

SOMMAIRE

Liste des abréviations

INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODE	4
RESULTATS	5
A. Connaissances des sages-femmes.....	5
B. Troubles psychologiques.....	11
C. Formations.....	15
ANALYSE ET DISCUSSION	19
A. Validité de l'étude.....	19
1) Limites.....	19
2) Biais.....	19
B. Discussion.....	19
1) UME.....	19
2) Troubles psychologiques.....	23
a. Facteurs de risques.....	23
b. Contextes de dépistage.....	24
c. Orientations.....	25
3) Formations.....	29
CONCLUSION	32
BIBLIOGRAPHIE	34

ANNEXES

Annexe I : Outil de recueil des données : le questionnaire utilisé

Annexe II : Carte des Unités Mères-Bébés

Annexe III : Affiche de la Journée « portes ouvertes » de l'UPB de
Montfavet, le 15 mars 2018

Annexe IV : Argumentaire de la 29^e édition de la SISM

Annexe V : Edinburgh Postnatal Depression Scale Translation French

Liste des abréviations

ANDPC : Agence Nationale de Développement Professionnel Continu

ARS : Agence Régionale de Santé

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNOSF : Collège National de l'Ordre des Sages-Femmes

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DPC : Développement Professionnel Continu

EPP : Entretien Prénatal Précocité

GRE : Grossesses à Risques Elevés

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence-Alpes-Côte-d'Azur

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNL : Programmation Neuro-Linguistique

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PRADO : Programme de Retour à Domicile

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

SISM : Semaine d'Information de la Santé Mentale

UE : Unité d'Enseignement

UME : Unité mère-enfant

INTRODUCTION

L'histoire de l'hospitalisation conjointe mère-bébé a débuté dès 1920 en Grande-Bretagne lorsque la présence des mères fut acceptée auprès de leur enfant dans les services de pédiatrie. Elle s'est ensuite fondée sur des expériences britanniques des années 1950. En premier lieu, Main, un psychiatre et psychanalyste, prenant en charge des patientes névrosées, accepte qu'une patiente soit hospitalisée, accompagnée de son nouveau-né car elle ne trouvait personne pour le garder.

Par la suite, deux psychiatres poursuivent les expérimentations d'hospitalisation conjointe en utilisant des lits dans les services de psychiatrie générale en Grande-Bretagne et en France. Un troisième crée la première unité autonome en 1959 en Grande-Bretagne comportant 8 lits et débute une étude. Cette dernière comparait l'évolution des mères accompagnées de leur nouveau-né et celle des mères seules et il a été prouvé la pertinence des hospitalisations conjointes dans l'évolution de ces mères.

A la suite de ces expériences, le dispositif se développe en Angleterre. Et en 1985, une enquête est réalisée, qui dénombre 149 hôpitaux pratiquant l'hospitalisation conjointe, ce qui équivaut à 294 lits soit 5,8 lits pour 1 millions d'habitants. On compte pas moins de 1209 admissions par an, équivalent à 1,9 admissions pour 1000 naissances.

En France, la première unité voit le jour en 1979, à Créteil, au sein du secteur de psychiatrie infantile. Le développement de ces hospitalisations conjointes se poursuit dans le monde entier.

Actuellement en France, le nombre des unités mère-enfant subie une variation importante du fait des créations, des fermetures et des transformations de certaines unités. Aujourd'hui, il y a 11 unités composées de 3 à 8 lits et 6 unités composées de 2 lits. Ce qui représente 120 à 150 lits dyades. Il est possible d'obtenir plus d'information sur ces unités sur le site de la Société Marcé Francophone qui répertorie toutes les unités de France, de Belgique et du Luxembourg.(1) Beaucoup de professionnels dénoncent le nombre insuffisant

de lits disponibles. En effet, l'étude d'Elkin en Angleterre, estime les besoins à 5 lits dyades pour 1 millions d'habitants. N'ayant pas d'étude en France à ce sujet, les chiffres extrapolés à la population française établissent des besoins à 368 lits dyades.

Les objectifs principaux de ces unités sont :

- la prise en charge de la pathologie maternelle tout en redonnant à la mère confiance en ses capacités à l'égard de son enfant
- favoriser le bon développement psychique et physique de l'enfant, c'est-à-dire maintenir les interactions précoces avec la mère qui contribuent au lien d'attachement
- réduire les dysfonctionnements possibles des interactions mère-enfant afin de préserver un attachement sécure de l'enfant
- inclure le père dans la prise en charge, afin de favoriser les échanges dans la triade. (2)

De plus, les unités mère-enfant se sont développées en ayant comme support la circulaire de 1992 concernant les « *Orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents* » qui propose de développer de nouvelles approches en faveur des nourrissons.(3) Ces unités se sont fondées également à partir de plusieurs textes officiels comme le plan de psychiatrie et de santé mentale 2005-2008 dont un des objectifs était le développement de la collaboration médico-psychologique en périnatalité.(4) Ce plan complète la circulaire de 2005 sur « *La promotion des collaborations médico-psychologique en périnatalité* ».(5) Le plan de périnatalité 2005-2007 vient s'ajouter ici, de part son volet « *Humanité* » qui tend à une meilleure prise en charge de l'environnement psychologique de la grossesse.(6) De son côté, le plan de psychiatrie et de santé mentale 2011-2015 se consacre plutôt à la continuité des soins.

Comme le dit l'OMS, la santé est un état de bien-être physique, mental et social. La santé mentale des femmes ne doit donc pas être écartée pendant la

périnatalité. Lors du plan de psychiatrie et de santé mentale, le ministère des solidarités et de la santé a affirmé que « *la santé mentale est un enjeu de société et de santé publique majeur* ». (7)

Les sages-femmes sont les acteurs privilégiés de la périnatalité. En effet, d'après la Cours des comptes de 2011, elles peuvent assurer un suivi global des patientes, tout au long de la grossesse, de l'accouchement, du post-partum et du suivi gynécologique.

C'est pourquoi, pour toutes ces raisons, il a semblé pertinent de réaliser une étude sur les connaissances des sages-femmes au sujet des UME.

De ce fait la question de recherche est la suivante : « *Quel est l'état des connaissances des sages-femmes de Marseille et du département des Bouches-du-Rhône sur le dépistage et l'orientation des femmes nécessitant une hospitalisation en UME ?* »

L'objectif de ce travail est d'identifier les connaissances des sages-femmes sur le réseau de psychiatrie périnatale, le dépistage des troubles psychologiques et psychiatriques et l'orientation des femmes nécessitant des soins.

MATERIEL ET METHODE

Le questionnaire a été choisi comme outil de recueil des données. Il est constitué de huit questions :

- trois questions portant sur les UME, dont une question fermée, et deux questions préformées, afin d'évaluer les connaissances des sages-femmes sur ce sujet.
- une question ouverte portant sur les facteurs pouvant favoriser l'apparition de troubles psychiatriques, où les sages-femmes pouvaient se prononcer librement sans être influencées par des réponses préformées.
- une question préformée sur leur expérience professionnelle, en matière de dépistage des détresses psychologiques chez une patiente.
- trois questions, dont deux dichotomiques et une préformée, sur leur formation professionnelle, afin d'observer les besoins éventuels des sages-femmes sur le terrain. (**Annexe I**)

C'était une étude quantitative descriptive. Elle a été réalisée de juin à octobre 2017. La population étudiée était les sages-femmes exerçant dans les maternités de l'hôpital Nord, de l'hôpital de la Conception et de l'hôpital St Joseph à Marseille, ainsi que les sages-femmes des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et les sages-femmes libérales du département des Bouches-du-Rhône. La sélection des hôpitaux a été réalisée avec l'objectif de représenter le plus grand nombre de sages-femmes hospitalières du département et donc, en choisissant de grandes structures.

Pour les sages-femmes de l'hôpital Nord les questionnaires ont été mis à leur disposition dans les différents secteurs de la maternité. Cependant pour les sages-femmes de l'hôpital de la Conception et l'hôpital de St Joseph, la transmission s'est faite en ligne par le biais du site Google Forms. En effet, les sages-femmes coordinatrices de ces établissements avaient jugé cette méthode plus pertinente et plus efficace.

Pour les sages-femmes libérales, le mode de passation du questionnaire s'est également effectué en ligne, mais cela a nécessité, en amont, la recherche de leurs coordonnées sur le site du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). Il a été retenu seulement les sages-femmes libérales ayant une adresse mail valide et renseignée sur le CNOSF.

En ce qui concerne les sages-femmes des centres de PMI, le questionnaire leur a été transmis en version papier lors d'une réunion où elles étaient toutes présentes par le biais de leur sage-femme responsable, préalablement contactée.

Le questionnaire en ligne a donc été envoyé à 119 sages-femmes libérales et 175 sages-femmes hospitalières et le questionnaire version papier a été remis aux 32 sages-femmes de PMI du département et mis à disposition de 75 sages-femmes hospitalières. Ce qui fait une population cible de 401 sages-femmes.

De juin à octobre, une relance par mois a été faite soit par mail, soit par déplacement sur le lieu concerné.

Le nombre de questionnaires récoltés et retenus a été de 101.

Les données ont été saisies et analysées par les logiciels Libre Office Calc, Statistics Open For All (SOFA) et IBM SPSS Statistics.

RESULTATS

A. Connaissances des sages-femmes

Les résultats concernant la connaissance des sages-femmes en matière d'UME ont montré que 74,3 % (n=75) d'entre elles ont des connaissances à ce sujet contre 25,7 % (n=26).

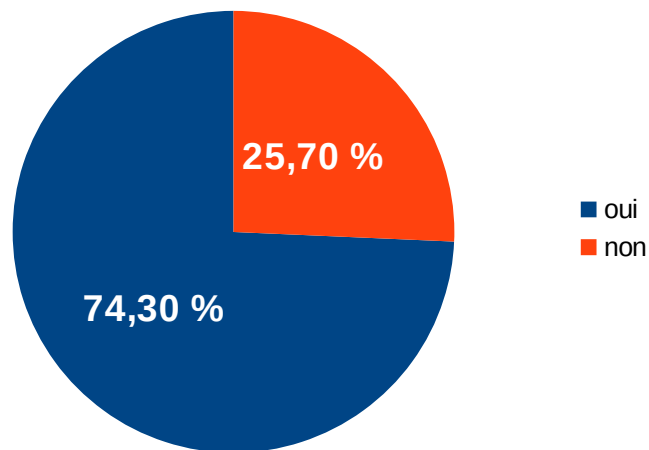


Figure 1 : Pourcentage des sages-femmes connaissant les UME (n=101)

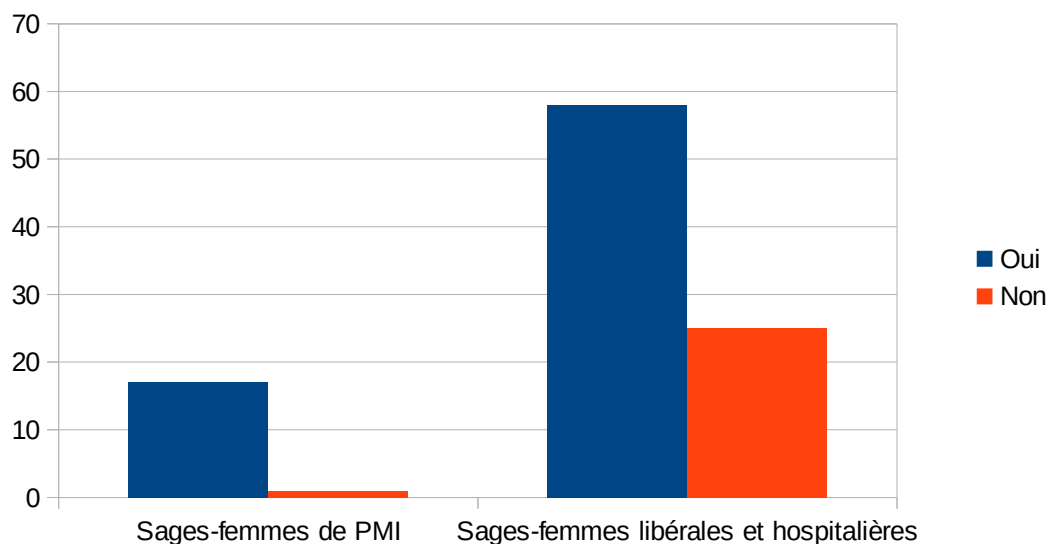


Figure 2 : Comparaison entre les sages-femmes de PMI et les sages-femmes hospitalières et libérales sur les connaissances des UME (n=101)

Indicateur	Groupes	n=	OUI	Khi-deux	Valeur de p
Connaissance UME (=oui)	Sages-femmes de PMI	18	17	4,669	0,031*
	Sages-femmes libérales et hospitalières	83	58		

* $p < 0,05$ (5%) = résultat significatif

Tableau 1 : Comparaison entre les sages-femmes de PMI et les sages-femmes hospitalières et libérales sur les connaissances des UME (n=101)

L'analyse des données indique que 94,4 % (n=17 sur 18) des sages-femmes de PMI connaissent les UME alors qu'il y en a que 69,9 % (n=58 sur 83) chez les sages-femmes libérales et hospitalières. La différence entre les deux groupes est donc significative (khi-deux = 4,669, ddl = 1, $p = 0,031$). On peut donc conclure que l'exercice des sages-femmes influe sur leur connaissance des UME. En effet les sages-femmes de PMI sembleraient avoir plus de connaissances que les sages-femmes hospitalières et libérales.

Parmi les sages-femmes ayant des connaissances sur les UME (n=75), 52 % (n=39) ont cité l'UME de Ste Marguerite comme étant celle la plus proche géographiquement et 6,7 % (n=5) l'UME de Monfavet contre 41,3 % (n=31) de réponses diverses ou de non réponses. Il a été choisi de différencier l'UME de Ste Marguerite à Marseille et l'UME de Monfavet des autres réponses car ce sont effectivement les UME les plus proches géographiquement selon le lieu d'exercice des sages-femmes et notamment des sages-femmes libérales et de PMI qui sont réparties dans tout le département.

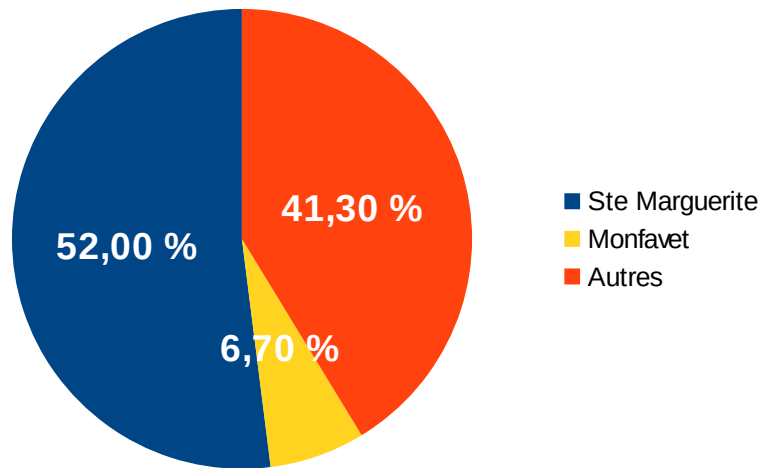


Figure 3 : Lieux des UME cités par les sages-femmes ayant des connaissances à ce sujet (n=75)

Dans la catégorie « *Autres* » citée précédemment, les résultats sont très variés. Les sages-femmes ont cité le centre hospitalier Edouard Toulouse se trouvant à Marseille (n=5) accueillant les patients souffrant de pathologies psychiatriques. L'hôpital de la Conception et l'hôpital Nord ont été cités quatre fois chacun. L'hôpital St Joseph a également été cité (n=3). Plus vaguement, la ville de Marseille ainsi que l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille ont été citées 3 fois chacun par les sages-femmes sans donner plus de précision. Le Centre Hospitalier de Valvert à Marseille a été cité deux fois, c'est un établissement de santé spécialisé dans les maladies mentales.

Ensuite, le service de néonatalogie de l'hôpital de la Conception, le service de réanimation de l'hôpital Nord, la ville d'Istres et le Cap 72 ont été cités une seule fois. Ce dernier dépend du pôle de psychiatrie adulte du centre Edouard Toulouse. Pour finir, deux sages-femmes affirmant connaître les UME déclarent ne pas savoir où se trouve celle la plus proche.

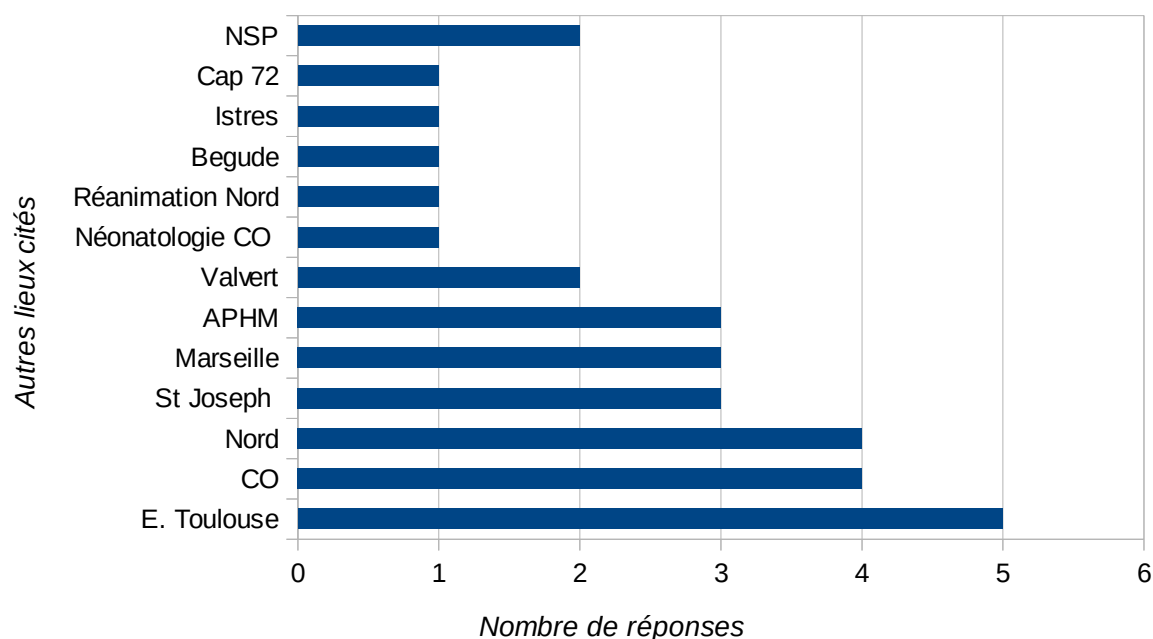


Figure 4 : Autres lieux cités par les sages-femmes ayant des connaissances sur les UME (n=31)

Il a ensuite été demandé aux sages-femmes de déterminer les différents rôles des UME par l'intermédiaire d'une question à choix multiples.

Les items exacts sont le n°1 « *Prise en charge dans le post-partum des troubles psychiatriques maternels* », le n°3 « *Prise en charge des troubles psychiatriques chez la femme enceinte* », le n°4 « *Accompagnement et soutien du père* » et le n°6 « *Préserver le lien mère-enfant dans un contexte de placement* ». Les items n°2 « *Prise en charge des troubles psychiatriques de la femme en dehors de la périnatalité* » et n°5 « *Maintenir à tout prix l'enfant dans son milieu familial* » sont donc faux.

Pour les trois premiers items, la majorité des sages-femmes ont répondu correctement : 94,1 % (n=95) contre 5,9 % (n=6) pour l'item n°1 ; 80,2 % (n=81) contre 19,8 % (n=20) pour le n°2 ; et 51,5 % (n=52) contre 48,5 % (n=49) pour le n°3.

A la différence, il y a une majorité de fausses réponses pour les trois derniers items : 62,4 % (n=63) contre 37,6 % (n=38) pour l'item n°4 ; 50,5 % (n=51) contre 49,5 % (n=50) pour l'item n°5 ; et 55,4 % (n=56) contre 44,6 % (n=45) pour l'item n°6.

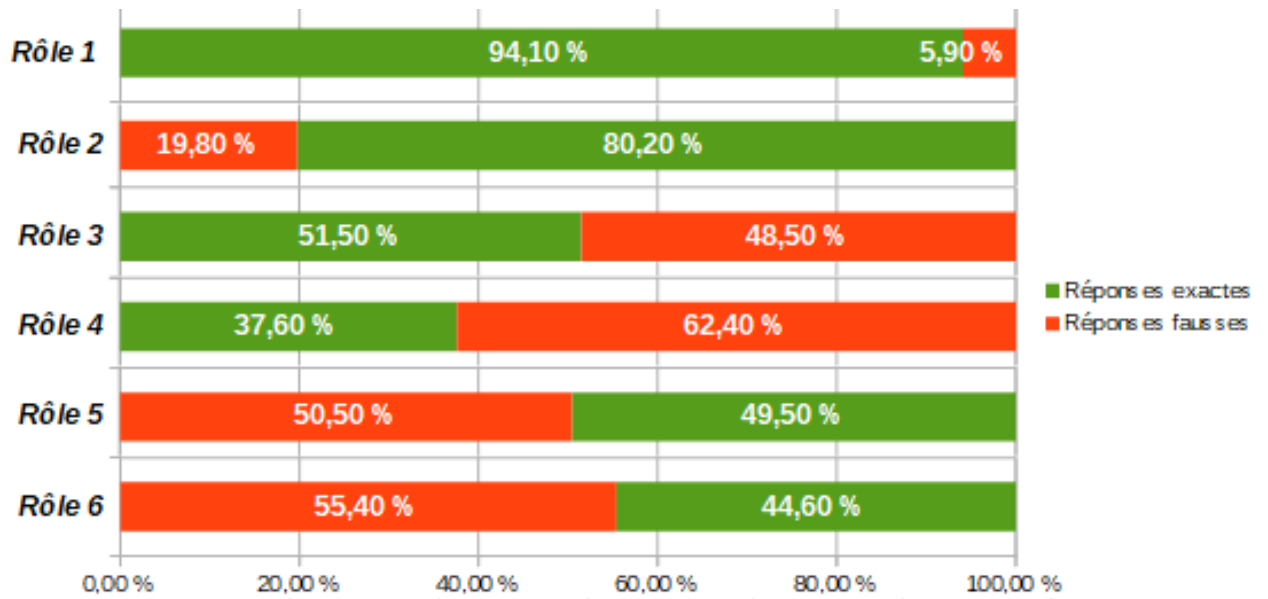


Figure 5 : Réponses des sages-femmes concernant les différents rôles des UME (n=101)

Seulement trois sages-femmes ont répondu correctement à l'ensemble des items (2,97%), dont deux ayant déclaré ne pas connaître les UME.

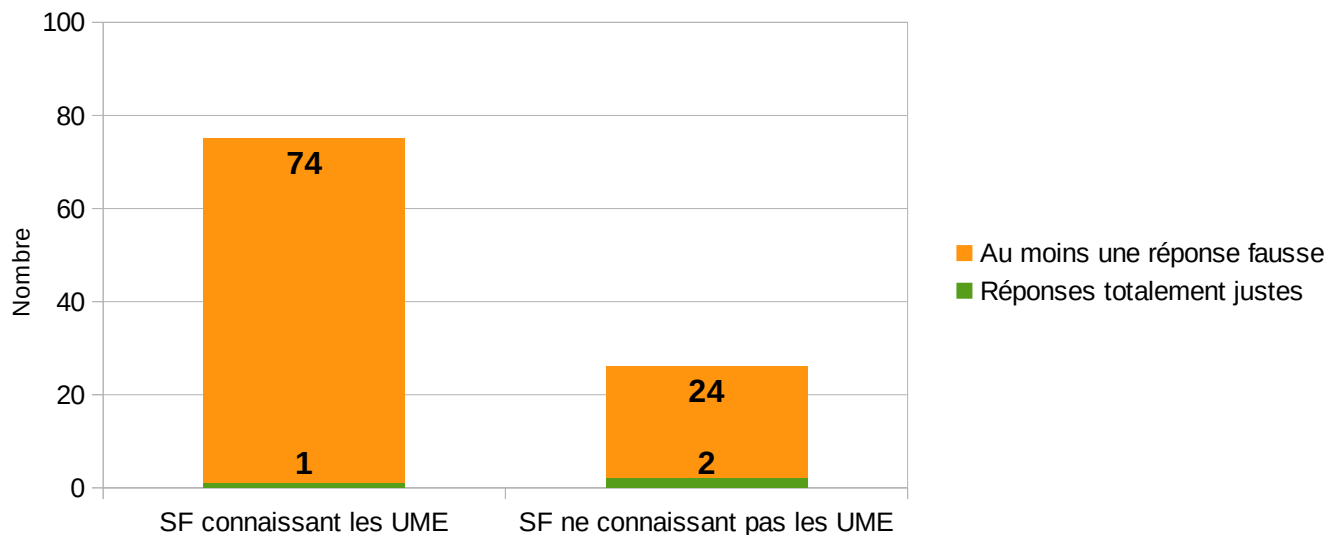


Figure 6 : Sages-femmes ayant répondu correctement à l'ensemble des items (n=101)

B. Troubles psychologiques

Les sages-femmes avaient pour consigne de citer des facteurs de risques pouvant favoriser l'apparition de troubles psychologiques dans le post-partum.

Dix facteurs différents ont été relevés : « *les antécédents psychiatriques ou psychologiques* » cités 87 fois ; « *la précarité* » citée 31 fois ; « *la grossesse et/ou l'accouchement pathologique et/ou traumatique* » cité 30 fois ; « *les événements de la vie négatifs* » cités 29 fois ; « *l'isolement* » cité 29 fois également ; « *les grossesses non désirées* » citées 13 fois ; « *les addictions* » citées 11 fois ; « *le stress et/ou la fatigue* » cité 9 fois ; « *la séparation mère-enfant* » citée 7 fois ; « *la chute hormonale* » citée 6 fois ; et « *la PMA* » citée 1 fois.

Dans l'item « *événements de la vie négatifs* », il a été regroupé plusieurs facteurs cités par les sages-femmes : décès dans la famille, maltraitance et/ou traumatisme dans l'enfance, difficultés et/ou violences conjugales, et antécédents de MFIU et/ou décès dans la petite enfance.

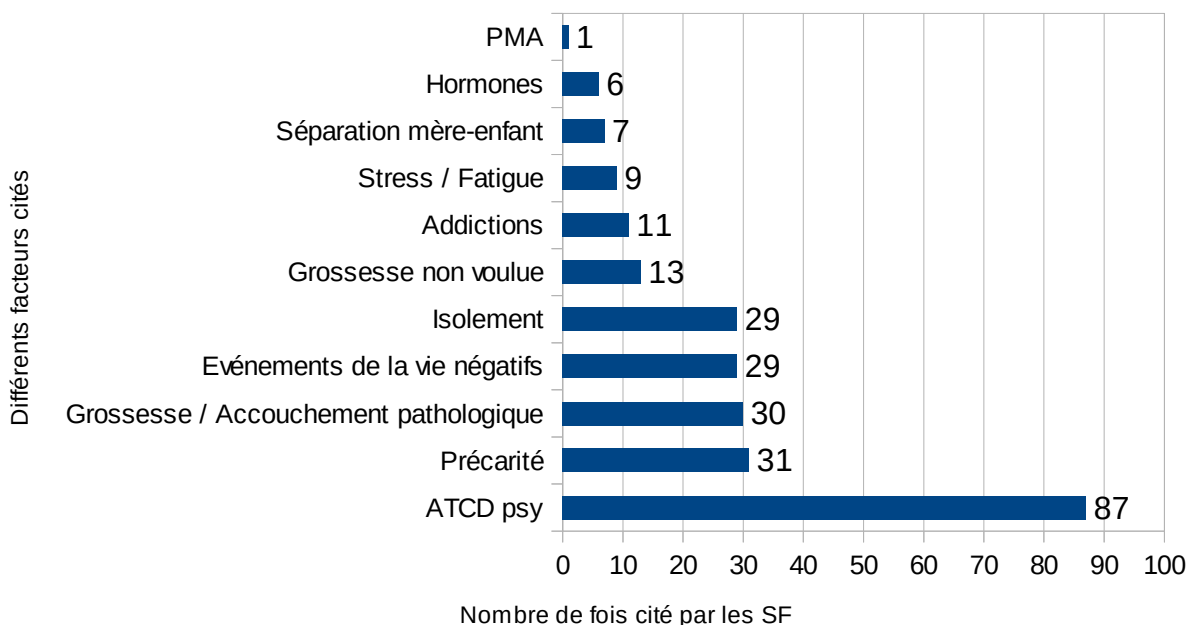


Figure 7 : Facteurs pouvant favoriser l'apparition des troubles psychologiques dans le post-partum selon les sages-femmes (n=101)

Les sages-femmes ont ensuite été questionnées sur leurs expériences professionnelles. En effet, 85,1% (n=86) d'entre-elles ont déjà dépisté une détresse psychologique durant leur carrière professionnelle contre 14,9 % (n=15).

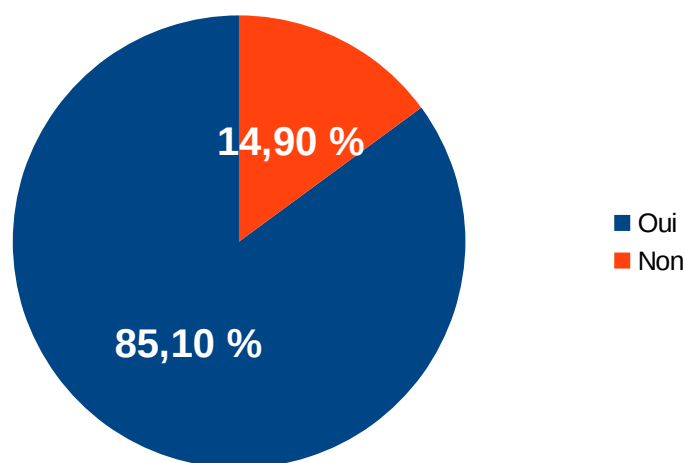


Figure 8 : Sages-femmes ayant déjà dépisté une détresse psychologique
(n=101)

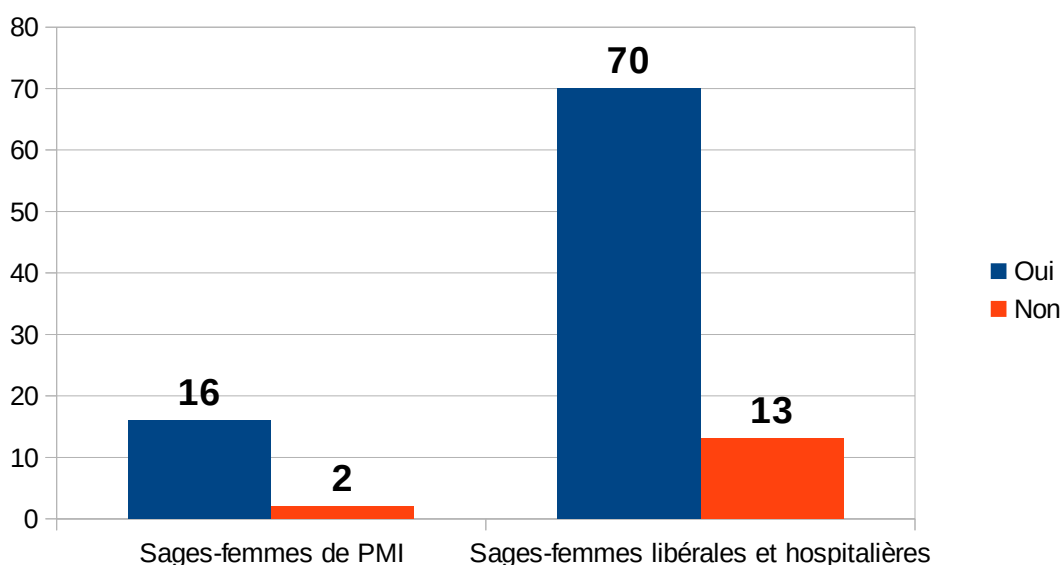


Figure 9 : Comparaison entre les sages-femmes de PMI et les sages-femmes libérales et hospitalières concernant le dépistage de troubles psychologiques
(n=101)

Indicateur	Groupes	n=	OUI	Khi-deux	Valeur de p
Dépistage (=oui)	Sages-femmes de PMI	18	16	0,242	0,623*
	Sages-femmes libérales et hospitalières	83	70		

* $p > 0,05$ (5%) = résultat non significatif

Tableau 2 : Comparaison entre les sages-femmes de PMI et les sages-femmes libérales et hospitalières concernant le dépistage de troubles psychologiques (n=101)

L'analyse des données indique que 88,9 % (n=16 sur 18) des sages-femmes de PMI ont déjà dépisté un trouble alors qu'il y en a 84,3 % (n=70 sur 83) chez les sages-femmes libérales et hospitalières. La différence entre les deux groupes n'est donc pas significative (khi-deux = 0,242, ddl = 1, p = 0,623). On peut donc conclure que l'exercice des sages-femmes n'influe pas sur le dépistage des troubles.

Le service des suites de couches est celui où le nombre de dépistage fait par les sages-femmes est le plus élevé (n=52), suivi par les consultations prénatales que ce soit en libérale ou en hospitalier (n=35). L'entretien prénatal précoce, généralement effectué au 4^e mois, est cité 18 fois, pratiquement à égalité avec les consultations PMI (n=15). Secondairement, les sages-femmes ont cité les consultations PRADO (n=7), le moment de l'accouchement (n=6), le service de grossesses à risques élevés (GRE) (n=5), les séances de rééducation du périnée (n=3) et les cours de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) (n=1).

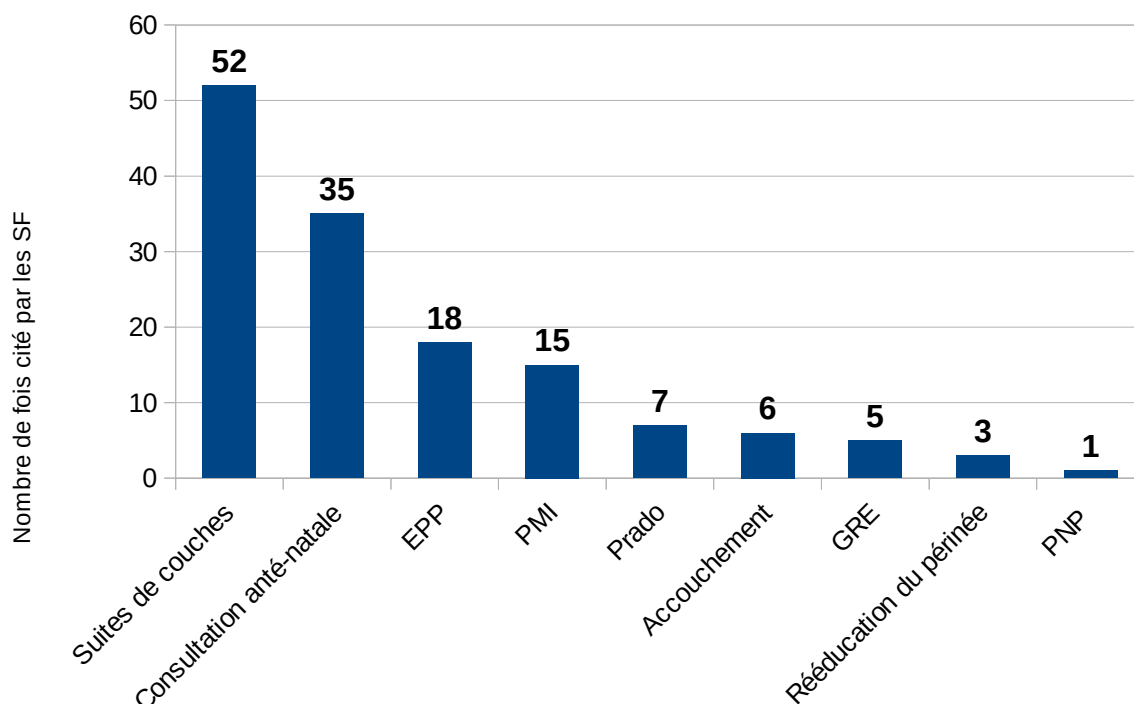


Figure 10 : Contexte de découverte des détresses psychologiques dépistées par les sages-femmes (n=101)

Lors du dépistage de ces troubles, les sages-femmes ont orienté les patientes majoritairement vers des psychologues ou psychiatres (n=80). Secondairement, les sages-femmes les ont adressé vers des centres de PMI (n=31), des UME (n=15) et des Centres Médico-Psychologiques (CMP) (n=12). Seulement deux sages-femmes ont eu recours à un internement psychiatrique.

Les résultats montrent également d'autres orientations, regroupées dans la catégorie « *Autres* », citée une fois chacune : médecin généraliste, kinésiologue, conseillère conjugale, et programmation neuro-linguistique (PNL).

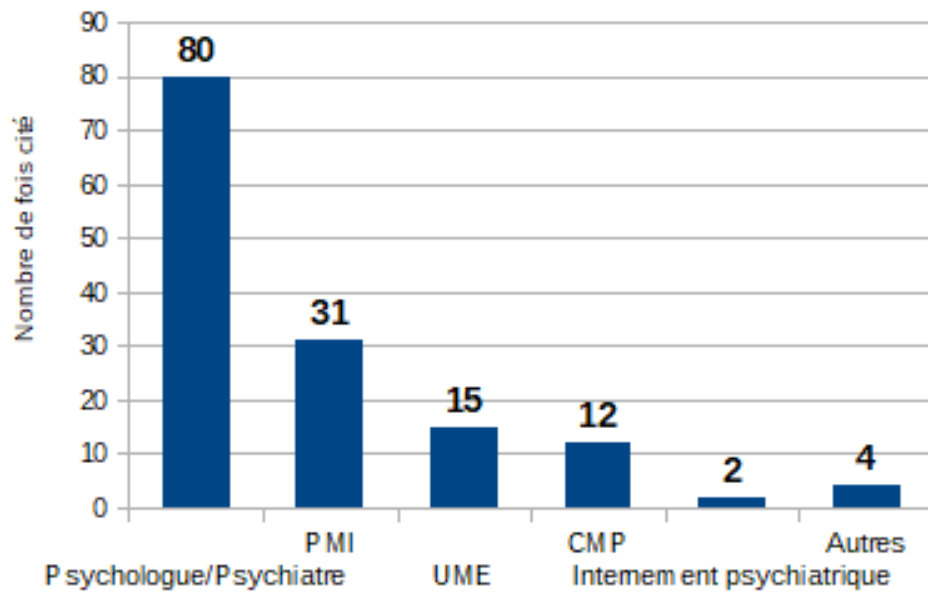


Figure 11 : Orientation des femmes présentant un trouble psychologique
(n=101)

C. Formations

En matière de dépistage des troubles psychologiques, 66,3 % (n=67) des sages-femmes déclarent ne pas avoir reçu de formation à ce sujet. Les résultats sont similaires en terme de formation sur l'orientation des patientes. En effet, 86,1 % (n=87) des sages-femmes affirment ne pas en avoir eu.

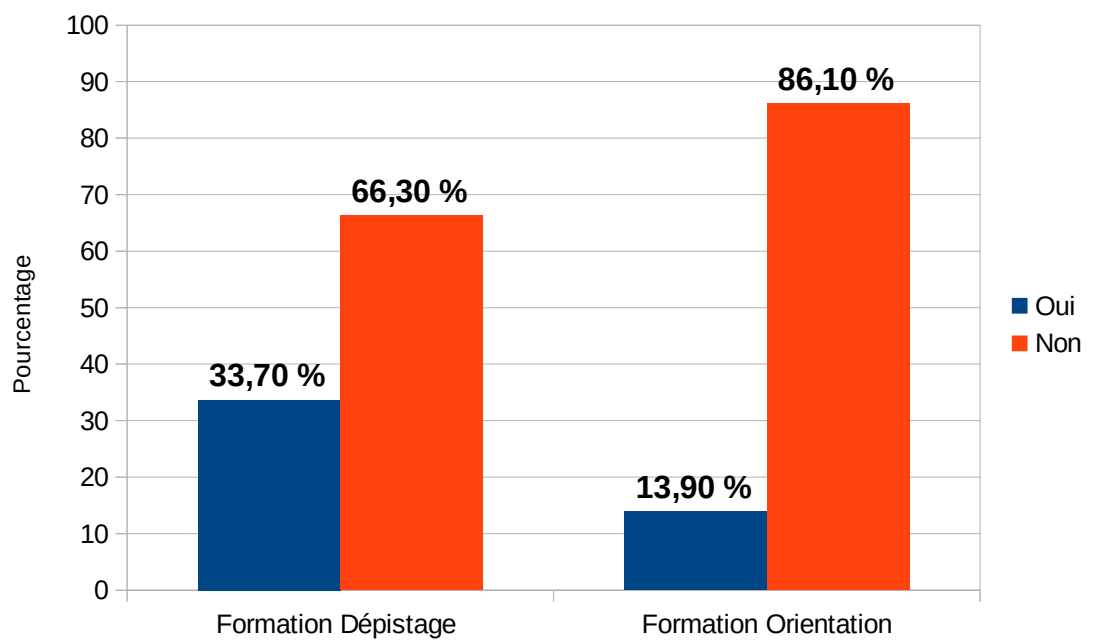


Figure 12 : Sages-femmes ayant bénéficié d'une formation de dépistage des troubles psychologiques et/ou d'orientation des patientes (n=101)

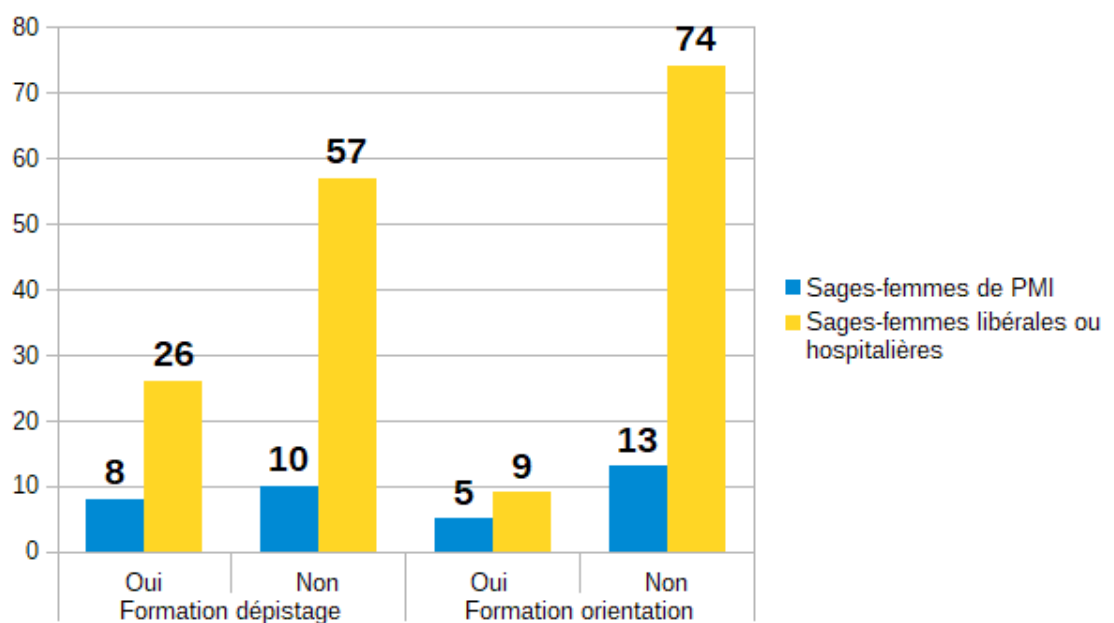


Figure 13 : Comparaison entre les sages-femmes de PMI et les sages-femmes hospitalières et libérales en matière de formation (n=101)

Indicateurs	Groupes	n=	OUI	Khi-deux	Valeur de p
Formation dépistage (=oui)	Sages-femmes de PMI	18	8	1,140	0,286*
	Sages-femmes hospitalières et libérales	83	20		
Formation orientation (=oui)	Sages-femmes de PMI	18	5	3,553	0,059*
	Sages-femmes hospitalières et libérales	83	9		

* $p > 0,05$ (5%) = résultats non significatifs

Tableau 3 : Comparaison entre les sages-femmes de PMI et les sages-femmes hospitalières et libérales en matière de formation (n=101)

L'analyse des données indique que 44,4 % (n=8 sur 18) des sages-femmes de PMI ont eu une formation sur le dépistage contre 24,1 % (n=20 sur 83) chez les sages-femmes libérales et hospitalières. La différence entre les deux groupes n'est donc pas significative (khi-deux = 1,140, ddl = 1, $p = 0,286$). On peut donc conclure que l'exercice des sages-femmes n'influe pas sur la formation obtenue en matière de dépistage. L'analyse des données indique également que 27,8 % (n=5 sur 18) des sages-femmes de PMI ont eu une formation sur l'orientation contre 10,8 % (n=9 sur 83) chez les sages-femmes libérales et hospitalières. La différence entre les deux groupes n'est donc pas significative (khi-deux = 3,553, ddl = 1, $p = 0,059$). On peut donc conclure que l'exercice des sages-femmes n'influe pas sur la formation obtenue en matière d'orientation.

Il a été demandé aux sages-femmes d'apprécier les connaissances de leur entourage professionnel sur les UME. Les résultats ont montré que pour 50,5 % (n=51) des sages-femmes interrogées les connaissances sont insuffisantes, pour 28,7 % (n=29) elles sont passables, pour 18,8 % (n=19) satisfaisantes et pour seulement 1% (n=1) très satisfaisantes.

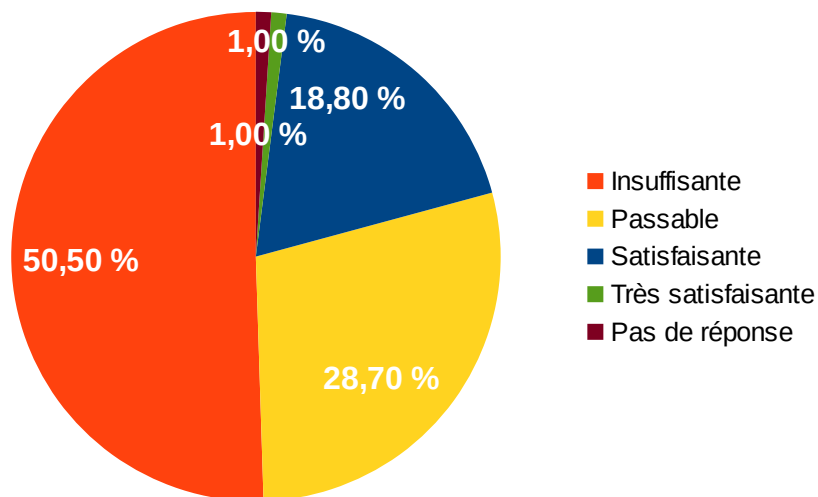


Figure 14 : Connaissances des professionnels de santé sur les UME selon les sages-femmes (n=101)

Les sages-femmes devaient ensuite apprécier la nécessité d'une formation supplémentaire sur les UME, le dépistage et l'orientation des patientes souffrant de troubles psychologiques.

Les résultats ont montré que pour 79,2 % (n=80) des sages-femmes la formation serait nécessaire. Pour 4 % (n=4) des sages-femmes, elle leur serait inutile et 16,8 % (n=17) d'entre-elles n'ont pas d'opinion à ce sujet.

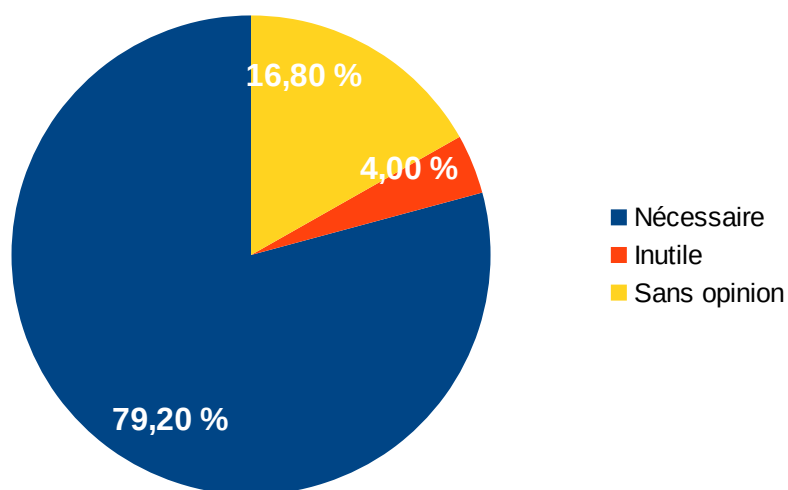


Figure 15 : Appréciation des sages-femmes sur la nécessité d'une formation concernant : les UME, le dépistage des troubles psychologiques et l'orientation des patientes (n=101)

ANALYSE & DISCUSSION

A. Validité de l'étude

1) Limites

Le nombre de questionnaires récoltés est une limite à l'étude. En effet sur une population initiale de 401 sages-femmes, seulement 101 ont répondu au questionnaire, ce qui représente 25,2 % des sages-femmes interrogées. Une seconde limite à l'étude peut être identifiée. Effectivement, il est impossible de différencier les sages-femmes libérales des sages-femmes hospitalières interrogées lors de l'analyse des résultats.

2) Biais

Au sein de cette étude un biais de sélection peut être identifié.

Au vu du nombre élevé de sages-femmes hospitalières dans le département des Bouches-du-Rhône, il a été décidé d'inclure seulement les sages-femmes de l'hôpital Nord, de l'hôpital de la Conception et de l'hôpital St Joseph dans l'étude. Ce qui n'est pas représentatif des sages-femmes hospitalières du département mais ce qui permettait de questionner un nombre important de sages-femmes.

B. Discussion

1) UME

L'analyse des résultats commence par les connaissances des sages-femmes sur les UME.

Parmi les sages-femmes ayant déclarées connaître les UME, seulement 58,7 % ont réellement cité l'une d'entre elles. En effet, 52 % ont cité l'unité d'hospitalisation mères-nourrissons de Ste Marguerite à Marseille qui est la seule UME du département des Bouches-du-Rhône. Elle est également la seule UME temps plein de la région PACA, c'est-à-dire qu'il y a des chambres

disponibles pour un hébergement de nuit des parents et de l'enfant. Cependant cet hébergement est possible seulement la semaine (hors week-end).(1)

(Annexe II)

Ensuite 6,7 % ont cité l'unité parents-bébés de Montfavet à Avignon. C'est la seconde UME dans la région PACA, mais celle-ci propose seulement des hospitalisations de jour. (8)

Parmi les 41,3 % des autres réponses, cinq sages-femmes ont cité le Centre Hospitalier Edouard Toulouse dans le 15^e arrondissement de Marseille accueillant les patients souffrant de pathologies psychiatriques.

Il y a en effet une UME dépendant de ce centre, plus précisément située dans la cité de la Begude et énoncée ici par une sage-femme. Mais elle est de nature seulement consultative, aucune hospitalisation conjointe mère-enfant ou parents-enfants n'est possible.

Le Cap 72 a été cité une fois également. Ce dernier dépend du pôle de psychiatrie adulte du centre Edouard Toulouse et accueille seulement les patients âgés de plus de 15 ans et 3 mois. (9)

Le Centre Hospitalier de Valvert à Marseille a été cité deux fois. Ce dernier dispose d'un pôle de psychiatrie infanto-juvénile spécialisé dans les soins de l'autisme mais pas d'UME. (10)

Les autres lieux cités par les sages-femmes ne correspondent pas à des centres de prise en charge psychiatrique. Il y a donc une mauvaise information des sages-femmes qui pourtant sont des professionnels de santé amenés à orienter leurs patientes.

Concernant le rôle des UME très peu de sages-femmes ont répondu juste à la question posée. Les sages-femmes devaient cocher les réponses qu'elles jugeaient correctes.

Pour l'item n°1 « *Prise en charge dans le post-partum des troubles psychiatriques maternels* », la majorité des sages-femmes ont répondu correctement (94,1%). En effet, c'est le rôle principal de ces UME afin de

favoriser le développement psychique et physique du nourrisson ainsi que les interactions et le lien avec sa mère. (11) (12)

Pour l'item n°2 « *Prise en charge des troubles psychiatriques de la femme en dehors de la périnatalité* », 80,2 % des sages-femmes ont répondu correctement. Effectivement, le principe de base des UME est de traiter les pathologies maternelles afin de préserver le lien mère-enfant. De ce fait en dehors de la périnatalité, les femmes ne peuvent être prises en charge dans ce genre d'unité.

Pour l'item n°3 « *Prise en charge des troubles psychiatriques chez la femme enceinte* » 51,5 % des sages-femmes ont répondu correctement, l'équivalent d'une sage-femme sur deux. Il est effectivement possible de prendre en charge les femmes enceintes dans ces unités dans un contexte de pathologie maternelle anténatale. Cela peut être purement consultatif et permettre d'avoir un suivi pendant la grossesse et plus ou moins prévoir avec la patiente une hospitalisation dans le post-partum. Mais il se peut également que certaines femmes enceintes puissent être hospitalisées dans ces unités lorsque celles-ci disposent de locaux adaptés et lorsqu'il y a une nécessité. (12)

Pour l'item n°4 « *Accompagnement et soutien du père* », 62,4 % des sages-femmes n'ont pas répondu correctement. Dans ces unités, les pères sont également au centre de la prise en charge. En effet, ils peuvent être eux-même perturbés par la situation qu'engendre la pathologie maternelle et l'arrivée de l'enfant. De plus, leur présence est importante pour l'amélioration de l'état de leur compagne et pour garder l'équilibre familial. Certaines unités ont même des locaux adaptés pour l'accueil des pères à temps complet, comme c'est le cas à Marseille où des chambres pouvant accueillir la mère, le père et l'enfant sont disponibles. (11) (12) (13)

Pour l'item n°5 « *Maintenir à tout prix l'enfant dans son milieu familial* », les réponses des sages-femmes sont mitigées. En effet, il paraît contradictoire de

séparer l'enfant de sa mère dans un contexte d'hospitalisation conjointe ayant pour but d'améliorer leur interaction. Cependant dans certaines situations, une séparation de la mère et de l'enfant est nécessaire par prévention ou par sécurité. Cela peut être une séparation provisoire, le temps de traiter la pathologie maternelle. La séparation peut également être tardive, lorsque la mère n'arrive plus à gérer l'enfant qui a grandi. L'hospitalisation conjointe peut donc mener à un placement de l'enfant, que ce soit dans un foyer ou dans la famille. (11) (13)

Pour l'item n°6 « *Préserver le lien mère-enfant dans un contexte de placement* », 55,4 % des sages-femmes n'ont pas répondu correctement. En effet, l'élaboration d'un placement nécessite un certain temps et un accompagnement de l'enfant et de la mère. Les situations de placement n'étant pas nécessairement définitives, un lien doit être maintenu pour améliorer le retour de l'enfant au sein de sa famille. (11) (13)

Ce manque d'information, autant sur l'existence que sur les rôles des UME, peut venir du manque de promotion de ces structures. En effet, aucune information n'est disponible sur le site de l'Agence Régionale de Santé (ARS) ou bien sur le réseau de périnatalité méditerranée. Dans l' « Inventaire des structures de psychiatrie et des structures en lien avec la psychiatrie en Provence-Alpes-Côte d'Azur » disponible sur le site de l'ARS, l'UME de Ste Marguerite n'est pas mentionnée.(14) L'organisation, dans le département, d'une journée d'informations lors de laquelle l'UME communiquerait sur son rôle et sur le travail en réseau pourrait être une piste pour l'amélioration des connaissances des sages-femmes et pourrait entrer dans le dispositif de développement professionnel continu des sages-femmes. A titre d'exemple, à l'occasion de la 29^e édition de la Semaine d'Information de la Santé Mentale (SISM) qui pour la première année porte sur le thème de la parentalité et de l'enfance, le centre hospitalier de Montfavet organise une journée « portes ouvertes » de l'Unité Parents-Bébés accompagné d'une conférence.

(Annexe III)

Les SISM réalisent des actions de prévention pour la santé mentale, elles ont 5 objectifs bien définis :

- « - sensibiliser le public aux questions de Santé mentale.
- informer à partir du thème annuel, sur les différentes approches de la Santé mentale.
- rassembler par cet effort de communication, acteurs et spectateurs des manifestations, professionnels et usagers de la santé mentale.
- aider au développement des réseaux de solidarité, de réflexion et de soin en santé mentale.
- faire connaître les lieux, les moyens et les personnes pouvant apporter un soutien ou une information de proximité. »

Cette 29^e édition a pour but « d'échanger autour des pistes d'actions possibles pour favoriser le bien-être des enfants, promouvoir la santé mentale dès le plus jeune âge, accompagner la parentalité de tous, et en particulier des personnes souffrant de troubles psychiques. » (**Annexe IV**).

2) Troubles psychologiques

a. Facteurs de risques

Tous les facteurs de risques cités par les sages-femmes peuvent favoriser l'apparition de troubles psychiques dans le post-partum. Les sages-femmes ont donc de bonnes connaissances sur les facteurs de risques des troubles psychiques.

En effet, un terrain psychique vulnérable comme, des antécédents familiaux ou personnels de troubles psychiatriques, des antécédents de maltraitance et/ou de traumatismes dans l'enfance (cités dans la catégories « *événements de la vie négatifs* ») peuvent favoriser l'apparition de troubles dans le post-partum.

De plus, le dérèglement hormonal lié à l'accouchement constitue en soi un facteur de risque, en y rajoutant la fatigue qui s'en découle cela l'amplifie.

Au niveau obstétrical plusieurs facteurs peuvent favoriser l'apparition de troubles dans le post-partum : une grossesse pathologique contraignante ou une suspicion de malformation fœtale pendant la grossesse, un accouchement

dystocique ou une césarienne en urgence, un accouchement prématuré qui entraîne une séparation de la mère et de l'enfant ou une pathologie néonatale nécessitant un traitement lourd.

Et du point de vue psychosocial, les antécédents de décès néonataux ou de personnes proches, des problèmes conjugaux (cités dans la catégorie « *événements de la vie négatifs* »), les grossesses non désirées, la précarité socio-économique, l'isolement familial peuvent être des facteurs favorisant.(15) (16) (17)

b. Contextes de dépistage

Les contextes de dépistage des détresses psychologiques sont très variés.

C'est le service des suites de couches qui a été le plus de fois cité par les sages-femmes. Cela s'explique car la plupart des troubles psychologiques se révèle dans le post-partum. En effet, les troubles apparaissant dans le post-partum sont des indications typiques d'hospitalisation conjointe.(13)

De plus chez les patientes présentant un trouble de l'humeur, il y a 50 à 70 % de risque de rechute dans le post-partum.(15)

Les sages-femmes ont également cité les consultations PRADO, PMI et les séances de rééducation périnéale.

Le PRADO est un programme de retour à domicile après l'accouchement pour permettre un suivi après l'hôpital du fait des sorties de plus en plus précoces. Les femmes bénéficient de deux consultations, par une sage-femme, qui doivent être réalisées avant la consultation du post-partum. (18)

Les centres de PMI sont des centres où les femmes enceintes ainsi que les enfants de moins de 6 ans bénéficient d'un suivi médical de prévention et de protection. Il est possible de prévenir un de ces centres lorsqu'une patiente sort de la maternité pour qu'un suivi supplémentaire soit mis en place.(19)

Les séances de rééducation périnéale se font environ 2 mois après l'accouchement. Leurs objectifs premiers sont de retonifier la sangle abdomino-périnéale et dépister des troubles génito-urinaires post-accouchement.

Cependant ces trois services peuvent être le lieu de dépistage de troubles psychologiques du post-partum. En effet, le pic des troubles du post-partum se situe entre J-10 et J-19. De ce fait les patientes sont déjà sorties de la maternité. Ce sont donc des périodes à risques pour les patientes qui n'auraient pas été dépistées avant. Ces consultations du post-partum sont donc très importantes pour le dépistage. (20)

En seconde et troisième position, il y a les consultations prénatales et l'EPP. En effet, l'EPP doit être un moment d'échange avec les patientes sur leurs besoins, leurs angoisses, et leurs peurs. Le professionnel de santé doit informer la patiente sur un plan médical, social et psychologique. Cet entretien peut être perçu par les femmes comme étant une banale consultation de grossesse. Cependant, c'est une opportunité pour les professionnels de santé pour accorder davantage de temps aux patientes et pouvoir sortir du cadre médical et systématique des consultations de grossesse. C'est donc à cette occasion que le professionnel peut mettre en évidence des facteurs de risques et plus ou moins orienter la patiente vers des professionnels ou des structures adaptés et donc programmer le suivi de la patiente. (21) Cependant la réalisation de cet entretien, qui a été mis en place en 2007, est encore loin d'être systématique. Selon l'enquête nationale de périnatalité 2016, seulement 28,5 % des femmes en ont bénéficié cette année là. (22)

Pour ce qui est des consultations prénatales, elles restent bien évidemment un moyen de dépister des facteurs de risques tout au long de la grossesse. Cela permet d'orienter à tout moment la patiente s'il y a nécessité. (17)

De plus, la deuxième indication typique des hospitalisations conjointes sont les troubles préexistants à la grossesse. De ce fait, lors du suivi de la grossesse, le professionnel de santé doit organiser le suivi de cette patiente et travailler en réseau car la prise en charge doit être pluridisciplinaire impliquant l'aspect obstétrical, pédiatrique, psychologique et social de la grossesse. (13)

Les séances de préparation à l'accouchement font également parti du suivi de grossesse et donc entre dans le même contexte des consultations de grossesse. Pareillement pour les patientes hospitalisées en service de

grossesses à risque, même si dans ce contexte des facteurs de risques viennent se surajouter. En effet, comme il a été dit précédemment les grossesses pathologiques et l'isolement familial du à l'hospitalisation peuvent favoriser l'apparition de troubles.

Les sages-femmes ont également déclaré avoir dépister des troubles psychologiques chez des patientes au moment de l'accouchement. En effet, en salle de naissance les femmes sont très souvent en manque de sommeil et fatiguées par le travail puis ensuite par l'accouchement lui-même. De plus, ce moment engendre un vrai bouleversement endocrinien chez la femme. Comme dit précédemment, ces deux points peuvent favoriser l'apparition de troubles.

c. Orientations

La majorité des sages-femmes déclare avoir orienté la patiente vers un psychologue ou un psychiatre. Cela peut s'expliquer par la présence de ces professionnels dans les maternités. En effet selon l'enquête nationale périnatale de 2016, dans 81 % des maternités le recours à un psychiatre ou pédopsychiatre est possible et pour les psychologues, cela s'élève à 98 %. Les professionnels peuvent soit appartenir directement au service de maternité, soit être extérieurs au service mais dans un cadre formalisé, soit extérieurs au service et intervenant au coup par coup. (22)

De ce fait, lorsque les troubles sont dépistés au sein de la maternité, dans les services de suites de couches, dans celui des grossesses à risques ou bien en salle de naissance, les psychologues et psychiatres attachés au service sont les premiers avertis.

En seconde position, les centres de PMI ont été cités par les sages-femmes. En effet c'est un bon moyen de continuer un suivi après la sortie de la maternité. De plus, il est possible dans ces centres de s'entretenir avec un psychologue. (19)

Si les sages-femmes de PMI sont plus souvent confrontées aux patientes présentant des troubles, cela peut expliquer qu'elles aient plus de connaissances au sujet des UME.

Les UME arrivent en troisième position. En effet, quinze sages-femmes ont dit avoir adressé des patientes vers des UME suite au dépistage de troubles. Or, selon une étude réalisée par Glangeaud dans les années 2000, la proportion de sages-femmes et d'obstétriciens adressant des patientes aux UME avait beaucoup diminué par rapport à des études effectuées dans les années 1990. Ceci est peut être en cours d'évolution.(11)

Les CMP, également cités par les sages-femmes, sont des centres de consultation pour les personnes souffrant de troubles psychologiques. Ils dépendent des hôpitaux et fonctionnent par zone géographique. Ils sont donc des centres de proximité. Ils accueillent les patients à partir de 16 ans. Ces centres regroupent plusieurs catégories professionnelles dont des psychologues, psychiatres et infirmières. (23)

Ces centres peuvent être adaptés pour les mères mais un travail en réseau serait plus adéquate afin d'inclure le nourrisson dans la prise en charge du trouble.

Quelques sages-femmes ont également orienté les femmes vers un service de psychiatrie. En effet, les situations pouvant mettre en péril la santé du nouveau-né constituent une contre-indication à l'hospitalisation conjointe et nécessitent donc préalablement une prise en charge en unité psychiatrique pour la mère. C'est le cas par exemple pour les situations où la patiente présente des comportements délirants aigus. (13) (11)

Les sages-femmes ont également cité le médecin généraliste, le kinésologue, la conseillère conjugale, et la programmation neurolinguistique comme orientation possible de ces femmes.

Selon la fédération française de kinésiologie, c'est « *une pratique professionnelle destinée à favoriser un état d'équilibre et de bien-être physique, mental et social. Elle propose différentes techniques qui utilisent de façon heuristique la réaction musculaire au stress.* ». (24)

Les troubles psychologiques entrent donc bien en compte en tant que déséquilibre du bien être mental.

Cependant cette approche est contestée. En effet, un certain nombre de professionnels la caractérise de « *thérapeutiques holistiques* » et alerte sur le danger sectaire de ces pratiques. La Fédération Européenne des Centres de Recherche et d'Information sur le Sectarisme (FECRIS) avait organisé un colloque européen à ce sujet en 2004. Des organisations comme le Groupe d'Etude des Mouvements de Pensée en vue de la Protection de l'Individu (GEMPPI) ont publié un bulletin pour informer les patients des dérives possibles de ces thérapies et donc de s'en méfier et de ne pas rejeter la médecine classique. (25)

La PNL est une méthode créée aux Etats-Unis par John Grinder, professeur de linguistique, et Richard Bandler, étudiant en psychologie, dans les années 1970 et inspirée par la psychothérapie.

Sa définition est complexe. Selon Alain Thiry, la PNL est « *une approche pragmatique dans le domaine de la psychologie appliquée. Sa spécificité consiste à modéliser les savoir-faire et savoir-être de gens de talent dans leur domaine pour les retransmettre à d'autres qui en auraient besoin. [...] La PNL se donne pour finalité d'offrir des moyens concrets à quiconque veut augmenter ses compétences, son estime de soi, sa confiance en ses capacités, sa qualité de relation avec ses proches, sa capacité à penser par elle-même et sa capacité à réaliser ses propres objectifs.* ». Cette approche est très controversée dans le domaine scientifique et est peu connue dans le domaine de la psychologie. (26) (27)

Le conseiller conjugal peut être bénéfique lors de problèmes conjugaux ou familiaux. Cependant si des troubles psychologiques en découlent un soutien

et un accompagnement psychologique peuvent être nécessaire pour les interactions avec le nourrisson.

Le médecin généraliste peut être une orientation possible. Cependant il est tenu par son référentiel métier de « *travailler en équipe et/ou en réseau lors des situations complexes, aiguës et chroniques* » . (28)

De ce fait, si la situation le dépasse il se doit d'adresser la patiente vers des professionnels spécialisés entre autres des psychologues ou psychiatres.

Ainsi, le travail en réseau est fondamental dans ces situations de troubles psychologiques pour une prise en charge optimale de la mère, de l'enfant et de la famille. (12) (13) (15)

Cependant, le lien entre les professionnels de la périnatalité et les UME reste infime au vue des connaissances des sages-femmes. Le travail en réseau est donc difficile. Des réseaux de psychiatrie périnatale ont été mis en place dans certaines régions. Par exemple à Bordeaux, les troubles psychiques parentaux sont pris en charge par une équipe pluridisciplinaire en collaboration avec les équipes d'obstétrique et de pédiatrie. Plusieurs structures font parties de ce réseaux : une unité mère-enfant, une maternité avec accès à des consultations de psychologue et psychiatre et accès à l'hôpital de jour avec des places disponibles mère-enfant et pour finir un service de psychiatrie de liaison avec des visites à domicile. (29)

De plus, par le biais de l'ARS, des plateformes territoriales d'appui aux situations complexes (PTA) peuvent être mises en place par des professionnels de santé. Ce dispositif a pour but d'aider les professionnels de santé à gérer des situations complexes qu'ils ne peuvent pas prendre en charge à leur niveau. Un des services des PTA est d'informer et d'orienter vers une structure adaptée à la situation du patient.

Ces PTA peuvent émerger de communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). C'est un groupe constitué de plusieurs acteurs de santé (professionnels de santé libéraux ou salariés, établissement de santé, acteurs de prévention ou de promotions de la santé...) qui souhaitent se coordonner pour répondre à un besoin en santé. (30) (31)

Pourquoi ne pas mettre en place dans le département un dispositif de ce genre afin d'améliorer le travail en réseau en matière de psychiatrie périnatale.

3) Formations

Toute sage-femme se doit d'adresser une patiente dès lors qu'elle détecte une pathologie qu'elle soit maternelle, obstétricale ou pédiatrique. (32)

Les troubles psychologiques entrent dans ce contexte. Cela fait donc partie des compétences des sages-femmes de dépister et d'orienter ces femmes.

De plus, dans la formation initiale des sages-femmes modifiée en 2009, des unités d'enseignements (UE) sont consacrées à la psychologie.

En effet, en L2-L3 (partie licence de la formation), l'UE Santé Humanité et Société a pour but d'enseigner les bases de la psychologie, les différents courants théoriques et les situations de vulnérabilité. En M1-M2 (partie master de la formation), l'UE Sciences Humaines et Sociales a pour objectifs *« D'approfondir les connaissances sur la psychologie et les affections psychopathologiques du nourrisson et de l'enfant afin de dépister des situations de vulnérabilité et d'orienter la femme, le couple dans le réseau de périnatalité. D'acquérir des connaissances nécessaires au dépistage, à l'orientation et à la participation de la prise en charge des femmes présentant des troubles psychopathologiques et psychiatriques. »* (33)

Cependant, tous les textes sur les nouveaux grades licence et master ont été appliqués en 2013. De plus la question de savoir si ces formations sont suffisantes peut se poser.

La plupart des sages-femmes déclarent ne pas avoir eu de formation en matière de dépistage et d'orientation. Dans le questionnaire, il n'est pas possible de savoir si les sages-femmes déclarant avoir eu une formation différencient formation initiale et formation supplémentaire. Cependant sur le site de l'agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC), il n'y a pas de formation sur cette thématique dans la région pour l'année 2018, donc pas de formation validant le DPC. Des formations sont disponibles dans

d'autres régions de la France. Par exemple, il y a une formation sur « *Les troubles dépressifs, dépression, troubles de l'humeur : les outils de repérage et d'accompagnement sages-femmes* » dans le département du Nord. (34)

Peut-être est-ce une nouvelle piste pour l'approfondissement des connaissances des sages-femmes dans le département ?

En ce qui concerne les connaissances de l'entourage professionnel des sages-femmes sur les UME, la majorité d'entre elles pensent qu'elles sont insuffisantes. Néanmoins, selon les recommandations de la HAS de 2005 sur l'information aux femmes enceintes, un des principes énoncés est :

« *Donner dès le premier contact une information tenant compte du mode de vie et de la situation psychosociale de la femme. Cette information porte sur : les services de soins disponibles, le coût des prestations, les possibilités qui lui sont proposées pour le suivi de la grossesse, la préparation à la naissance, l'accouchement et les soins postnatals au sein d'un réseau ville-hôpital et inter-établissements, la nécessité d'une inscription plus ou moins précoce selon le lieu de naissance de son choix ; [...] les réseaux d'écoute, d'appui, d'accompagnement des parents ; les dispositifs visant à améliorer l'accès aux soins et l'accompagnement psychosocial pour les femmes ou les couples en situation précaire ...* ». Pour cela, les professionnels doivent avoir les connaissances nécessaires pour informer et diriger correctement la patiente. (35)

Pour finir, presque 80 % des sages-femmes interrogées pensent qu'une formation sur les troubles psychologiques, leurs dépistages et leurs orientations ainsi que des informations sur les UME leur seraient nécessaires. Ceci montre qu'il y a un désir d'approfondissement des connaissances de la part des sages-femmes.

En plus de la mise en place de formation continue sur cette thématique, la diffusion de l'échelle de dépression post-natale d'Edinburgh pourrait être une autre piste pour l'amélioration du dépistage des dépressions. En effet, cette échelle a été élaborée par Cox en 1987 en anglais et a été traduite et validée en français par Guedeney en 1995. C'est un questionnaire comportant 10

items, côtés de 0 à 3 chacun (0 = absence de symptômes et 3 = symptomatologie sévère). Il est recommandé d'utiliser un seuil >11 dans un but de dépistage. (36) (**Annexe V**)

Ceci peut-être un outil utile pour les sages-femmes, dans le post-partum, pour dépister des troubles de l'humeur ou même des femmes en situation de vulnérabilité.

CONCLUSION

Cette étude a permis de montrer l'hétérogénéité des connaissances des sages-femmes sur les UME et donc sur le réseau de psychiatrie périnatale. En effet, certaines ignorent l'existence de ces structures, et d'autres ne connaissent pas leurs localisations et leurs objectifs.

Ce manque de connaissances peut s'expliquer par le défaut de promotion de ces structures et leur manque de développement. Mais également par l'absence de formation continue dans ce domaine dans la région.

Les sages-femmes ont un rôle primordial dans le dépistage de troubles psychologiques périnataux. Effectivement, elles accompagnent les femmes tout au long de leur grossesse, pendant et après l'accouchement. Elles sont au cœur de l'EPP qui a justement été mis en place pour pouvoir aborder la grossesse sur un plan social et psychologique. Leurs rôles dans les centres de PMI, dans le PRADO et dans la rééducation du périnée, leurs donnent une place privilégiée dans le post-partum pour dépister des troubles maternels. Ce qui peut expliquer la différence de connaissances observée entre les sages-femmes de PMI et celles libérales et hospitalières interrogées.

Cependant, cette étude a permis de mettre en avant les connaissances des sages-femmes sur les facteurs de risques des troubles du post-partum et ainsi leur capacité de dépistage.

En matière d'orientation, les sages-femmes font appel pour la majorité des cas à des psychologues ou psychiatres. Ceci s'explique par la fréquence élevée de leur présence au sein des maternités. Néanmoins elles orientent quelquefois les patientes vers les UME. Ceci témoigne de l'implication naissante des sages-femmes au sujet du réseau de psychiatrie périnatale.

Pour finir cette étude dévoile la volonté des sages-femmes d'être davantage formées au sujet des troubles périnataux et de leurs prises en charge.

En périnatalité, un travail en réseau est indispensable. C'est pourquoi il pourrait être bénéfique d'organiser dans le département, ou dans la région, une journée d'informations lors de laquelle des professionnels exerçant dans ces unités

présenteraient leur travail et leurs locaux. Bien évidemment une collaboration entre professionnels de la périnatalité et avec le réseau de périnatalité est nécessaire. De cette journée pourrait naître une collaboration entre les différents acteurs de la santé afin de créer une plateforme territoriale d'appuis aux situations complexes par le biais de l'ARS.

De plus, pourquoi ne pas mettre en place des formations interprofessionnelles sur les troubles maternels de la périnatalité, leurs dépistages et leurs prises en charge, comme des formations validant le DPC des sages-femmes et s'intégrant dans le plan de psychiatrie et de santé mentale 2011-2015.

Des outils de dépistage pourraient être mis à disposition des sages-femmes pour les aider dans leur diagnostic, par exemple l'échelle de dépression postnatale d'Edinburgh.

En 2013, l'OMS a lancé un plan d'action pour la santé mentale qui s'étend jusqu'en 2020, ce qui suggère que cette action de prévention sera toujours d'actualité dans l'avenir.

BIBLIOGRAPHIE

1. Société Marcé Francophone. Société Marcé Francophone - Unités Mère-Enfant. 2014 [cité 10 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.marce-francophone.fr>
2. Dagens V, Chardeau P. Unités d'hospitalisation temps plein mère-enfant en psychiatrie périnatale. [Httpwwwem-Premiumcomlamauniv-Amufrdatatraitesps37-68364](http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/1124968/resultatrecherche/11) [Internet]. 28 juin 2017 [cité 7 mars 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/1124968/resultatrecherche/11>
3. Ministre de la Santé et de l'Action Humanitaire. Circulaire du 11 Décembre 1992 : La santé mentale des enfants et adolescents [Internet]. décembre, 1992. Disponible sur: http://dcalin.fr/textoff/sante_mentale_1992.html
4. Ministère chargé de la Santé & Ministère chargé des Solidarités - Plan de psychiatrie et de santé mentale 2005-2008 [Internet]. [cité 6 mars 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf
5. Ministère de la santé et des solidarités - CIRCULAIRE N°DHOS/DGS/O2/6C/2005/300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité [Internet]. [cité 6 mars 2018]. Disponible sur: http://www.rpfc.fr/espacepro/wp-content/pdf/Circulaire_04_07_05_Collaboration_medico_psy.pdf
6. Ministère de la Santé et de la Protection sociale - Plan de périnatalité 2005-2007 [Internet]. [cité 6 mars 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
7. Ministère chargé de la Santé & Ministère chargé des Solidarités - Plan Psychiatrie et Sante Mentale 2011-2015 [Internet]. [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015-2.pdf
8. CH Montfavet Avignon. L'organisation en pôles et services « Centre Hospitalier Montfavet Avignon [Internet]. 2018 [cité 10 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.ch-montfavet.fr/decouvrir-le-chm/organisation-de-letablissement/organisation-en-poles-et-services/>
9. CH Edouard Toulouse. Unité Parents Bébé - Centre Hospitalier Edouard Toulouse [Internet]. 2016 [cité 10 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.ch-edouard-toulouse.fr/Unite-Parents-Bebes.html>

10. CH Valvert. Site Internet du Centre Hospitalier Valvert - Etablissement Public de Santé spécialisé en psychiatrie [Internet]. 2015 [cité 10 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.ch-valvert.fr/presentation/presentation.asp>
11. Chardeau P, Lafont V. Unités mère-enfant en psychiatrie périnatale. [Httpwwwem-Premiumcomlamauniv-Amufrdatatraitesps37-45827](http://www.em-Premiumcomlamauniv-Amufrdatatraitesps37-45827) [Internet]. 10 déc 2007 [cité 4 janv 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/66291/resultatrecherche/3>
12. Nezelof S, Sutter A-L, Rainelli C, Dugnat M. Les unités mère-bébé, un dispositif de soins en psychiatrie périnatale. [Httpwwwem-Premiumcomlamauniv-Amufrdatarevues16340760v11i98S1634076012000042](http://www.em-Premiumcomlamauniv-Amufrdatarevues16340760v11i98S1634076012000042). 10 févr 2012;11(98):12-5.
13. Sutter-Dallay A-L. Les unités mère-enfant en psychiatrie périnatale. *J Psychol*. 1 janv 2011;(261):22-5.
14. ARS - INVENTAIRE DES STRUCTURES DE PSYCHIATRIE ET DES STRUCTURES EN LIEN AVEC LA PSYCHIATRIE EN PACA - 23/11/2017 [Internet]. [cité 5 mars 2018]. Disponible sur: https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2017-12/Dpt13_inventaire_2017.pdf
15. Sutter-Dallay A-L. Psychose et maternité. *Inf Psychiatr*. 15 nov 2012;me 86(2):153-61.
16. La dépression de la mère et le développement de l'enfant. *Paediatr Child Health*. oct 2004;9(8):589-98.
17. Dr Katell Faure, Matthieu Legras, Dr Anne-Sophie Chocard, Pr Philippe Duverger -Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum - novembre 2011 [Internet]. [cité 22 févr 2018]. Disponible sur: <http://psyfontevraud.free.fr/pedopsychiatrie/Publications2/Article%20Troubles%20psychiques%20Grossesse%20et%20Post%20Partum.pdf>
18. Ameli. Prado, le service de retour à domicile après un accouchement [Internet]. 2017 [cité 23 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sage-femme/actualites/prado-le-service-de-retour-domicile-apres-un-accouchement>
19. Data.gouv. Centres de protection maternelle et infantile (PMI) - Data.gouv.fr [Internet]. 2017 [cité 23 févr 2018]. Disponible sur: [/fr/datasets/centres-de-protection-maternelle-et-infantile-pmi/](https://data.gouv.fr/datasets/centres-de-protection-maternelle-et-infantile-pmi/)
20. Sutter-Dallay A-L, Guédeney N. Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites. [Httpwwwem-Premiumcomlamauniv-Amufrdatatraitesps37-50484](http://www.em-Premiumcomlamauniv-Amufrdatatraitesps37-50484) [Internet]. 20

août 2009 [cité 12 févr 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/224072/resultatrecherche/1>

21. Catherine Isserlis, Anne-Laure Sutter-Dallay, Michel Dugnat, Nine Glangeaud-Freudenthal. Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce. Petite Enfance Parentalité [Internet]. Toulouse 2008 [cité 10 févr 2017]; Disponible sur: http://www.cairn.info.lama.univ-amu.fr/resume.php?ID_ARTICLE=ERES_DUGNA_2008_02_0003
22. Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010 - Rapports - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 23 févr 2018]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_enp_2016.pdf
23. Améli. Le traitement de la dépression [Internet]. 23 février 2018 [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/troubles-depressifs/traitement-mis-place>
24. FFK. Définition de la Kinésiologie - Fédération Française de Kinésiologie [Internet]. 2013 [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <http://federation-kinesiologie.fr/Definition-de-la-Kinesiologie-Specialisee>
25. Laure de Montalembert & Didier Pachoud - Bulletin n° 63 du GEMPPI - Quand les énergies se déglissent : 2 exemples entre mille : La kinésiologie - 7 janvier 2005 [Internet]. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.prevensectes.com/kinesio.pdf>
26. Thiry A. Chapitre premier - Définitions de la PNL. In: Que sais-je ? [Internet]. Presses Universitaires de France; 2016 [cité 25 févr 2018]. p. 5-20. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/la-programmation-neuro-linguistique-pnl--9782130735076-page-5.htm>
27. Thiry A. Conclusion. In: Que sais-je ? [Internet]. Presses Universitaires de France; 2016 [cité 25 févr 2018]. p. 119-20. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/la-programmation-neuro-linguistique-pnl--9782130735076-page-119.htm>
28. Collège National des Généralistes Enseignants - Référentiel métier : compétence du médecin généraliste - 01/06/2009 [Internet]. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Referentiel_Metier_et_Competences_MG.pdf
29. CH Charles Perrens - Réseau de Psychiatrie Périnatale : plaquette d'information - juin 2017 [Internet]. [cité 5 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.ch-perrens.fr/sites/default/files/files/Offre%20de%20soin/plaquette%20UME%20RPP.pdf>

30. PAPS. PAPS PACA: Service d'appui/réseaux de santé [Internet]. 2015 [cité 5 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.paca.paps.sante.fr/Service-d-appui-reseaux-de-sante.35965.0.html>
31. PAPS. PAPS Portail: Equipes de soins primaires et communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. 2015 [cité 5 mars 2018]. Disponible sur: <http://paps.sante.fr/index.php?id=41832>
32. Code de la Santé Publique - Les compétences générales des sages-femmes Partie législative - 28 octobre 2015 [Internet]. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/Comp%C3%A9tences-g%C3%A9n%C3%A9rales-des-sages-femmes.pdf>
33. Conseil de perfectionnement des écoles - Coursus LMD Maïeutique - 4 juin 2009 [Internet]. [cité 26 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.anfic-sages-femmes.fr/secure/zc/176/1027>
34. ANDPC. Agence DPC | Agence nationale du Développement Professionnel Continu Engagée pour un DPC de qualité [Internet]. 2018 [cité 1 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/>
35. HAS - Comment mieux informer les femmes enceintes? Recommandations pour les professionnels de santé - Avril 2005 [Internet]. [cité 26 févr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
36. Sutter-Dallay A-L, Dequae-Merchadou L, Glatigny-Dallay E, Bourgeois M-L, Verdoux H. Impact de la dépression postnatale maternelle précoce sur le développement cognitif du nourrisson : étude prospective sur 2 ans, Summary. Devenir. 14 mars 2008;20(1):47-63.

ANNEXES

Annexe I : Outil de recueil des données : le questionnaire utilisé

Annexe II : Carte des Unités Mère Bébés

Annexe III : Affiche de la Journée « portes ouvertes » de l'Unité Parents-Bébés, le jeudi 15 mars 2018 et Conférence de Régine Prat sur la « Naissance des parents : chaos, changement de rythme et clinique du post-trauma »

Annexe IV : Argumentaire de la 29^e édition de la Semaine d'Information sur la Santé Mentale : Santé mentale, parentalité et enfance du 12 au 25 mars 2018

Annexe V : Edinburgh Postnatal Depression Scale Translation – French

Annexe I : QUESTIONNAIRE MÉMOIRE FIN D'ÉTUDES

Bonjour, je suis Laurie Amico, étudiante en M1 à l'école de maïeutique de Marseille.

La prise en charge des troubles psychologiques et psychiatriques dans le domaine de la périnatalité est un enjeu majeur en santé publique. C'est pourquoi, pour mon mémoire de fin d'études, j'ai choisi d'étudier les unités de soins spécialisés, mère-enfant.

Le questionnaire est entièrement anonyme et sera à votre disposition jusqu'au 31 octobre 2017.

Je me chargerai de récupérer moi-même les questionnaires et, si vous le souhaitez, les résultats pourront vous être communiqués ultérieurement.

Je vous remercie par avance pour vos réponses et le temps que vous m'avez accordé.

1. Connaissez-vous les unités de soins spécialisés, mère-enfant ?

☐ OUI

☐ NON

- Si oui, indiquez celle qui est la plus proche.

.....

2. Quel(s) est(sont) le(s) rôle(s) des unités mère-enfant (UME) ? (plusieurs réponses possibles)

☐ Prise en charge dans le post-partum des troubles psychiatriques maternels

☐ Prise en charge des troubles psychiatriques de la femme en dehors de la périnatalité

☐ Prise en charge des troubles psychiatriques chez la femme enceinte

☐ Accompagnement et soutien du père

☐ Maintenir à tout prix l'enfant dans son milieu familial

☐ Préserver le lien mère-enfant dans un contexte de placement

3. D'après vous, quels sont les facteurs pouvant favoriser l'apparition de troubles psychologiques dans le post-partum, chez une femme enceinte :

.....
.....
.....
.....

4. Avez-vous déjà dépisté une détresse psychologique nécessitant un suivi particulier chez une patiente ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, dans quel contexte :

☐ Entretien prénatal précoce ☐ Consultation grossesse ☐ Suites de couches
☐ PRADO ☐ PMI ☐ Autres :

Et vers qui l'avez-vous orienté :

☐ Psychologue – Psychiatre ☐ CMP ☐ SF PMI ☐ UME
☐ Autres :

5. Avez-vous eu une formation concernant le dépistage des troubles périnataux ?

☐ OUI ☐ NON

6. Avez-vous eu une formation concernant l'orientation de ces patientes ?

☐ OUI ☐ NON

7. Dans votre entourage professionnel, les connaissances sur les UME sont :

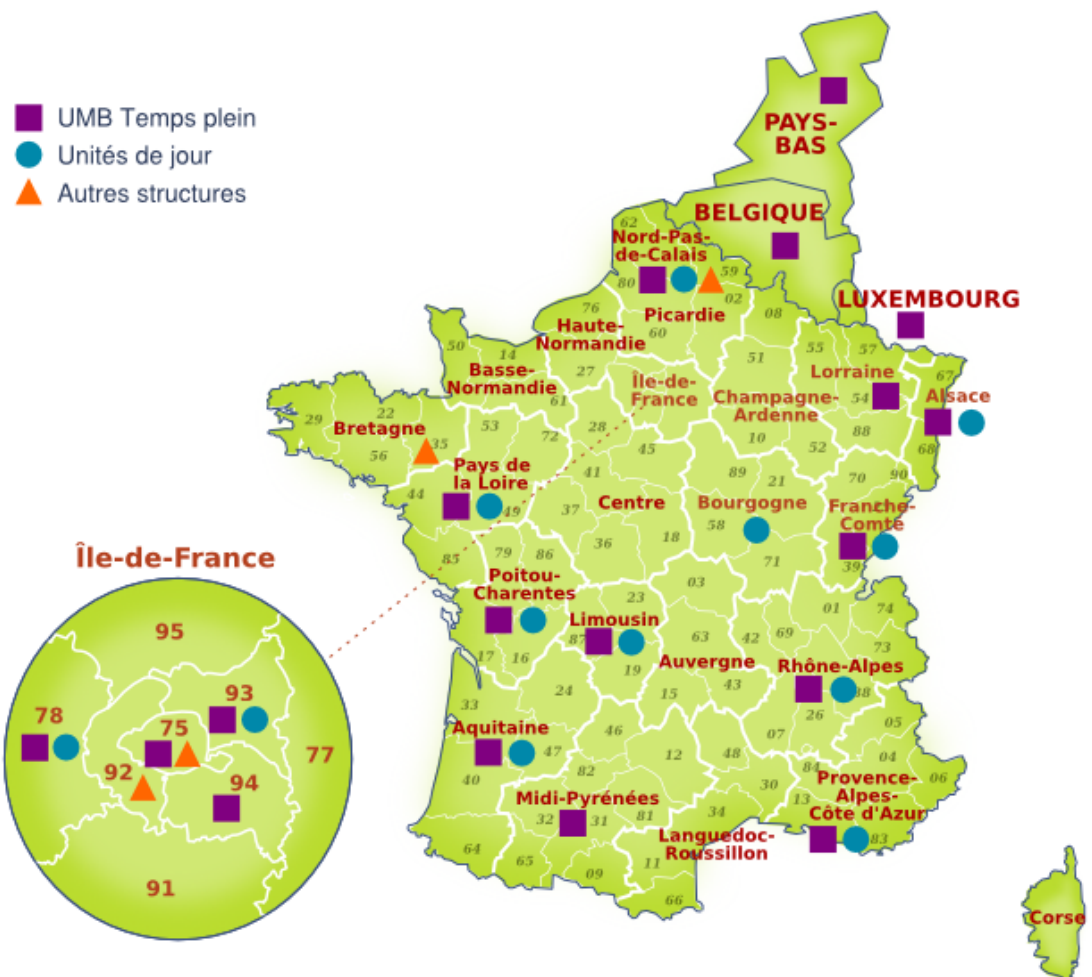
☐ Insuffisantes ☐ Passables ☐ Satisfaisantes ☐ Très satisfaisantes

8. Une formation sur le dépistage des troubles psychologiques, l'orientation des patientes et les UME, vous serait :

☐ Inutile ☐ Nécessaire ☐ Sans opinion

Annexe II :

Cartes des Unités Mère-Bébés en France, en Belgique et au Luxembourg.



Annexe III :

Affiche de la Journée « portes ouvertes » de l'Unité Parents-Bébés, le
jeudi 15 mars 2018 et Conférence de Régine Prat

*Journée "Portes Ouvertes" de
l'Unité Parents-Bébés
jeudi 15 mars 2018*
de 9h à 17h Pavillon « Les amandiers 3 »
Centre Hospitalier de Montfavet

Conférence de Régine Prat
Psychologue-Psychanalyste membre de la SPP (Société Psychanalytique de Paris),
AFFOBEB (Association Francophone des Formateurs à l'Observation de Bébé selon Esther Bick),
GERPEN (Groupe d'Etudes et de Recherche Psychanalytiques pour le développement
de l'Enfant et du Nourrisson)

« Naissance des parents : chaos, changement de
rythme et clinique du post-trauma »
12h30-14h salle de spectacle
Centre Hospitalier de Montfavet

Pour visiter
l'Unité Parents-Bébés
et/ou
assister à la conférence
inscrivez-vous sur le site de
l'ARIP : www.arip.fr
avant le 8 mars 2018

**Semaines d'information
sur
la santé mentale**

Journée réservée aux professionnels - Entrée libre et gratuite

Avec le soutien
De l'ARIP

Annexe IV

Argumentaire de la 29^e édition de la Semaine d'Information sur la Santé Mentale : Santé mentale, parentalité et enfance du 12 au 25 mars 2018

santé mentale

29^{es} Semaines d'information sur la santé mentale du 12 au 25 mars 2018

« Le bien être, c'est être bien. C'est un droit et un devoir, envers soi, envers les autres, dès le plus jeune âge »¹. La question du bien-être et de la préservation d'une bonne santé mentale tout au long de sa vie se pose très tôt.

« Environ 20% des enfants et des adolescents dans le monde présentent des troubles ou des problèmes mentaux. Dans la moitié des cas, les troubles mentaux² se déclarent avant l'âge de 14 ans. Ils figurent parmi les principales causes d'incapacité chez les jeunes dans le monde.³ » (OMS). En France, c'est un enfant sur huit qui serait concerné par ces troubles⁴. Une prise en compte précoce des troubles conditionne leur évolution. De plus, l'apparition d'un trouble chez un enfant touchant également les proches, il est important de les associer et de mieux les accompagner au repérage, dès la périnatalité⁵.

Si la naissance d'un enfant est un événement clé dans la vie, il est aujourd'hui reconnu que l'accouchement peut engendrer divers troubles psychiques maternels. La dépression postnatale est l'un des troubles du post-partum les plus largement étudiés et concernerait entre 10 et 20 % des mères⁶. Quant au baby blues, il toucherait entre 50 et 80 % des femmes et 5 à 10% des hommes⁷.

Les questions liées à la parentalité peuvent également se poser lorsque l'on fait face soi-même à une souffrance ou à des troubles psychiques. Cela peut impacter les 3 dimensions du concept de parentalité définies par Didier Houzel : l'exercice de la parentalité (ensemble des droits et des devoirs), les pratiques de la parentalité (les actes concrets de la vie quotidienne) et l'expérience de la parentalité (le fait de se sentir ou non parent).

Cette 29^e édition des SISM sera l'occasion d'échanger autour des pistes d'actions possibles pour favoriser le bien-être des enfants, promouvoir la santé mentale dès le plus jeune âge, accompagner la parentalité de tous, et en particulier des personnes souffrant de troubles psychiques.

Ces questions pourront être abordées lors des actions organisées pendant les 29es SISM :

- Comment promouvoir la santé mentale et le bien-être des enfants ? Quels rôles pour les familles ? La communauté éducative ? Les acteurs du soin ?
- Quelles ressources pour répondre aux besoins de santé mentale des enfants ?
- Comment prendre en compte les facteurs sociaux et environnementaux (précarité, habitat, chômage etc.) qui agissent sur le bien-être et la santé mentale ?
- Quels accompagnements à la parentalité pour les parents souffrant de troubles psychiques ?
- Les troubles psychiques de l'enfant : Quelles particularités ? Troubles internalisés, externalisés ? Quels dépistages ? Quelles réponses ? Quels accompagnements pour l'enfant et les parents ?
- Les problèmes de santé mentale avant, pendant et après la grossesse ?
- Baby blues, dépression parentale, post-partum : et les pères ?
- Parents d'enfants, parents d'adolescents : Quelles évolutions ? Quelles continuités ? Quelles spécificités ?
- Comment accompagner au mieux les nouvelles formes de parentalité dans toutes leurs diversités ?

Nous vous invitons à ouvrir le débat sur ces questions.

Mots-clés : enfant, enfance, adolescence, parents, parentalité, grossesse, accouchement, babyblues, post-partum, périnatalité

¹ Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes, Rapport du Pr Moro et de M. Brison au Président de la République, 2016

² Troubles mentaux : autisme, hyperactivité, troubles obsessionnels compulsifs, troubles de l'humeur, anxiété, anorexie, boulimie etc,

³ 10 faits sur la santé mentale - OMS

⁴ Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent, INSERM, 2003

⁵ Mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France, Sénat, 2017

⁶ Du pré-partum au post-partum : étude des profils et des symptomatologies maternelles, Poggi, Bertoli, Séjourné, Chabrol, Goutaudier, 2016

⁷ A Longitudinal Study of Paternal Mental Health During Transition to Fatherhood as Young Adults, Garfield and co, 2014

Les Semaines d'information sur la santé mentale (SISM) s'adressent au grand public. Chaque année, citoyens, associations, professionnels organisent des actions d'information et de réflexion dans toute la France.

Les Semaines d'information sur la santé mentale auront lieu du 12 au 25 mars 2018.

A partir du thème annuel fixé par le Collectif national des SISM, chacun peut prendre l'initiative d'organiser une action répondant aux objectifs des SISM.

1. le public aux questions de Santé mentale.
2. , à partir du thème annuel, sur les différentes approches de la Santé mentale.
3. par cet effort de communication, acteurs et spectateurs des manifestations, professionnels et usagers de la santé mentale.
4. au développement des réseaux de solidarité, de réflexion et de soin en santé mentale.
5. les lieux, les moyens et les personnes pouvant apporter un soutien ou une information de proximité.

Association des établissements participant au service public de santé mentale (ADESM) • Association ADVOCACY • Association française de psychiatrie (AFP) • Association des maires de France (AMF) • Association nationale des maisons des adolescents (ANMDA) • Association Nationale des Psychiatres Présidents de CME (ANPCME) • Réseau documentaire en santé mentale (ASCODOCPSY) • Centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France)/EPSM Lille-Métropole • Centre national audiovisuel en santé mentale (CNASM) • Ecole des parents et des éducateurs (EPE) • Association élus, santé publique et territoires (ESPT) • Fédération française des psychologues et de psychologie (FFPP) • Fédération française de psychiatrie (FFP) • Fédération nationale des associations liées aux troubles du comportement alimentaire (FNA-TCA) • Fédération des acteurs de la solidarité (ex-Fnars) • Fédération nationale des associations d'usagers de la psychiatrie (Fnapsy) • Mutualité française Ile-de-France • Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) • Société française de santé publique (SFSP) • Santé Mentale France • Société médicale Balint • Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)

Partenaire media :



Information, inscription et programme : www.semaine-sante-mentale.fr

Facebook :

Twitter :

Contacts

Collectif national des SISM : 01 45 65 77 24 - mail :

Annexe V :

Edinburgh Postnatal Depression Scale Translation – French



Perinatal Services BC
An agency of the Provincial Health Services Authority

Edinburgh Postnatal Depression Scale Translation – French

Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg

Name: _____ Date: _____

Si vous êtes enceinte : Nombre de semaines de grossesse _____

Si vous avez donné naissance : Nombre de semaines après l'accouchement _____

Vous allez avoir un bébé (ou vous venez d'avoir un bébé) et nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Veuillez cocher la réponse qui vous semble décrire le mieux comment vous vous êtes sentie au cours des 7 derniers jours et pas seulement au jour d'aujourd'hui. Dans l'exemple ci-dessous, « X » signifie « je me suis sentie heureuse la plupart du temps pendant la semaine qui vient de s'écouler ».

EXEMPLE : Je me suis sentie heureuse
____ Oui, tout le temps
 X Oui, la plupart du temps
____ Non, pas souvent
____ Non, pas du tout

Veuillez compléter les questions qui suivent de la même façon.

Au cours des derniers 7 jours :

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté
____ Aussi souvent que d'habitude
____ Pas tout-à-fait autant
____ Beaucoup moins souvent ces jours-ci
____ Absolument pas
2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir
____ Autant que d'habitude
____ Plutôt moins que d'habitude
____ Beaucoup moins que d'habitude
____ Pratiquement pas
3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal
____ Oui, la plupart du temps
____ Oui, parfois
____ Pas très souvent
____ Non, jamais
4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs
____ Non, pas du tout
____ Presque jamais
____ Oui, parfois
____ Oui, très souvent
5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans raisons
____ Oui, vraiment souvent
____ Oui, parfois
____ Non, pas très souvent
____ Non, pas du tout

West Tower, 3rd Floor, 555 West 12th Avenue
Vancouver, BC V5Z 3X7

Main Line: 604.877.2121
Fax: 604.872.1987

www.perinatalservicesbc.ca

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements
___ Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
___ Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
___ Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
___ 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
___ Oui, la plupart du temps
___ Oui, parfois
___ Pas très souvent
___ Non, pas du tout
8. Je me suis sentie triste ou malheureuse
___ Oui, la plupart du temps
___ Oui, très souvent
___ Pas très souvent
___ Non, pas du tout
9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré
___ Oui, la plupart du temps
___ Oui, très souvent
___ Seulement de temps en temps
___ Non, jamais
10. Il m'est arrivée de penser à me faire du mal
___ Oui, très souvent
___ Parfois
___ Presque jamais
___ Jamais

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

Reprinted with permission

Résumé

Introduction : Les Unités Mères-Enfants (UME) sont des structures d'hospitalisations conjointes prenant en charge les pathologies psychologiques maternelles tout en favorisant le développement physique et psychique de l'enfant en maintenant les interactions précoces avec sa mère.

Objectif : Identifier les connaissances des sages-femmes sur le réseau de psychiatrie périnatale, le dépistage des troubles psychologiques et psychiatriques et l'orientation des femmes nécessitant des soins.

Matériels et méthodes : Une étude quantitative descriptive a été réalisée par le biais d'un questionnaire distribué à des sages-femmes hospitalières de Marseille, ainsi qu'aux sages-femmes des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et des sages-femmes libérales du département des Bouches-du-Rhône.

Résultats : L'étude a montré que les sages-femmes ont des connaissances très hétérogènes sur les UME. Il semblerait que les sages-femmes de PMI soient plus informées à ce sujet. En revanche, les sages-femmes ont une bonne connaissance des facteurs de risques des troubles psychologiques. Il en ressort une volonté des sages-femmes d'être davantage formées et informées sur les troubles psychologiques et sur les UME.

Conclusion : Il y a un manque de connaissances des sages-femmes sur les UME. L'enjeu serait de promouvoir davantage ces structures et de créer des formations interprofessionnelles sur les troubles psychologiques et leurs prises en charge. Ce qui en ressort est que le travail en réseau est primordial dans un contexte de psychiatrie périnatale et donc que la sage-femme, professionnel au centre de la périnatalité, doit davantage être sensibilisée sur ces unités.

Mots-clés : Unités mère-enfant, périnatalité, santé mentale.

Abstract

Introduction : The Mother-Baby Units (MBUs) are a system of joint hospitalisation supporting maternal psychological pathologies and favoriting the physical and psychical child development by maintaining early interactions with her mother.

Aim : To identify the midwives's knowledge about the network of perinatal psychiatry, the screening of psychiatric and psychological disorders and the orientation of women needing medical care.

Materials and methods : A descriptive quantitative study have been realised through a questionnaire distributed to hospital midwives of Marseille, and midwives working at maternal and child protection (MCP) centers and liberal midwives of Bouches du Rhône department.

Results : The study showed that midwives's knowledge is very heterogeneous about MBUs. It seems like the midwives of MCP centers are more informed about it. However, midwives have a good knowledge of risk factors of psychological disorders. It shows a will of midwives to be more formatted and informed about the psychological disorders and about the MBUs.

Conclusion : There is a lack of midwives's knowledge about the MBUs. The challenge would be to ensure a real promotion of these systems and to create interprofessional trainings about the psychological disorders and their management. What stands out is that the network job is essential in a context of perinatal psychiatry and so, that the midwife, professionals at the center of the perinatality, have to be more aware of these units.

Keywords : Mother-Baby Units, perinatality, mental health.