ressources sont abordées afin de comprendre ses conditions de vie matérielles et sociales qui auront certainement une influence importante sur le bien-être de la famille : *« On va vraiment faire le tour de comment ça va [...] comment ça se passe avec les autres enfants, vous habitez où ? »* (SF 5). La question du psychique est également abordé : *« Les troubles psychiques, j'en parle aussi en systématique »* (SF 6).

Nous pouvons ici nous interroger sur la manière dont sont ensuite traitées les informations, quelle grille de lecture utilisent les sages-femmes dans leur dépistage ? Comment traduisent-elles les récits des patientes en facteur de risque, en difficulté ou en vulnérabilité ?

Nous pouvons imaginer que les patientes qui sont moins à l'aise verbalement et moins enclins à se confier risquent une fois de plus de ne pas tirer pleinement profit de cet entretien. Les modalités de l'EPP sont-elles adaptées à chaque patiente, chaque situation ? (Barrières culturelles, linguistiques, solitude, précarité...) Cela explique entre autres que l'EPP, bien qu'obligatoire, soit très peu réalisé en réalité. (*Cour des comptes*)

La **présence ou non du conjoint** a été évoqué dans le cadre de l'EPP par 6 sages-femmes. Celle-ci peut être perçue à la fois comme un atout et une contrainte, selon la dynamique de couple et l'implication

paternelle. Quatre sages-femmes ont évoqué la présence du père de manière positive « *Ben j'essaye de leur dire de venir au moins à l'entretien* » (SF 1).

En effet, le suivi de la grossesse étant principalement centré sur la mère, l'EPP constitue une opportunité d'intégrer le père et de le rendre acteur du projet parental. Au cours de la grossesse, le père subit également des transformations psychiques et réalisent un cheminement visant à rendre « concrète » l'arrivée du bébé, processus pouvant prendre du temps. Cela peut être favorisé et encouragé par la participation et l'implication du père durant le suivi de grossesse. (Boiteau et al.)

Dans certains cas, la participation paternelle va être perçue comme positive car il représente un témoin privilégié, pouvant exprimer des inquiétudes concernant sa compagne (si elle cherchait à les minimiser par exemple) : « *C'est surtout à l'entretien prénatal, souvent avec le conjoint, que voilà, des fois c'est même le conjoint qui va me dire bah voilà, je la trouve particulièrement stressée ou elle en fait trop et là effectivement ça donne des petites pistes aussi éventuelles.* » (SF 7).

La rencontre avec le conjoint peut également donner de précieuses indications à la sage-femme sur la dynamique de couple ainsi que sur le climat émotionnel à la maison.

A l'inverse, certaines femmes peuvent se censurer et minimiser leurs ressentis en présence du conjoint comme l'exprime la sage-femme 3 : « *c'est aussi le moment où il y a leur conjoint justement et souvent il y a un peu un jeu de paraître et tout ça vis-à-vis du conjoint* ».

Certaines sages-femmes semblent donc considérer qu'il est important d'aborder des sujets sensibles en tête à tête avec la patiente, selon la situation : « *Des troubles psychiques, j'en parle aussi en systématique, plus ou moins parce que si la patiente, elle est accompagnée de son compagnon, ça dépend, ça dépend des situations quoi...* » (SF 6). Il semble alors nécessaire d'être attentif aux mises en scènes de couple, un biais potentiel. La sage-femme devra donc repérer ces phénomènes et aller au-delà du discours socialement attendu.

Dans le cas des violences conjugales par exemple, il semble évident que le dépistage sera difficile en présence du conjoint. Toutefois, ces questionnements doivent être abordés au cours de la période prénatale, comme le préconise l'OMS. (OMS)

4.7 L'expérience professionnelle de dépistage des sages-femmes

Dans cette partie, nous allons aborder **la confrontation des sages-femmes à des situations de dépression ou de troubles anxieux**. L'analyse a révélé que plusieurs sages-femmes se considéraient peu ou pas confrontées à des troubles anxieux ou dépressifs au cours de la grossesse : « *Je n'ai pas eu de cas où je me suis dit, ouais, là faudrait intervenir faudrait vraiment mettre des liens en place.* » (SF 4) « *pour des patientes qui peuvent avoir des soucis psychiques liés vraiment à la grossesse je n'ai pas encore vraiment eu le cas d'un dépistage pendant la grossesse.* » (SF 3).

Cela peut interroger : Les troubles anxieux et dépressifs sont-ils trop souvent sous-diagnostiqués ? Est-il possible que la non-verbalisation des patientes sur ces symptômes biaise la perception des sages-femmes sur la fréquence réelle de ces troubles ? En effet, la plupart des recherches s'accordent aujourd'hui à dire que la prévalence de la dépression prénatale serait de 10 à 20%, cela impliquerait une confrontation fréquente des sages-femmes à celle-ci, contrairement à ce que nous avons soulevé des entretiens. (Austin & Lumley)

Cela pourrait être dû à plusieurs causes, évoquées précédemment, telles que la **minimisation des symptômes par les patientes**, la peur du jugement ou bien le **manque de connaissances ou d'utilisation d'outils systématique** de repérages par les sages-femmes.

Les sages-femmes sont-elles suffisamment sensibilisées à la fréquence réelle de ces troubles ? L'utilisation d'outils de dépistage standardisés pourrait-il compenser le manque de verbalisation de certaines patientes ? Certains témoignages suggèrent un retard dans l'expression des symptômes « *Mais pendant la grossesse, surtout en fin de grossesse, j'ai eu des cas vraiment où elles m'ont lâché sur la dernière consultation de grossesse.* » (SF 7).

Nous avons vu précédemment qu'il existe des freins au dépistage et à la réorientation des patientes, pouvant également venir interférer dans un dépistage efficace.

Comment encourager une expression plus précoce du mal-être ? Faudrait-il réaliser une plus grande sensibilisation, intégrer un module d'information sur la santé mentale périnatale dans les cours de préparation à la naissance ? Actuellement, les cours sont souvent focalisés sur des aspects pratiques et physiques (contractions, accouchement, allaitement). Serait-il bénéfique d'introduire un volet psychologique afin de permettre aux patientes de reconnaître plus facilement les signes de détresse ?

5 Conclusion

Les troubles de la santé mentale périnatale constituent un enjeu majeur de santé publique touchant un nombre significatif de femmes. Les sages-femmes occupent une place centrale face à cette problématique, en réalisant des dépistages précoces des troubles au cours du suivi de grossesse. Cette mission de dépistage est abordée de manières différentes chez les différentes sages-femmes et c'est ce que ce mémoire a voulu mettre en lumière, révélant ainsi une grande diversité de pratiques ainsi que des défis persistants.

L'analyse des entretiens a mis en avant l'importance de la qualité des relations établies avec les patientes, la régularité du suivi et des questions ouvertes sur le moral et le bien être ou encore sur le vécu de la grossesse. Cela constitue une porte d'entrée essentielle vers une parole authentique. Les sages-femmes interrogées témoignent de l'importance de créer un espace sécurisant pour les patientes, condition nécessaire à la révélation d'un mal être psychique. La question du moral est intégrée rapidement dans le suivi, dès les premières consultations à travers des questionnements bienveillants afin de permettre aux patientes de se sentir écoutées.

Toutefois, plusieurs freins ont été identifiés tel que le manque de temps au cours des consultations, la charge émotionnelle importante, les contraintes financières liées au mode d'exercice libéral, ou encore l'insuffisance des relais vers des professionnels de la santé mentale. En effet, la réorientation vers des soins spécialisés apparaît complexe, soulignant l'importance d'une politique de santé périnatale intégrant pleinement la dimension psychologique. Cela crée une tension entre le rôle des sages-femmes dans le repérage précoce et les moyens disponibles pour agir.

Certaines sages-femmes semblent adapter leur pratique avec l'expérience, affinant leur posture et construisant progressivement leur manière d'aborder la santé mentale, adaptée aux patientes qu'elles ont en face d'elles.

Les outils standardisés tel que les questionnaires de dépistage semblent peu intégrés dans la pratique quotidienne, perçus comme impersonnels ou inadaptés parfois. Ils semblent être utilisés avec prudence et réservés à des situations ciblées.

Ce mémoire rappelle que le dépistage peut s'aider d'outils mais ne peut être réduit à un acte technique, il s'inscrit dans une écoute, un contexte, une relation. Il engage la sage-femme dans une

posture d'accueil, de présence, qui nécessite des qualités humaines, de la réflexion ainsi que des remises en question. Il met en évidence la richesse des pratiques mises en place au quotidien par les sages-femmes dans l'accompagnement des patientes ainsi que les freins qu'elles peuvent rencontrer et rappelle l'importance d'outiller les sages-femmes avec des formations continues, un réseau de soin fiable et solide, un temps suffisant pour le suivi global.

L'analyse de ces entretiens ouvre des pistes de recherche concernant l'intégration d'outils plus souples et plus adaptés au cadre relationnel et l'importance d'insister au cours de la formation initiale sur le sentiment de légitimité des sages-femmes à intervenir dans le champ psychique.

Rappelons que l'enjeu de ce dépistage est non seulement de repérer et prendre en charge des troubles psychiques chez la mère, mais aussi de diminuer les possibles impacts de la dépression périnatale sur le développement de l'enfant et de favoriser l'établissement des interactions précoces parent-enfant

6 Références bibliographiques

2021_10_parcours_soin_psychiatrie.pdf. (s. d.). Consulté 4 mars 2025, à l'adresse
https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2021/2021_10_parcours_soin_psychiatrie.pdf

2721_isolement_social_solitude_parents_grossesse_petite_enfance.pdf. (s. d.). Consulté 13 mars 2025, à l'adresse
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2721_isolement_social_solitude_parents_grossesse_petite_enfance.pdf

Arefadib, N., Cooklin, A., & Shafiei, T. (2022). Barriers and enablers to postpartum depression and anxiety screening : A qualitative study of Victorian maternal and child health nurses' practices. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e5434-e5444.
<https://doi.org/10.1111/hsc.13966>

the Community, 30(6), e5434-e5444. <https://doi.org/10.1111/hsc.13966>

Article L2122-1—Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). Consulté 19 janvier 2025, à l'adresse
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044628790

Austin, M.-P., & Lumley, J. (2003). Antenatal screening for postnatal depression : A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(1), 10-17. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.02024.x>

Bhusal, B. R., Bhandari, N., Chapagai, M., & Gavidia, T. (2016). Validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for postpartum depression in Kathmandu, Nepal. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0102-6>

- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016a). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression : A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62-77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016b). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression : A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62-77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Boiteau, C., Apter, G., & Devouche, E. (2019). À l'aube de la paternité... Une revue du vécu des pères pendant la période périnatale. *Devenir*, 31(3), 249-264. <https://doi.org/10.3917/dev.193.0249>
- Burgoon, J. K. (s. d.). *Communication non verbale*. <https://doi.org/10.4324/9781003095552>
- Byatt, N., Simas, T. A. M., Lundquist, R. S., Johnson, J. V., & Ziedonis, D. M. (2012). Strategies for improving perinatal depression treatment in North American outpatient obstetric settings. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 33(4), 143-161. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.728649>
- Cartier, É. (s. d.). *Dépression pendant la grossesse. Quels outils de dépistage pour les professionnels?*
- Collière, M.-F. (1982). *Promouvoir la vie : De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*.
- Croskerry, P., Abbass, A., & Wu, A. W. (2010). Emotional Influences in Patient Safety. *Journal of Patient Safety*, 6(4), 199. <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3181f6c01a>
- Dépression maternelle : Incidence sur le développement de l'enfant | Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. (2024, janvier 10). <https://www.enfant-encyclopedie.com/depression-maternelle/selon-experts/incidence-de-la-depression-perinatale-sur-le-developpement-des>
- DGS_Céline.M, & DGS_Céline.M. (s. d.). *L'entretien prénatal précoce*. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Consulté 17 mars 2025, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/1000jours/EPP>
- Documents | Cour des comptes*. (s. d.). Consulté 19 janvier 2025, à l'adresse <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/69727>

Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles. (s. d.). Consulté 2 octobre 2024, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>

Fuglestein, B., Fredagsvik, K. V., & Pajalic, Z. (2023). Midwives' descriptions of strategies and requirements when following up pregnant women at risk of developing perinatal depression—A qualitative study. *Journal of Health Sciences*, 13(1), Article 1. <https://doi.org/10.17532/jhsci.2023.2052>

Gearain, M. (2024). *Pathologies psychiatriques en obstétrique.*

Hac.pdf. (s. d.). Consulté 21 février 2025, à l'adresse <https://sites.pitt.edu/~jeffcohn/biblio/hac.pdf>

Hanson, M., Hellem, T., Alexander-Ruff, J., & Newcomer, S. R. (2024). Systematic Review of Barriers to and Facilitators of Screening for Postpartum Depression at Well-Child Visits in the United States. *Nursing for Women's Health*, 28(3), 213-221. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2023.11.009>

Icm-competencies-fr-screens-28-oct-2019-final.pdf. (s. d.). Consulté 5 mars 2025, à l'adresse <https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/icm-competencies-fr-screens-28-oct-2019-final.pdf>

Lang, E., Colquhoun, H., LeBlanc, J. C., Riva, J. J., Moore, A., Traversy, G., Wilson, B., & Grad, R. (2022). Recommandation sur l'utilisation d'instruments de dépistage de la dépression durant la grossesse et la période postnatale. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 194(28), E1000-E1009. <https://doi.org/10.1503/cmaj.220290-f>

Mccauley, K., Elsom, S., Muir-Cochrane, E., & Lyneham, J. (2011). Midwives and assessment of perinatal mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(9), 786-795. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01727.x>

Meunier, S. (s. d.). *Le dépistage de la dépression du post-partum par l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Enquête auprès de 52 médecins généralistes Haut-Normands sur l'intérêt et l'utilisation pratique de cet outil.*

Mo_fatiguegenerale_ssmgbe_nm.pdf. (s. d.). Consulté 13 mars 2025, à l'adresse https://membres.qietsang.ca/wp-content/uploads/2008/04/mo_fatiguegenerale_ssmgbe_nm.pdf

Molénat, F., Toubin, R. M., Chanal, C., & Boulot, P. (s. d.). *Peut-on prévenir la dépression maternelle périnatale ?*

Nanzer, N., & Righetti-Veltema, M. (2009). Le DAD’P : Un outil simple pour le dépistage anténatal du futur risque de dépression du postpartum. *Rev Med Suisse*, 191(7), 395-401.

Noonan, M., Jomeen, J., Galvin, R., & Doody, O. (2018). Survey of midwives’ perinatal mental health knowledge, confidence, attitudes and learning needs. *Women and Birth*, 31(6), e358-e366. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.02.002>

Outil_12_ecoute_active.pdf. (s. d.). Consulté 21 février 2025, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/outil_12_ecoute_active.pdf

PCMCH-Care-Pathway-for-the-Management-of-Perinatal-Mental-Health_23July2021.pdf. (s. d.). Consulté 21 février 2025, à l'adresse https://www.pcmch.on.ca/wp-content/uploads/PCMCH-Care-Pathway-for-the-Management-of-Perinatal-Mental-Health_23July2021.pdf

Rapport-1000-premiers-jours.pdf. (s. d.). Consulté 18 janvier 2025, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>

Reco411_grossesse_vulnerabilite_recommandations_cd_2024_01_11_vd.pdf. (s. d.). Consulté 18 janvier 2025, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-02/reco411_grossesse_vulnerabilite_recommandations_cd_2024_01_11_vd.pdf

Referentiel.pdf. (s. d.). Consulté 3 avril 2025, à l'adresse <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Referentiel.pdf>

Richard, C., & Lussier, M.-T. (2020). *La com20230703_Ref_Violences_Conjugales_VD (1).pdf*. (s. d.). Consulté 19 mai 2025, à l'adresse [https://www.perinatalite-occitanie.fr/sites/rpo/files/upload/LeReseau/20230703_Ref_Violences_Conjugales_VD%20\(1\).pdf](https://www.perinatalite-occitanie.fr/sites/rpo/files/upload/LeReseau/20230703_Ref_Violences_Conjugales_VD%20(1).pdf)

- Andersen, C. G., Thomsen, L. L. H., Gram, P., & Overgaard, C. (2023). « It's about developing a trustful relationship' : A Realist Evaluation of midwives » relational competencies and confidence in a Danish antenatal psychosocial assessment programme. *Midwifery*, 122, 103675. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103675>
- Guillou, B. (s. d.). *Dépistage des violences conjugales pendant la grossesse : Étude de faisabilité du questionnaire WAST -fr en consultation ambulatoire pendant la grossesse en Gironde*.
- Perception biaisée des troubles psychiatriques*. (s. d.). JIM. Consulté 19 mai 2025, à l'adresse <https://www.jim.fr/viewarticle/perception-biais%C3%A9-des-troubles-psychiatriques-2024a1000iyv>
- Preparation_naissance_recos.pdf*. (s. d.). Consulté 18 mai 2025, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
- SPF. (s. d.). *Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (Woman Abuse Screening Tool)*. Consulté 19 mai 2025, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/import/validation-de-la-version-francaise-d-un-outil-de-depistage-des-violences-conjugales-faites-aux-femmes-le-wast-woman-abuse-screening-tool>
- Standal, M. I., Foldal, V. S., Hagen, R., Aasdahl, L., Johnsen, R., Fors, E. A., & Solbjør, M. (2021). Health, Work, and Family Strain – Psychosocial Experiences at the Early Stages of Long-Term Sickness Absence. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.596073>
- Communication professionnelle en santé. *Journal de l'hypnose et de la santé intégrative*, 12(3), 33-44.
- Simone N. Vigod Benicio N. Frey. (2024). *Vers de meilleurs soins en santé mentale périnatale*. 46(10). <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2024.102681>
- Tisseron, S. (2020). Comment développer l'empathie chez les soignant(e)s et les étudiant(e)s en santé ? *Médecine des Maladies Métaboliques*, 14(7), 621-625. <https://doi.org/10.1016/j.mmm.2020.09.006>

Vasseur, A., & Cabié, M.-C. (2005). La relation de confiance fondement de la résilience en psychiatrie.

Recherche en soins infirmiers, 82(3), 43-49. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0043>

WHO_RHR_13.10_fre.pdf. (s. d.). Consulté 21 février 2025, à l'adresse

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/88186/WHO_RHR_13.10_fre.pdf

Zeng, Y., Cui, Y., & Li, J. (2015). Prevalence and predictors of antenatal depressive symptoms among

Chinese women in their third trimester : A cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*, 15, 66.

<https://doi.org/10.1186/s12888-015-0452-7>

7 Annexes

7.1 Annexe 1 : Résumé des données socio démographiques des participantes avec prénoms anonymisés

	Tranche d'âge	Année de diplôme	Nombre d'années d'exercice	Formations reçues	Mode d'exercice	Autre
SF 1	25 35 ans	2023	1 an	-Winner flow -Portage bébé	Libéral dès la sortie de diplôme	
SF 2	40 50 ans	2007	18 ans	-Master en management et périnatalité -Gynécologie -Troubles anxieux et dépressifs pendant la grossesse -Suivi du nouveau-né	Hospitalier de 2007 à 2022 Libéral depuis 2022	
SF 3	25 35 ans	2019	5 ans	-Gynécologie	Libéral dès la sortie de diplôme	Etudes réalisées en Belgique
SF 4	20 30 ans	2001	3 ans	-Rééducation du périnée -Gynécologie -Acupuncture -Pratique des IVG -Tabacologie	Libéral dès la sortie de diplôme	
SF 5	25 35 ans	2018	6 ans	-Thérapie cellulaire -Gynécologie -Contraception	Hospitalier de 2018 à 2023	

					Libéral depuis 2023	
SF 6	25 35 ans	2013	11 ans	-DU de médecine humanitaire -DU d'échographie -Hypnose	Hospitalier de 2013 à 2022 PMI depuis 2022	Sage-femme ayant fait une dépression du post- partum
SF 7	30 – 40 ans	2015	9 ans	-Rééducation périnéale -Formation Bernadette De Gasquet -Stop aux violences sexuelles -Formation de sexologie -Préparation à la naissance en piscine	Hospitalier de 2015 à 2017 Libéral depuis 2017	
SF 8	25 35 ans	2017	8 ans	-Addictologie Périnatalité et psycho traumas -Violences conjugales	Hospitalier de 2017 à 2018 PMI depuis 2018	

© Dots - Direction de la Communication • Impression : Imprimerie Départementale

ÉCHELLE EPDS

Edinburgh Post-Partum Depression Scale

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

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

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

- 0 - Autant que d'habitude
- 1 - Plutôt moins que d'habitude
- 2 - Vraiment moins que d'habitude
- 3 - Pratiquement pas

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

- 3 - Oui, la plupart du temps
- 2 - Oui, parfois
- 1 - Pas très souvent
- 0 - Non, jamais

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.

- 0 - Non, pas du tout
- 1 - Presque jamais
- 2 - Oui, parfois
- 3 - Oui, très souvent

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons*.

- 3 - Oui, vraiment souvent
- 2 - Oui, parfois
- 1 - Non, pas très souvent
- 0 - Non, pas du tout

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

- 3 - 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
- 1 - Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- 0 - 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*.

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

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse*.

- 3 - Oui, la plupart du temps
- 2 - Oui, très souvent
- 1 - Pas très souvent
- 0 - Non, pas du tout

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

- 3 - Oui, la plupart du temps
- 2 - Oui, très souvent
- 1 - Seulement de temps en temps
- 0 - Non, jamais

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

- 3 - Oui, très souvent
- 2 - Parfois
- 1 - Presque jamais
- 0 - Jamais

Risque de dépression du Post-Partum

La (future) maman remplit le questionnaire par elle-même sans influence extérieure. Le professionnel peut l'aider si elle a un problème de compréhension.

Scores

Plus le score est élevé, plus le risque de dépression est important.
Un score supérieur ou égal à 11 révèle une dépression possible.
Un score inférieur à 10 signifie qu'une dépression est très peu probable.
Se référer à l'arbre décisionnel.


Score :

Traduction française :

Guédény N, Fermanian J. (1998). Validation Study of the French version of the EPDS : new results about use and psychometric properties. Eur Psychiatry, 13 : 83-9.

Version originale :

Cox J. L, Holden J. M, Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression : Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J of Psychiatry, 150 : 782-786

 **Moselle**
Le Département

© Dpt57 - Direction de la Communication - Impression : Imprimerie Départementale

ÉCHELLE DAD-P

Dépistage Anténatal du risque de Dépression Post-Partum

1. Avez-vous des démangeaisons ?

- 1 - Oui, beaucoup
- 0 - Oui, moyennement
- 0 - Oui, un peu
- 0 - Non, pas du tout

2. Est-ce que vous vous reprochez des choses ?

- 1 - Oui, souvent
- 0 - Oui, moyennement
- 0 - Oui, un peu
- 0 - Non, pas du tout

3. Avez-vous des douleurs à la partie inférieure du dos ?

- 1 - Oui, beaucoup
- 0 - Oui, moyennement
- 0 - Oui, un peu
- 0 - Non, pas du tout

4. Avez-vous un sentiment de solitude ?

- 3 - Oui, beaucoup
- 2 - Oui, moyennement
- 1 - Oui, un peu
- 0 - Non, pas du tout

5. Avez-vous l'impression que les autres ne vous comprennent pas ou qu'ils ne vous montrent pas de sympathie ?

- 1 - Oui, beaucoup
- 1 - Oui, moyennement
- 1 - Oui, un peu
- 0 - Non, pas du tout

6. Avez-vous du mal à vous endormir ou à rester endormie ?

- 1 - Oui, beaucoup
- 0 - Oui, moyennement
- 0 - Oui, un peu
- 0 - Non, pas du tout

Score :

L'échelle est positive si le score est égal ou supérieur à 3.

Questions supplémentaires :

7. Pleurez-vous facilement ?

- 1 - Oui, beaucoup
- 1 - Oui, moyennement
- 0 - Oui, un peu
- 0 - Non, pas du tout

8. Avez-vous suivi ou pensez-vous suivre des séances de préparation à la naissance avec une sage-femme pour cette grossesse-ci ?


- 0 - Oui
- 1 - Non, mais je l'ai fait pour une grossesse précédente
- 1 - Non

La partie supplémentaire est positive si les deux réponses sont positives.

Risque de dépression du Post-Partum
Le DAD-P est positif si l'échelle est positive ou si les deux questions supplémentaires sont positives, si le DAD-P est positif, la femme est à risque de développer une dépression du Post-Partum. Se référer à l'arbre décisionnel.

Conception et validation du DAD-P :
Righetti-Veltoma M, Conne-Perréard E, Manzano J. et al. Construction et validation multicentrique d'un questionnaire prépartum de dépistage de la dépression post-partum. Psychiatr Enf 2007 ; 49 : 513-41

Publication du questionnaire :
Nanzer N, Righetti-Veltoma M. (2009). Rev Med Suisse, 5 : 395-401

 **Moselle**
Le Département

7.4 Annexe 4 : Synopsis

Diplôme d'Etat de Sage-Femme Faculté de médecine et de maïeutique Charles Mérieux Site Bourg en Bresse

Auteur : Mathilde Pradelle

Date de ce synopsis : 29/01/2024

Directeur de recherche (nom, qualification) : Sage-femme ou psychologue spécialisée dans la périnatalité
envisagé confirmé

Titre : Comment les sage-femmes réalisent-elles le dépistage des troubles anxio-dépressifs maternels pendant la grossesse ?

Constat / Justification / Contexte / Problématique :

Face à l'importance croissante que l'on accorde à la santé mentale périnatale, j'aimerais étudier la gestion des sage-femmes dans le dépistage de la dépression et de l'anxiété.

Existe-t-il la mise en place de certains outils ? Quels facteurs de risques et symptômes sont pris en compte dans le dépistage ? Les sage-femmes jouent un rôle crucial dans ce dépistage des troubles psychologiques qui se sentent pourtant parfois plus armées sur le versant médical. Comment se sont-elles appropriées le versant psychologique et quels sont les principaux défis qu'elles rencontrent lors de ce dépistage ? Le dépistage est-il orienté différemment pour les femmes ayant des facteurs de risque de dépression/d'anxiété ?

Les dépressions maternelles durant la période prénatale peuvent avoir un fort impact sur le lien précoce mère-bébé, ce qui rend très important leur dépistage précoce. (1)

Cadre conceptuel, données de la littérature : Psychologique

Contexte :

- Importantes modifications identificatoires au cours de la période périnatale, réorganisation psychique, crise maturative permettant de préparer l'arrivée du bébé et de se réorganiser afin de devenir mère. (2)
- Préoccupation maternelle primaire, transparence psychique : réactivation du passé.
- Existence d'une « grossesse psychique » pouvant amener la mère à traverser des crises identitaires, psychologiques (identification à ses propres parents, disparition de certaines barrières entre le conscient et l'inconscient). La période périnatale est propice à l'apparition ou à l'aggravation de troubles psychiques tels que la dépression ou l'anxiété. (3)
- Recommandation de la HAS afin d'améliorer le repérage, l'évaluation des troubles psychiques. (information des patientes sur l'importance de leur sécurité émotionnelle, dépister précocement les difficultés psychiques, repérer les facteurs de risques, les symptômes, mise en place de l'entretien individuel ou en couple du 4^{ème} mois)

Objectif(s) de recherche :

- *Principal* : étudier les différentes approches adoptées par les sage-femmes pour dépister les troubles psychologiques durant la grossesse.
- *Secondaire* :

Méthodologie / Schéma de la recherche :

Qualitatif Quantitatif

Trame d'entretien si recherche qualitative :

- **Comment intégrez-vous la dimension psychologique dans votre pratique quotidienne en tant que sage-femme ?**
- Pratiquez-vous l'entretien du 4^{ème} mois ?
- Avez-vous l'impression d'avoir les outils nécessaires pour le dépistage de ces troubles ?
- Cherchez-vous à repérer certains signaux d'alertes en particulier afin de faciliter le dépistage ?

Hypothèse (nulle ou alternative si recherche quantitative) :

Critères de jugement si recherche quantitative

Population cible et modalités de recrutement : Sage-femmes réalisant du suivi anténatal.

Recrutement de sage-femmes récemment installées ainsi que des plus anciennes afin d'avoir plusieurs points de vue en fonction de l'expérience.

Critères d'inclusion :

- Sage-femme assurant du suivi prénatal

7.5 Annexe 5 : Note d'information préalable



Note d'information

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'étude intitulée « Comment les sages-femmes réalisent elles le dépistage des troubles anxio-dépressifs maternels pendant la grossesse ? », nous vous informons que vos données feront l'objet d'un traitement aux fins de la recherche.

Le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse est le promoteur de cette étude réalisée dans le cadre du mémoire de fin d'étude de Mathilde Pradelle étudiante sage-femme en 5^{ème} année.

L'objectif de cette étude est : étudier les différentes approches adoptées par les sages-femmes pour dépister les troubles psychologiques durant la grossesse.

La participation à l'étude consiste à réaliser des entretiens qualitatifs auprès de sages-femmes réalisant du suivi de grossesse.

Le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse accorde une importance toute particulière à la protection de vos données personnelles et de vos droits, dans le respect du cadre légal posé par le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et par la Loi Informatique et Libertés (Loi n°78-17).

Dans le cadre de cette recherche fondée sur l'intérêt public, vous pouvez refuser de participer à cette recherche ou retirer votre acceptation de participation à tout moment.

Les informations seront conservées de façon dématérialisée et/ou sous format papier dans des conditions strictes de sécurité et de confidentialité, afin d'effectuer les démarches nécessaires à cette recherche, pendant une durée maximale de 2 ans. Dans le cadre de la recherche entreprise, vos données pourront être analysées, croisées et publiées sous la forme de statistiques anonymes.

Le responsable du traitement des données est le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse. Le Délégué à la protection des données du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire Bresse Haut-Bugey, est votre interlocuteur pour exercer vos droits (accès, effacement, limitation, opposition). Vous pouvez le contacter par email à l'adresse dpo@ght01.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits sur vos données ne sont pas respectés, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL : <https://www.cnil.fr/>

SITE de FORMATION MAÏEUTIQUE / SAGES-FEMMES
UFR Médecine Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux
CENTRE HOSPITALIER FLEYRIAT
900 route de Paris - CS 90401
01012 BOURG-EN-BRESSE Cedex

7.6 Annexe 6 : Lettre d'information à destination des participants

Lettre d'information à destination des participants

Actuellement étudiante en école de sage-femme à Bourg-en-Bresse, en 5^{ème} année je réalise mon mémoire de fin d'étude de sage-femme sur le thème de la santé mentale durant la grossesse.

Pour cela je suis à la recherche de sage-femme réalisant du suivi de grossesse.

Déroulement de l'étude : Je réaliserai des entretiens en personne, en visioconférence ou bien par téléphone selon vos préférences et vos disponibilités. Il s'agira d'entretiens guidés par une trame de questions afin d'ouvrir la discussion sur ce sujet et de vous laisser vous exprimer le plus librement possible.

Enregistrement des entretiens : Je vous demanderai en début d'entretien votre non-opposition orale à votre participation à cette étude et au fait d'être enregistré(e) pour faciliter l'analyse. Les enregistrements seront détruits après retranscription et vérification des données.

Confidentialité : Toutes les informations recueillies durant cette étude seront confidentielles. Les données seront anonymisées, et ne contiendront aucun renseignement permettant de vous identifier.

Si vous avez des questions concernant ce projet vous pouvez me contacter à tout moment. Si vous acceptez de participer, il vous sera demandé de signer un formulaire de consentement préparé à cet effet.

Votre participation est indispensable pour la réalisation de mon enquête et le bon déroulement de mon mémoire, je vous remercie sincèrement de prendre le temps de considérer cette invitation et j'espère pouvoir collaborer avec vous dans le cadre de cette recherche.

Contact : Mathilde Pradelle

Mail : mathilde.pradelle@etu.univ-lyon1.fr

Téléphone : 06 21 43 60 16

Cordialement,

Mathilde Pradelle

7.7 Annexe 7 : Trame d'entretien

Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel jusqu'à aujourd'hui ?

→ *Quelles éventuelles formations complémentaires avez-vous suivies au cours de votre carrière ?*

Comment se déroule généralement une consultation de suivi de grossesse dans votre pratique ?

→ *Avec l'expérience, avez-vous remarqué une évolution dans la manière dont vous menez ces entretiens ?*

→ *Y a-t-il des thématiques que vous abordez systématiquement avec les patientes ?*

Abordez-vous la question de la santé mentale au cours du suivi prénatal ?

→ *Y a-t-il un moment particulier au cours du suivi que vous jugez propice pour évoquer cette dimension ?*

→ *Comment vous sentez-vous face à l'idée de dépister une éventuelle détresse psychologique ?*

Avez-vous été confrontée à des situations où une patiente présentait une détresse psychologique pendant la grossesse ?

→ *Quelles difficultés avez-vous pu rencontrer dans ce type de situation ?*

→ *Quelles ressources (personnelles, institutionnelles, en réseau) mobilisez-vous alors ?*

Pensez-vous que votre formation initiale vous a suffisamment préparée à aborder la santé mentale périnatale dans votre pratique quotidienne ?

→ *Quelles améliorations ou compléments de formation vous sembleraient utiles ?*

7.8 Annexe 8 : Le questionnaire WAST

Figure

Version française du WAST, questionnaire de dépistage des violences conjugales

Questionnaire WAST

Ces questions portent sur les 12 derniers mois.

1. En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ?

- ☐ Très tendue ☐ Assez tendue ☐ Sans tension

2. Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ?

- ☐ Très difficilement ☐ Assez difficilement ☐ Sans difficulté

3. Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaissée ou que vous vous sentez dévalorisée ?

- ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

4. Les disputes avec votre conjoint se terminent-elles par le fait d'être frappée, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussée (bousculée) ?

- ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

5. Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?

- ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

6. Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraitée physiquement ?

- ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

7. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?

- ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

8. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?

- ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

WAST : *Woman Abuse Screening Tool*.

8 Résumé :

Auteur : PRADELLE Mathilde	Diplôme d'État de Sage-Femme
Titre : Le dépistage de la dépression et des troubles anxieux durant la grossesse par les sages-femmes	
Résumé : Introduction : Bien que souvent perçue comme une période de bonheur, la grossesse peut être marquée par des troubles psychiques sous-estimés, rendant essentiel le rôle des sages-femmes dans le dépistage et la prise en charge de la dépression et de l'anxiété périnatales, malgré divers freins personnels et organisationnels. Objectif : Étudier les différentes approches utilisées par les sages-femmes libérales et territoriales pour dépister les troubles anxieux et dépressif au cours de la grossesse. Méthode : Étude qualitative, multicentrique, au moyen d'entretiens semi-dirigés auprès de 8 sages-femmes réalisant du suivi prénatal. Résultats et discussion : Le dépistage des troubles anxieux et dépressifs nécessite la mise en place d'une relation de confiance entre la sage-femme et la patiente, nécessitant du temps et des compétences relationnelles. Cependant, ce dépistage se heurte à de nombreux obstacles : Manque de temps et de relais professionnel, formation insuffisante, minimisation et banalisation des difficultés psychiques, peur du jugement ou de la stigmatisation. Conclusion : Cette étude met en lumière la diversité des pratiques de dépistage des troubles psychiques périnataux par les sages-femmes. Il souligne l'importance de la relation de soin, les freins rencontrés sur le terrain, et la nécessité d'un meilleur accompagnement formatif et structurel afin de répondre à cet enjeu majeur de santé publique.	
Mots clés : Sage-femme - santé mentale – dépistage - dépression anténatale – Troubles anxieux	

Title : Midwifery screening for depression and anxiety disorders during pregnancy
Introduction : Although often perceived as a period of happiness, pregnancy can be marked by underestimated psychological disorders, making the role of midwives in the screening and management of perinatal depression and anxiety essential, despite various personal and organizational obstacles. Objective : To study the different approaches used by liberal and territorial midwives to screen for anxiety and depressive disorders during pregnancy. Method : Qualitative, multicentric study using semi-structured interviews with 8 midwives providing antenatal care. Results and discussion : Screening for anxiety and depressive disorders requires the establishment of a trusting relationship between the midwife and the patient, requiring time and interpersonal skills. However, this screening process comes up against a number of obstacles: lack of time and professional support, inadequate training, minimization of psychological difficulties, fear of judgment or stigmatization. Conclusion: This study highlights the diversity of screening practices for perinatal psychological disorders by midwives. It highlights the importance of the care relationship, the obstacles encountered in the field, and the need for better training and structural support in order to meet this major public health challenge.