DOAN Marie Thérèse
Née le 06/11/1980
A Montbéliard (25200)
6ème semestre d'internat de Médecine Générale

MEMOIRE DE DES DE MEDECINE GENERALE

L'ENTRETIEN POST-NATAL PRECOCE

Analyse des premiers entretiens réalisés dans le cadre du Réseau de Périnatalité du Pays Thur et Doller

DIRECTRICE DU MEMOIRE :

Dr LEVEQUE-KUBLER Marie-Josée

Exerçant à Thann (68800)

Reçu par la Faculté de Médecine
Le_____
Examiné par les Membres du Jury
Le_____
□ Accepté □ Refusé

N° 2009/2010 ANNEE 2009/2010

DOAN Marie Thérèse
Née le 06/11/1980
A Montbéliard (25200)
6ème semestre d'internat de Médecine Générale

MEMOIRE DE DES DE MEDECINE GENERALE

L'ENTRETIEN POST-NATAL PRECOCE

Analyse des premiers entretiens réalisés dans le cadre du Réseau de Périnatalité du Pays Thur et Doller

DIRECTRICE DU MEMOIRE :

Dr LEVEQUE-KUBLER Marie-Josée

Exerçant à Thann (68800)

Lu et pris connaissance,
La directrice du mémoire
Dr LEVEQUE-KUBLER Marie-Josée

SOMMAIRE

Introduction 4
L'entretien post-natal précoce 5
1. Dépistage de la dépression du post-partum 5
2. Exploration du lien mère-enfant 7
3. Encourager l'allaitement maternel 8
Matériels et méthodes 9
Résultats 10
1. Description de la population étudiée 10
2. Résultats concernant le suivi de la grossesse 10
3. Résultats concernant l'accouchement et la naissance 11
4. Résultats concernant l'alimentation de l'enfant 11
5. Résultats concernant le questionnaire mère 11
6. Résultats concernant la réalisation de l'EPNP 15
7. Résultats concernant les conclusions de l'entretien post-natal précoce 16
Discussion 19
1. Concernant le recueil de données 19
2. Concernant le suivi de grossesse 20
3. Concernant l'évaluation du bien-être maternel 20
4. Concernant l'alimentation de l'enfant 21
Conclusion 22
Références bibliographiques 23
Annexes 24
- Annexe 1 : Données Réseau Périnatalité 24
- Annexe 2 : Questionnaire mère 25
- Annexe 3 : Questionnaire praticien 27
- Annexe 4 : Conclusion d'entretien post-natal 29

INTRODUCTION

La grossesse représente une étape importante dans la vie d'une femme, riche en bouleversements physiques et psychiques. Afin que cette période se déroule de la manière la plus sereine et sécurisée qui soit, un calendrier précis détermine le rythme des consultations et examens complémentaires que devra suivre la future mère jusqu'à l'arrivée du nouveau-né[1].

La femme enceinte bénéficie ainsi d'un accompagnement multidisciplinaire durant sa grossesse, qui se poursuit durant le séjour à la maternité avec la présence constante et bienveillante du personnel soignant, lequel dispense les conseils et apprentissages relatifs à ce nouveau statut qu'est la maternité. Les troubles débutants font alors l'objet d'un suivi adapté et personnalisé durant le séjour hospitalier.

Cependant, le retour à domicile tend actuellement à être de plus en plus précoce[2] du fait de contraintes budgétaires, à l'origine de manque de lits et de professionnels de santé dans les maternités. Les premières difficultés peuvent ainsi apparaître alors que les mères se retrouvent confrontées à un nouveau quotidien, en proie à des confusions relatives à la période du post-partum, avec un entourage conjugal et familial plus ou moins présent, face à un nouveau-né dont elles ne maîtrisent pas encore les particularités.

Alors que la consultation post-natale n'est prévue que dans le second mois suivant l'accouchement[3] et que la visite médicale du nouveau-né ne s'effectuera qu'à la fin du premier mois de sa naissance, on peut se demander comment apporter une aide à ces mères qui ne savent pas toujours où s'adresser et comment dépister les femmes présentant des difficultés ou des troubles dépressifs débutants.

Depuis juin 2010, le Réseau de Périnatalité du Pays Thur et Doller (RPPTD) a ainsi mis en place **l'entretien post-natal précoce (EPNP)**. Il s'agit d'une consultation réalisée dans les quinze jours suivant la sortie de la maternité, auprès d'un professionnel de la santé adhérent au RPPTD et ayant reçu une formation préalable. Véritable moment de parole, il ne se substitue pas à la consultation post-natale et n'est en aucun cas un entretien psychologique. Trois points importants y sont abordés, à savoir l'alimentation de l'enfant, la mise en place du lien mère-enfant et le dépistage de la dépression du post-partum. Une attention particulière est également portée sur toute autre question posée durant l'EPNP, afin de pouvoir apporter une réponse adéquate et atténuer les angoisses et inquiétudes.

Dans ce travail, nous allons effectuer une évaluation initiale des premiers entretiens réalisés et l'impact de ce nouvel espace de parole, que ce soit du côté des mères, mais également du côté des professionnels de santé impliqués.

L'ENTRETIEN POST-NATAL PRECOCE

A la manière de l'entretien prénatal du quatrième mois, l'EPNP permet par le dialogue d'accéder au ressenti de la femme sur son nouveau statut de mère. Il s'articule autour de trois items essentiels que nous allons détailler ci-dessous, mais est surtout l'occasion pour la femme de rencontrer un interlocuteur privilégié afin de verbaliser ses inquiétudes et ses doutes, et trouver ainsi des réponses aux diverses questions qu'elle se pose.

1. Dépistage de la dépression du post-partum

La grossesse, l'accouchement et la naissance d'un enfant sont probablement les moments de vie les plus marquants dans la vie d'une femme, à l'origine de nombreux bouleversements physiques et psychiques. Du fait de modifications anatomiques et hormonales[4], le post-partum représente une phase de grande vulnérabilité pour la femme, associée à un sentiment de perte de contrôle[5]. Période de vie considérée comme heureuse, certaines femmes ne le ressentent pas comme telle et se révèlent incapables d'exprimer leur mal-être à leur conjoint ou entourage, préférant alors se réfugier dans le silence, par peur d'être jugée comme étant une mauvaise mère ou par peur d'être séparée de leur bébé[5].

La **dépression du post-partum** concernerait 10 à 20% des accouchements[2,5,6,7], que ce soit sur un terrain pathologique préexistant ou chez une personne exempte jusqu'ici de troubles psychiatriques. Il existe un risque trois fois plus important pour une accouchée de présenter un premier épisode dépressif durant le post-partum[6]. L'impact sur le long terme, à la fois chez la mère et l'enfant, nécessite de dépister précocement les signes débutants afin d'en proposer un traitement adapté et éviter des séquelles ultérieures.

Classiquement, la dépression du post-partum débute dans les quatre à six semaines suivant l'accouchement, mais on peut retenir ce diagnostic pour toute dépression apparaissant dans la première année suivant la naissance[7]. Une partie guérira spontanément en quelques semaines ou mois (durée moyenne de cinq mois)[6], d'autres peuvent évoluer à bas bruit pendant des années.

Le tableau clinique n'est pas celui d'une dépression typique, les symptômes sont plutôt modérés et les idées suicidaires rares. On retrouve essentiellement des sentiments d'incapacité, de dévalorisation, de découragement, avec des inquiétudes marquées sur la santé et les soins du nouveau-né[7]. Les troubles du sommeil et de la concentration sont constants, avec irritabilité, labilité de l'humeur, plaintes somatiques multiples (céphalées, douleurs abdominales…). A ce tableau se rajoute un fort sentiment de culpabilité, l'entourage ne comprenant pas les raisons de ce mal-être dans cette période de vie heureuse, avec difficultés à communiquer et à verbaliser.

Des facteurs de risque sont à connaître dans cette situation[7]:

- Antécédent personnel ou familial de dépression, que ce soit en dehors de toute grossesse, durant la grossesse ou en période post-natale
- Attitude ambivalente vis-à-vis de la grossesse
- Antécédent de fausse-couche, d'accouchement prématuré ou interruption volontaire de grossesse
- Présence d'enfants en bas âge
- Difficultés financières, problèmes de logement
- Evènements de vie négatifs (deuil récent, séparation...)
- Mauvaise estime de soi, manque de temps pour soi
- Conflit entre vie professionnelle et vie familiale
- Eloignement maternel (décès, séparation parentale) durant l'enfance avant l'âge de dix ans
- Relation mère-fille déficiente
- Difficultés conjugales, absence de soutien social

La **psychose puerpérale** touche quant à elle 2‰ des accouchées, entre le cinquième et le vingt-cinquième jour suivant la naissance. Il s'agit d'une urgence thérapeutique, à type de psychose aiguë confuso-délirante à composante dysthymique[8], avec un risque élevé d'infanticide et de suicide maternel. La symptomatologie s'installe assez rapidement, avec des manifestations thymiques au premier plan, associées à des éléments délirants et des hallucinations auditives et/ou visuelles, sur un terrain confusionnel. Dans tous les cas, des signes annonciateurs existaient, 60% des femmes ayant présenté au moins un épisode dysthymique dans la période du post-partum[7].

Les facteurs de risque sont, en plus de ceux cités précédemment, les antécédents familiaux de pathologie psychiatrique, notamment de maladie bipolaire, la primiparité et le célibat maternel[7].

L'hospitalisation de la mère en service spécialisé est indiquée. Si les conditions de sécurité le permettent, elle peut avoir lieu en unité mère-enfant, afin de permettre le développement du lien le plus rapidement possible[8].

2. Exploration du lien mère-enfant

Durant la grossesse, la femme intègre de manière inconsciente différents processus psychoaffectifs afin de préparer la maternalité.

En 1956, D. Winnicott, pédiatre et psychanalyste, décrit le concept de **préoccupation maternelle primaire**, qui représente un état psychique spécifique, se développant dans les semaines précédant et suivant la naissance d'un enfant. Il s'agit d'un état d'hypersensibilité maternelle lui permettant de fournir une attention toute particulière aux divers besoins de l'enfant, lui offrant une continuité d'existence et la possibilité d'évoluer dans un milieu rassurant, adapté à ses besoins[9].

Lors de l'entretien, nous pouvons déjà analyser la manière dont la mère porte l'enfant et l'installe dans la salle, il s'agit du concept d'**object-presenting**. Souvent, l'enfant est dans son cosy, mais il est intéressant de voir comment et où la mère pose ce cosy. Elle peut le poser par terre, puis s'accroupir et détacher l'enfant afin de le prendre dans les bras et nous le présenter. Elle peut également le poser par terre et le laisser dans son cosy, tourné soit vers notre direction, soit vers le mur, pour s'assoir en face de nous et commencer la consultation. Elle peut aussi le poser sur la table d'examen et aller s'assoir pour débuter la consultation, son enfant étant hors de portée de main et de vue.

Ensuite, nous pouvons observer le **regard** que porte la mère à son enfant, et réciproquement, celui que porte l'enfant à sa mère. La durée et sa qualité seront appréciées, le visage de la mère étant le premier miroir de l'enfant. Habituellement, une mère se sent valorisée, gratifiée, dans le regard de son enfant. Mais il peut arriver que certains bébés détournent le regard ou ne fixent pas longtemps le visage de leur mère.

Le **holding** est la manière de tenir l'enfant, de préparer un nid avec les bras de la mère pour contenir le bébé, en prenant soin de soutenir la nuque lors des changements de position. La mère assure ainsi un cocon protecteur pour l'enfant contre l'extérieur. De même, on remarquera l'ajustement des postures de la mère quand elle tient l'enfant contre elle.

Le **handling** est la façon dont est manipulé le bébé, lors du déshabillage, du change… En général, la mère est assez précautionneuse, ses gestes sont tendres, réfléchis, elle a peur de « casser » l'enfant. A l'inverse, on peut voir des bébés manipulés comme des objets, sans geste attentionné, sans regard, l'acte (le change par exemple) étant effectué de manière totalement mécanique. La réaction du bébé sera également observée, il peut se détendre, se blottir, ou au contraire, se raidir totalement.

3. Encourager l'allaitement maternel

Selon l'OMS, l'allaitement maternel exclusif permet le développement optimal du nourrisson jusqu'à l'âge de six mois[10].

Au-delà des recommandations, il est important de respecter le projet d'allaitement de la femme. Selon Marc PILLIOT, pédiatre et président de la CoFAM (Coordination Française pour l'Allaitement Maternel) : *« Un allaitement réussi, c'est un allaitement qui dure le temps qu'avait **prévu** et **imaginé** la mère. Réussir son allaitement, c'est très valorisant. A l'inverse, ne pas allaiter le temps prévu, est toujours vécu comme un échec personnel qui la marque pour longtemps »*[4].

Durant l'entretien post-natal précoce, une attention devra être portée aux difficultés de l'allaitement, qui peuvent être traitées rapidement de manière adéquate. Les **douleurs et lésions mamelonnaires**, relativement fréquentes, sont avant tout causées par une mauvaise prise du sein et leur prévention repose sur le positionnement correct de l'enfant[10]. L'observation d'une tétée permet de rectifier la position du bébé et d'expliquer comment celui-ci doit englober l'aréole pour ne pas effectuer de traction sur le mamelon. Cela permet également de s'assurer que le nourrisson déglutit correctement, afin de rassurer la mère sur sa production de lait.

L'**engorgement mammaire** se caractérise par un œdème des seins avec gêne à l'écoulement du lait. Il peut être accompagné de fièvre, frissons et douleur, et évoluer vers la mastite en l'absence de traitement. La prévention repose sur des tétées précoces, sans restriction de fréquence et durée[10]. Le tire-lait peut être utilisé pour l'expression du lait, quand l'enfant ne tête pas de manière efficace ou quand la tension mammaire ne permet pas une prise correcte du sein.

La **mastite** est une inflammation du sein qui peut aller jusqu'à l'infection. Il existe des signes locaux, généralement unilatéraux, associés à des signes généraux de type fièvre ou syndrome pseudo-grippal[10]. Les facteurs favorisants sont les lésions mamelonnaires et l'engorgement mammaire. Le traitement, outre l'éviction des facteurs déclenchants, consiste à drainer le sein et peut faire appel à une antibiothérapie par voie orale compatible avec la poursuite de l'allaitement. Interrompre l'allaitement dans ce cas expose au développement d'un abcès du sein[10].

L'une des craintes les plus courantes des mères est l'**insuffisance de lait**, ainsi que la qualité de leur lait. Il convient de les rassurer, l'incapacité anatomique à produire du lait étant relativement rare[10]. Les mécanismes de sécrétion lactée font suite aux stimulations des seins par l'enfant, il n'est de ce fait pas nécessaire de compléter par des biberons de lait artificiel, au risque de diminuer la production de lait maternel. De plus, la composition et la quantité de lait produite au cours de l'allaitement maternel ne sont pas influencées par l'état nutritionnel de la femme[11], ainsi il n'y a pas lieu de penser que le lait maternel n'est pas « bon » pour le nouveau-né.

MATERIELS ET METHODES

Ce travail a été réalisé dans le cadre du Réseau de Périnatalité du Pays Thur et Doller, sur une durée de dix semaines, s'étalant de mi-juin à fin août 2010.

L'entretien post-natal précoce est réalisé par un praticien, qu'il soit médecin généraliste, médecin de Protection Maternelle et Infantile (PMI), pédiatre, cadre sage-femme, sage-femme libérale ou sage-femme de PMI. Actuellement au nombre de vingt, ils ont tous reçu une formation à l'EPNP, dispensée par le RPPTD en avril 2010.

Le recueil de données a été effectué à partir de quatre documents, qui ont été renvoyés par le praticien ayant réalisé l'EPNP au secrétariat du RPPTD.

Le premier document s'intitule **Données réseau périnatalité** (Annexe 1). Il est complété par la secrétaire du RPPTD, à partir des dossiers de suivi de grossesse et contient les informations d'ordre administratif : âge et profession de la mère, nombre d'enfants, inclusion dans le RPPTD, suivi de la grossesse, nombre de consultations et échographies obstétricales, date et lieu de l'accouchement, mode de naissance.

Le second document est le **questionnaire mère** (Annexe 2). Il est remis aux patientes lors de leur séjour à la maternité par le médecin assurant le suivi hospitalier du nouveau-né, en même temps que la liste des praticiens habilités à réaliser l'EPNP. Il leur est demandé de compléter ce questionnaire au domicile et de l'apporter le jour de l'entretien. Il explore le ressenti de la mère et les difficultés rencontrées depuis le retour à domicile, relatives notamment à l'organisation du quotidien et l'alimentation du nouveau-né.

Le troisième document est le **questionnaire praticien** (Annexe 3). Il est transmis aux professionnels de santé par courriel. Il est complété durant l'EPNP et explore différents volets : mode de vie de la mère, informations sur la naissance de l'enfant et son vécu, mode d'alimentation de l'enfant, présence de signes évocateurs de dépression du post-partum, mise en place du lien mère-enfant.

Enfin, le quatrième document est la **conclusion de l'entretien post-natal** (Annexe 4), également transmis par courriel, qui renseigne sur l'orientation donnée à l'issue de l'entretien, à savoir une consultation auprès de la psychologue, pédopsychiatre, diététicienne, puéricultrice de PMI, consultante en lactation, médecin traitant ou autre.

RESULTATS

Les résultats de l'étude proviennent de l'analyse de 23 EPNP complétés et 33 conclusions d'EPNP. Seuls 11 questionnaires mères ont été remplis et remis aux praticiens lors de l'entretien.

1. Description de la population étudiée

Sur notre population étudiée, l'âge moyen des femmes est de 29,61 ans, avec un écart-type de 5,24 ans, les extrêmes allant de 23 à 40 ans.

Elles sont primipares pour 60,9% d'entre elles. Les femmes multipares qui représentent ainsi 39,1% des effectifs comptent une femme qui a deux enfants plus âgés, les autres déclarent un enfant plus âgé. L'âge moyen des enfants est de 5 ans, les extrêmes allant de 18 mois à 14 ans.

Parmi elles, 60,9% sont mariées, 34,8% vivent en union libre et 4,3% sont séparées de leur conjoint.

Concernant la profession, 21,7% d'entre elles n'en ont pas et 4,3% sont dans une situation sociale précaire.

2. Résultats concernant le suivi de la grossesse

Les femmes sont adhérentes au RPPTD pour 95,6% d'entre elles et ont réalisé l'entretien prénatal du quatrième mois pour 82,6% d'entre elles.

Durant la grossesse, le nombre moyen de consultation était de 9,78, les extrêmes allant de 3 à 16 consultations. Toutes ont bénéficié d'échographies obstétricales, pour une moyenne de 3,35. Seules 21,7% des femmes n'ont pas passé les trois échographies recommandées.

Dans le cadre du RPPTD, des consultations spécialisées sont possibles, selon les besoins et les demandes des femmes. On dénombre ainsi :

- 34,8% des femmes ont rencontré la diététicienne (pour un total de 10 consultations)
- 17,4% des femmes ont rencontré la psychologue (pour un total de 17 consultations)
- 4,3% des femmes ont rencontré la pédopsychiatre (pour un total de 3 consultations)
- 4,3% des femmes ont rencontré la sage-femme de PMI (pour un total de 2 consultations)

3. Résultats concernant l'accouchement et la naissance

Toutes les femmes incluses dans l'étude ont donné naissance à la maternité du Centre Hospitalier Saint-Jacques de Thann.

Tous les enfants sont nés après 37 semaines d'aménorrhée (SA), pour un terme moyen à 39,39SA.

Le mode de naissance a été l'accouchement par voie basse pour 69,6% des parturientes, l'accouchement par voie basse instrumentalisée pour 13,1% d'entre elles, par césarienne programmée pour 13,1% d'entre elles et par césarienne en urgence pour 4,3% d'entre elles.

Les suites de l'accouchement ont été simples pour 95,6% des parturientes.

Concernant la surveillance du nouveau-né, l'un d'entre eux, soit 4,3% des enfants, a nécessité un transfert hospitalier vers le Centre Hospitalier de Mulhouse. Il était toujours hospitalisé le jour de l'EPNP.

4. Résultats concernant l'alimentation de l'enfant

L'allaitement maternel est initialement choisi par 72,3% des parturientes comme mode d'alimentation du nouveau-né.

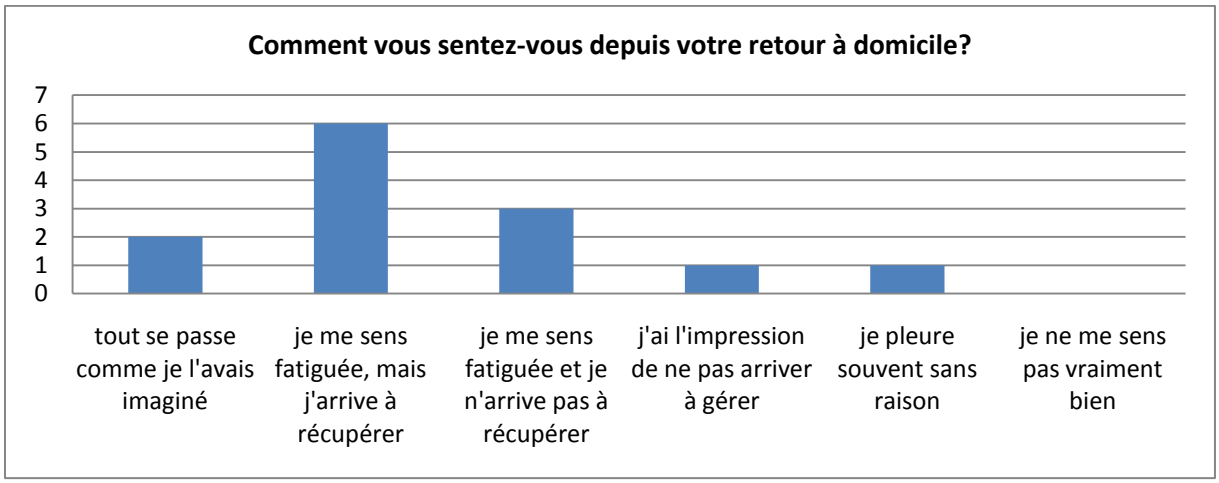
Le jour de l'EPNP, 69,6% des mères continuent d'allaiter, dont 6,2% utilisent le tire-lait électrique du fait de l'hospitalisation de l'enfant. A noter que 6,2% des mères continuent d'allaiter malgré des débuts qu'elles estiment difficiles.

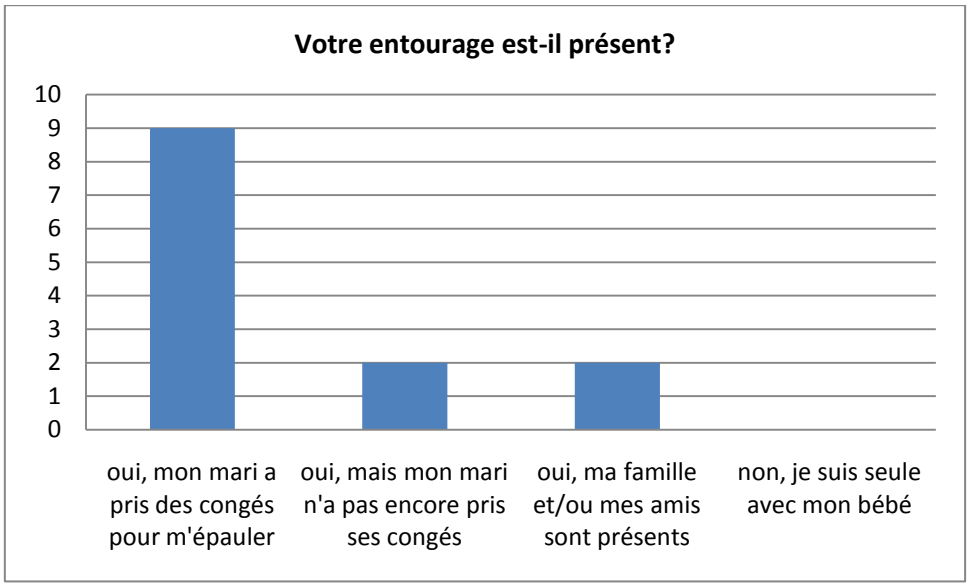
Parmi les mères qui n'allaitent plus, soient deux femmes sur les 23 de notre panel, l'une a stoppé durant le séjour à la maternité car le bébé ne tétait pas correctement et l'autre a arrêté l'allaitement au retour à domicile, devant la présence de crevasses mamelonnaires. La première à avoir interrompu l'allaitement n'a pas donné de réponse quant au vécu de cet arrêt, la seconde n'était pas affectée de cette décision.

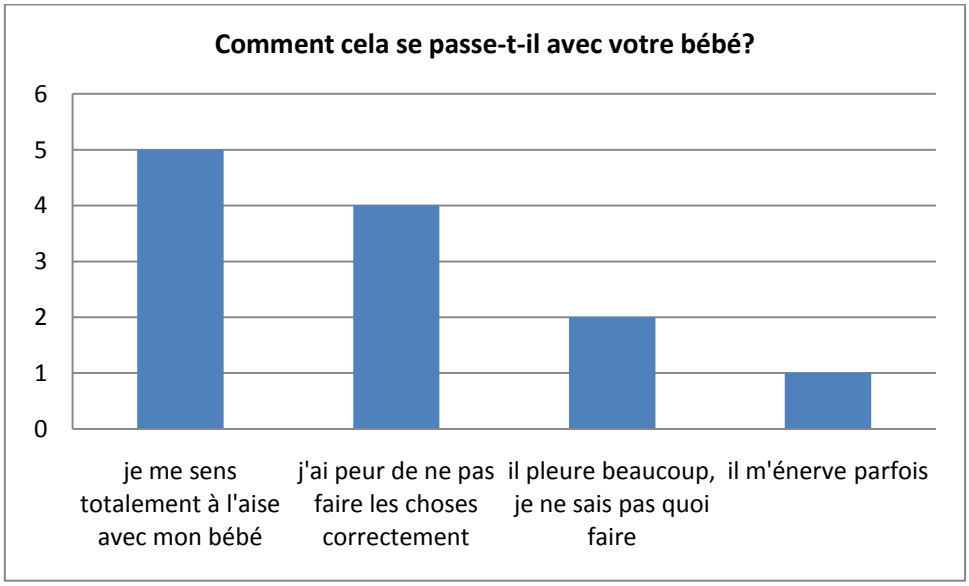
Parmi les 27,7% des femmes qui ont choisi d'alimenter l'enfant par lait infantile, aucune ne souhaitait initialement allaiter.

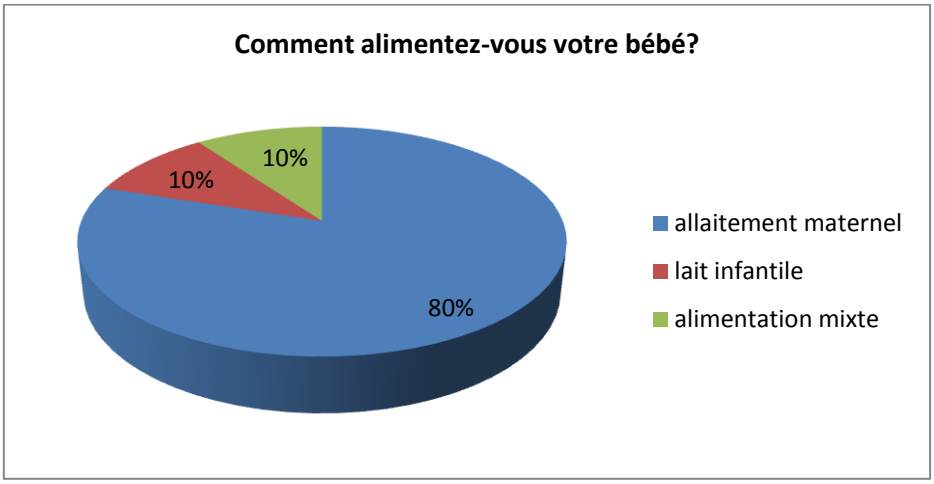
5. Résultats concernant le questionnaire mère

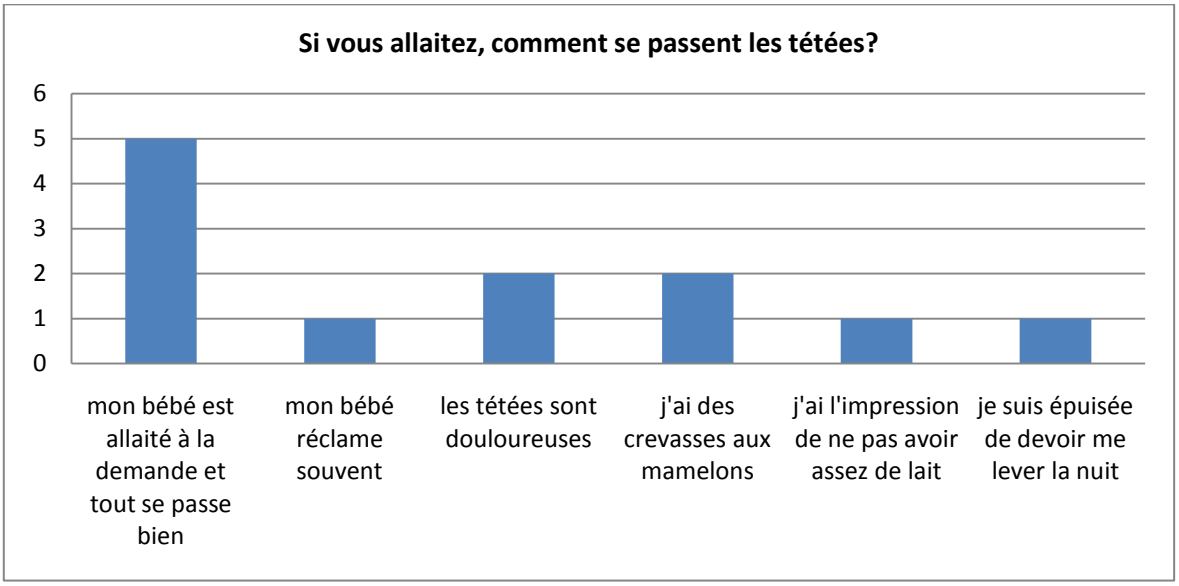
Seuls onze questionnaires complétés par les mères ont été comptabilisés. Sept questions étaient posées aux femmes et plusieurs réponses pouvaient être cochées. Les résultats sont résumés sous forme de graphiques.

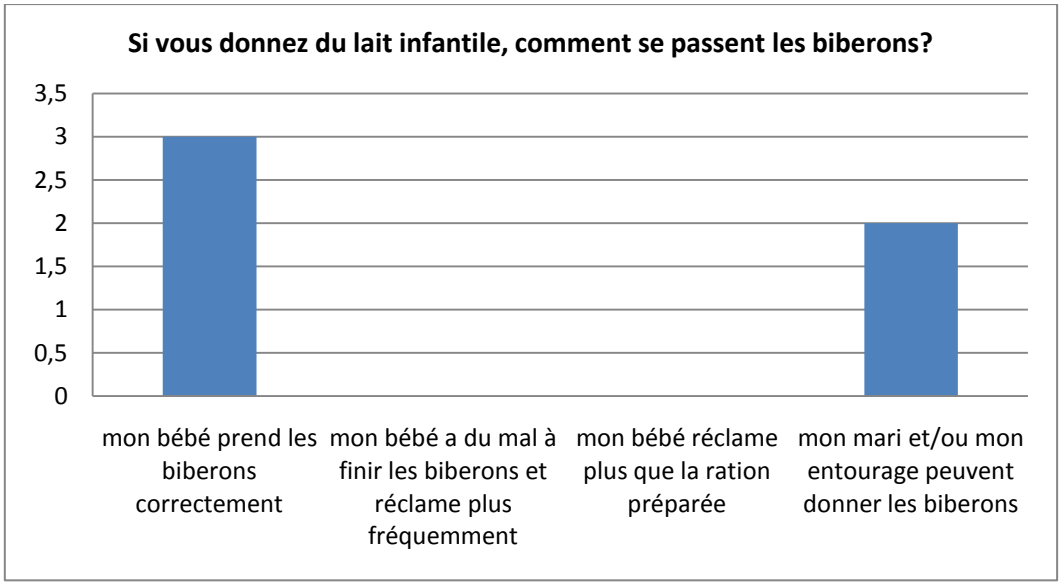

Comment vous sentez-vous depuis votre retour à domicile?
7
6
5
4
3
2
1
0
tout se passe comme je l'avais imaginé
je me sens fatiguée, mais j'arrive à récupérer
je me sens fatiguée et je n'arrive pas à récupérer
j'ai l'impression de ne pas arriver à gérer
je pleure souvent sans raison
je ne me sens pas vraiment bien

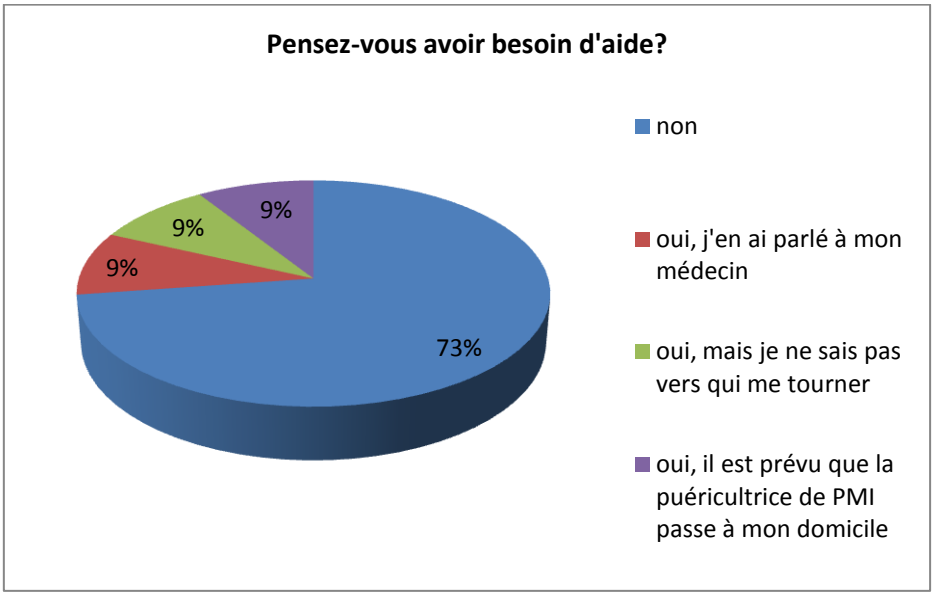

Votre entourage est-il présent?
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
oui, mon mari a pris des congés pour m'épauler
oui, mais mon mari n'a pas encore pris ses congés
oui, ma famille et/ou mes amis sont présents
non, je suis seule avec mon bébé


Comment cela se passe-t-il avec votre bébé?
6
5
4
3
2
1
0
je me sens totalement à l'aise avec mon bébé
j'ai peur de ne pas faire les choses correctement
il pleure beaucoup, je ne sais pas quoi faire
il m'énerve parfois


Comment alimentez-vous votre bébé?
10%
10%
80%
allaitement maternel
lait infantile
alimentation mixte


Si vous allaitez, comment se passent les tétées?
6
5
4
3
2
1
0
mon bébé est allaité à la demande et tout se passe bien
mon bébé réclame souvent
les tétées sont douloureuses
j'ai des crevasses aux mamelons
j'ai l'impression de ne pas avoir assez de lait
je suis épuisée de devoir me lever la nuit


Si vous donnez du lait infantile, comment se passent les biberons?
3,5
3
2,5
2
1,5
1
0,5
0
mon bébé prend les biberons correctement
mon bébé a du mal à finir les biberons et réclame plus fréquemment
mon bébé réclame plus que la ration préparée
mon mari et/ou mon entourage peuvent donner les biberons



Des commentaires libres ont également été laissés, relatifs à la vision de l'EPNP par les mères :

- *« Bonne initiative, rassurant pour les parents, car tous les mécanismes et réactions du bébé ne sont pas encore codifiés. »*
- *« Très bonne initiative pour soutenir les mamans dans leur rôle. »*
- *« J'ai eu des difficultés avec l'allaitement, maintenant tout est réglé. Le personnel soignant de la maternité m'a bien aidé. Mon médecin est là pour les questions. Il est très bien, on a pu discuter librement, sans tabou. Nous avons parlé de tout, cela m'a été très utile pour le moral et la gestion du stress. »*
- *« Très utile et rassurant pour les parents. Cela permet de poser des questions auxquelles nous n'avons pas pensé à la maternité. »*
- *« Le rendez-vous dans les quinze jours m'a vraiment fait du bien, c'est une bonne initiative ! Surtout pour les mamans qui ont des questions qu'elles n'osent en général pas poser. Cela m'a rassuré sur l'allaitement, sur ma fatigue et m'a rappelé de faire chaque chose en son temps. Merci ! »*
- *« Besoin de conseils pour la reprise du travail afin de garder l'allaitement maternel. »*
- *« Très bien ! C'est une bonne idée de proposer cet entretien car une fois à la maison, on se pose de nouvelles questions et on essaye de prendre nos marques avec notre bébé et notre mari. Cet entretien rassure pour voir si on fait bien. »*

6. Résultats concernant la réalisation de l'EPNP

L'EPNP est réalisé en moyenne 14,5 jours après la naissance de l'enfant, avec des extrêmes allant entre 9 et 42 jours.

Le praticien qui effectue l'EPNP est médecin généraliste pour 86,9% des entretiens. 13,1% des femmes ont choisi une sage-femme pour ce moment de parole.

Pour la quasi-totalité des entretiens, soit 95,7%, la mère est accompagnée de son bébé ; à noter que pour les 4,3% restants, l'enfant était hospitalisé le jour de l'EPNP. Pour 60,9% des entretiens, le père du nouveau-né était présent ; pour 4,3%, la sœur de la mère était présente ; pour 4,3%, la mère est venue avec son enfant et sa nièce. Par ailleurs, un EPNP sur les 23 recensés a été réalisé en présence d'un externe en médecine.

D'après les praticiens qui ont réalisés l'EPNP :

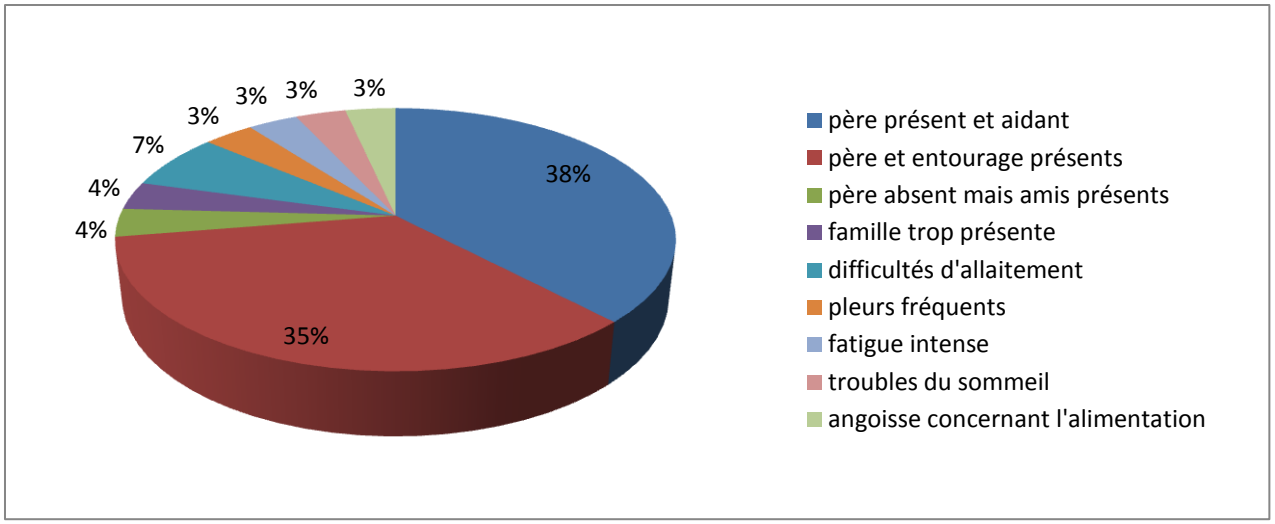
- 52,3% des femmes sont souriantes
- 39,1% des femmes sont souriantes, malgré des signes apparents de fatigue
- 4,3% des femmes sont souriantes, bien que moins présentes que le père
- 4,3% des femmes sont fatiguées et pleurent durant la consultation

L'attitude vis-à-vis du bébé a également été observée, dès l'entrée dans la salle de consultation :

- 60,9% des mères sortent l'enfant du cosy et le présente au praticien
- 34,8% des mères laissent l'enfant qui dort dans le cosy, mais le tourne vers le praticien afin de le lui montrer
- 4,3% des mères sont venues sans l'enfant pour cause d'hospitalisation

Quelques prémices de la mise en place du lien mère-enfant peuvent aussi être analysées, à savoir que pour toutes les mères venues avec leur bébé, qu'ils soient pris dans les bras ou restés dans le cosy, un regard bienveillant et protecteur a été porté sur l'enfant. Pour les enfants pris dans les bras, les gestes de maternage sont présents pour 86,4% des femmes. Pour les 13,6% restants, l'enfant est resté dans le cosy. Aucun comportement pouvant susciter une inquiétude n'a été mentionné dans les questionnaires complétés par les praticiens.

Concernant le vécu du retour à domicile par la mère, plusieurs items pouvaient être choisis. A noter que le conjoint et/ou la famille sont présents pour 95,6% des femmes. Pour 4,3% d'entre elles, le mari vit dans un pays étranger, mais l'entourage proche pallie cette absence. Pour 4,3% autres femmes, l'entourage familial est jugé trop présent, mais les limites ont pu être posées par la mère. A remarquer qu'aucune plainte n'a été portée sur l'enfant, à type de pleurs incessants ou coliques du nourrisson. Le graphique qui suit récapitule les différents items proposés par l'EPNP.



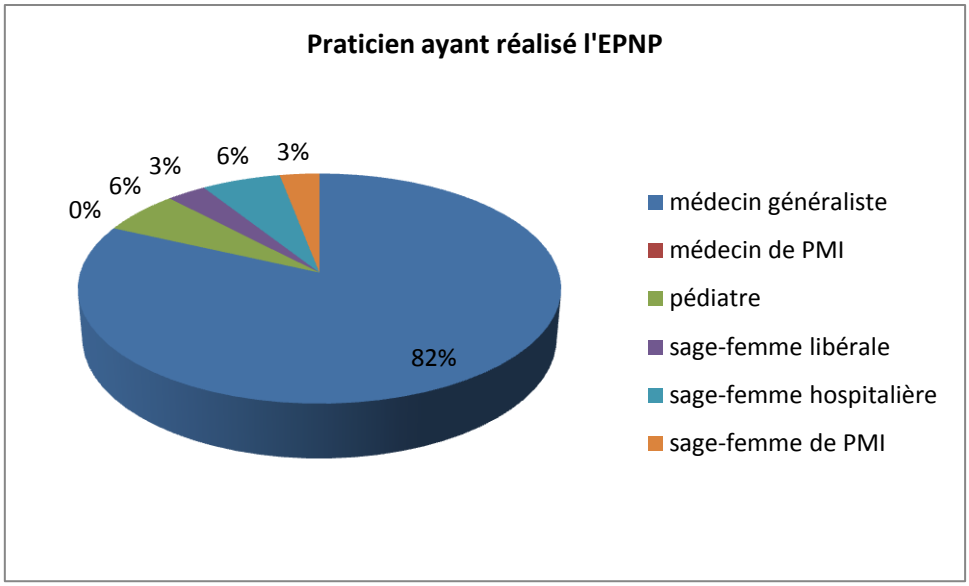
Tous les praticiens se sont sentis à l'aise durant les EPNP et estiment leur formation suffisante pour le moment. La question des aides à domicile serait à approfondir pour l'un d'entre eux.

Par ailleurs, quelques commentaires libres ont été laissés :

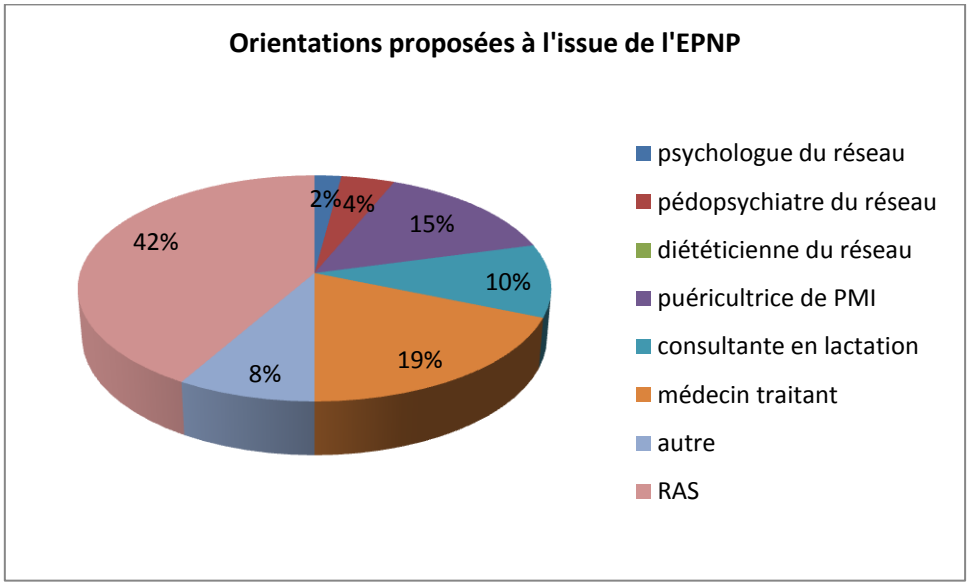
- *« Beaucoup d'appréhension pour ce premier entretien : ressenti SUPER ! »*
- *« Un bémol, ils avaient décidé de me choisir comme médecin pour le bébé. J'ai peur que ce choix des parents soit ressenti comme un vol de clientèle par leur médecin traitant. »*
- *« La patiente a voulu allaiter et le bébé n'a pas su : elle a trouvé que l'équipe la poussait "excessivement" à allaiter, ce qui lui a donné l'envie de partir plus tôt. Elle a beaucoup apprécié qu'une puéricultrice lui donne le choix la première fois : "que voulez-vous, allaiter ou donner le biberon" ? Cet EPNP est vraiment intéressant et sans doute très utile. »*

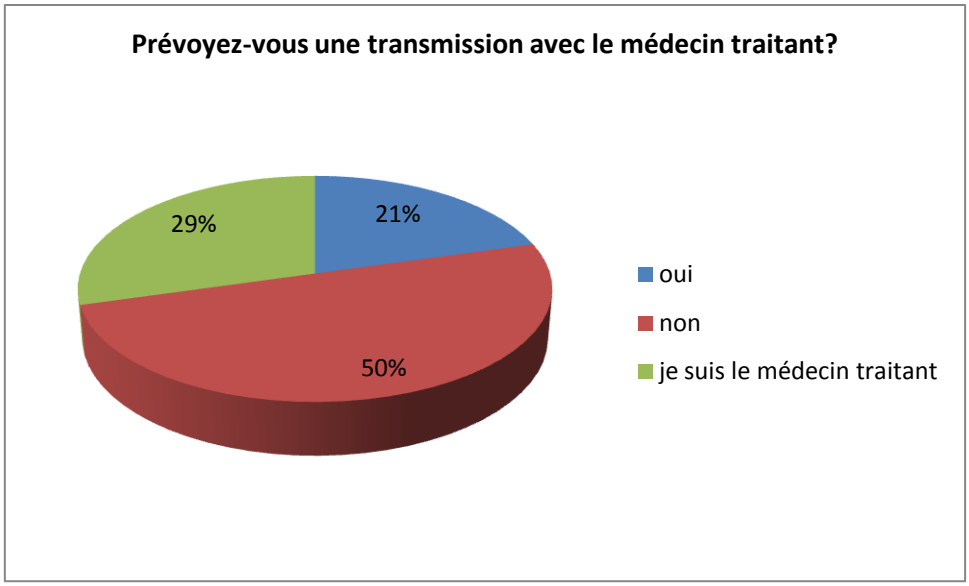
7. Résultats concernant les conclusions de l'entretien post-natal précoce

Au total, 34 conclusions de l'EPNP ont été renvoyées au secrétariat du RPPTD. Elles ont été complétées pour 81,8% par un médecin généraliste, pour 17,4% par une sage-femme et pour 6,1% par un pédiatre.



A l'issue de l'EPNP et avec leur accord, les femmes ont pu être orientées vers d'autres professionnels de santé, dont le médecin traitant pour 19% des cas. Pour 10% des EPNP, une orientation a été demandée vers un autre praticien, non indiqué dans la liste, à savoir un ostéopathe, un pédiatre ou encore un gynécologue. Par ailleurs, dans 42% des cas, la consultation ne relevait pas d'élément nécessitant un suivi rapproché ou une inquiétude du praticien.





D'une manière générale, du point de vue du praticien, les femmes étaient satisfaites de pouvoir s'entretenir avec un professionnel de la santé, aucune réaction négative n'a été rapportée.

Quelques commentaires libres ont également été laissés :

- *« La patiente mentionne avoir "bloqué" son allaitement, en raison des sollicitudes trop prononcées à son goût des différentes sages-femmes (pression des seins, mise aux mamelons "forcée"), tire son lait désormais… »*
- *« Patiente contente, est venue avec une feuille pleine de questions. A pu exprimer ses inquiétudes. Déprime passagère, le bébé ne lui appartient plus, elle doit le partager avec son mari. »*

DISCUSSION

1. Concernant le recueil de données

Une disparité est constatée entre le nombre de questionnaires praticiens (23) et le nombre de conclusions de l'EPNP (33) recueillis.

Les **questionnaires praticiens** ont été transmis par courriel début juin 2010 aux différents professionnels de la santé concernés, en vue de la réalisation de ce mémoire, alors que la trame de la conclusion de l'EPNP leur avait été présentée lors de la formation commune organisée par le RPPTD en avril 2010. Après vérification, il se trouve qu'un praticien n'a pas eu reçu le questionnaire par défaut d'adresse mail.

De plus, les questionnaires étaient remplis sur la base du volontariat, contrairement à la conclusion, preuve de la réalisation de l'EPNP qui devait être renvoyée au secrétariat du RPPTD. De ce fait, l'augmentation constante de la charge de travail des médecins généralistes, avec des salles d'attente qui ne désemplissent pas, associée à des démarches administratives de plus en plus nombreuses et chronophages, ont pu dissuader les praticiens de compléter un document supplémentaire.

Par ailleurs, la période choisie pour l'évaluation des premiers EPNP, s'étalant de mi-juin à fin août 2010, coïncidait avec les vacances estivales et les congés annuels de plusieurs praticiens. Certains EPNP n'ont ainsi probablement pas pu être réalisés, d'une part par manque de praticien habilité, d'autre part par difficulté de déplacement pour les mères et leurs bébés.

Concernant les **questionnaires destinés aux mères**, seuls onze exemplaires ont été recueillis. Il est vrai que le retour à domicile avec un nouveau-né bouleverse le mode de fonctionnement habituel et que la fatigue se surajoutant, la mère peut facilement oublier de compléter le questionnaire. Le praticien peut alors lui demander de le compléter durant l'EPNP, le formulaire se trouvant bien souvent dans le sac.

Cependant, on peut se demander si certaines femmes n'omettent pas volontairement de remplir le questionnaire, par peur de réaliser qu'elles rencontrent des difficultés depuis la sortie de la maternité et que leur quotidien actuel diffère totalement de ce qu'elles avaient pu imaginer. Elles peuvent ainsi ressentir un sentiment de honte, les empêchant de verbaliser leur mal-être à leur entourage ou leur médecin, de peur de ne pas être considérée comme une « bonne mère ».

De plus, de part le caractère anonyme des questionnaires, les réponses données par les mères n'ont pas pu être corrélées aux réponses des praticiens. Il aurait été intéressant de pouvoir comparer ces données afin de voir s'il existe une disparité dans les ressentis respectifs.

2. Concernant le suivi de la grossesse

Dans notre population de 23 femmes, 22 (95,6%) ont déclaré être suivies par un gynécologue durant leur grossesse et une seule (4,3%) a été suivie par un médecin généraliste. D'après les statistiques du RPPTD, ce suivi est effectué à 91% par un gynécologue, à 5,7% par un médecin généraliste et à 3,3% par une sage-femme. A noter que les médecins généralistes, même s'ils n'effectuent pas la majorité des consultations, interviennent de manière ponctuelle dans le suivi de la femme enceinte, chaque consultation médicale étant consignée dans le dossier obstétrical.

A contrario, la majorité des EPNP (82%) est réalisée par un médecin généraliste, et pour 29% des femmes, il s'agissait de leur médecin traitant. On peut ainsi se demander pourquoi le suivi de la grossesse est assuré par un médecin spécialiste, alors qu'un médecin généraliste, de part sa formation, est habilité à accompagner les femmes durant cette période de leur vie, d'autant plus qu'il pourra continuer ce suivi en période post-natale, ainsi que le suivi de l'enfant et être l'observateur attentif de la dyade mère-enfant.

Le médecin généraliste est sans aucun doute le professionnel de santé le plus compétent à assurer le suivi de la grossesse non compliquée, ainsi que l'EPNP, du fait de son statut privilégié de médecin de famille. Il connait la femme, son parcours de vie, son entourage, le vécu de la grossesse, et peut ainsi repérer rapidement les premiers dysfonctionnements. Un lien de confiance étant déjà installé, la femme se confiera plus facilement à son médecin traitant quant à ses doutes et ses inquiétudes, alors qu'elle ne le fera peut-être pas avec un médecin spécialiste qu'elle ne reverra que très peu par la suite. De plus, en cas de troubles débutants, le suivi pourra s'effectuer de manière plus régulière et dans la durée, avec un même intervenant ou dans le cadre d'un réseau comme le RPPTD.

3. Concernant l'évaluation du bien-être maternel

Sur les 23 EPNP réalisés, aucun n'a révélé de critère inquiétant pour la mère et l'enfant.

Toutes les mères bénéficient d'un entourage conjugal et/ou familial présent. Il est important pour la femme de ne pas être seule et isolée avec son enfant, sans personne vers qui se tourner. La présence d'un conjoint assure une écoute et une aide attentionnée. De même, la femme peut s'orienter vers sa propre mère, laquelle, à travers son vécu, pourra transmettre des conseils avisés et bienveillants. Il est ainsi conseillé aux femmes d'origine étrangère de partager ces moments avec leurs mères, malgré la distance géographique, avec l'aide des moyens de communication actuels. Les photos de l'enfant peuvent être transmises via internet, afin de pouvoir présenter l'enfant à la famille.

Concernant les signes évocateurs de dépression du post-partum, il n'a pas été retrouvé de troubles dépressifs francs, on peut toutefois souligner que 47,7% des femmes présentent des signes de fatigue selon le praticien qui a réalisé l'EPNP. Ce dernier peut également sentir que la femme n'est pas pleinement heureuse, avoir une impression vague que tout ne va pas aussi bien que celle-ci voudrait le faire croire, mais il est difficile de transmettre aux confrères cette sensation. Il est ainsi d'autant plus important que ce soit le médecin généraliste, médecin traitant de la femme, qui réalise l'EPNP. De part sa connaissance de la patiente, il peut alors surveiller, lors des consultations ultérieures, si ce sentiment de mal-être se confirme et s'il s'installe réellement des troubles dépressifs, auquel cas la prise en charge pourra s'effectuer précocement.

Par ailleurs, des signes discrets peuvent apparaître par la suite, même si l'EPNP n'a pas relevé d'élément particulier. Il a ainsi été rapporté qu'une femme de notre panel a souhaité rencontrer la psychologue dans les jours qui ont suivi l'EPNP.

4. Concernant l'alimentation de l'enfant

Dans le cadre du Réseau de Périnatalité du Pays Thur et Doller, des séances « Information allaitement » sont proposées à toutes les femmes durant leur grossesse, de telle sorte que 73.7% des mères sortant de la maternité choisissent ce mode d'alimentation pour leur enfant. Au niveau national, la prévalence de l'allaitement maternel est de 56% à la sortie de la maternité en 2002[11].

Sur notre population, elles sont initialement 72,3% à choisir l'allaitement maternel et 69,6% des femmes poursuivent l'allaitement le jour de l'EPNP. Il est important de les encourager et les valoriser dans ce choix d'alimentation, car le taux d'allaitement chute assez rapidement par la suite. D'après les données du RPPTD, 31% des femmes allaitent moins de neuf semaines[12].

L'allaitement est à l'origine de nombreuses inquiétudes et questions durant l'EPNP, 8% des femmes sont de ce fait orientées vers la consultante en lactation. L'EPNP étant un temps de parole relativement long, il peut être l'opportunité pour le praticien d'observer une tétée, afin de rectifier une position inadaptée du bébé et éviter la formation de crevasses mamelonnaires, et également afin d'évaluer la mise en place du lien mère-enfant par le regard porté sur l'enfant par sa mère, et réciproquement le regard que lui renvoie l'enfant.

Pour les femmes qui ont choisi d'alimenter leur enfant par lait infantile, il est tout aussi important de leur accorder un moment afin de s'assurer du bon déroulement des repas. Certaines mères peuvent se sentir coupable de ne pas avoir pu allaiter leur enfant ou de ne pas avoir su lui apporter tous les bénéfices de l'allaitement maternel. Il est indispensable de les soutenir dans leur choix et de les conseiller au mieux, afin de leur enlever toute culpabilité, tant la pression du conjoint, de la famille et de la société peut être importante concernant ce sujet.

CONCLUSION

De réalisation récente, l'EPNP représente une avancée importante dans le suivi des femmes dans la période du post-partum. Il permet de revoir les mères dans les quinze jours suivant la sortie de la maternité, afin d'aborder certains points importants, tels que l'évaluation du bien-être maternel, la mise en place du lien mère-enfant et l'alimentation du nouveau-né.

A l'issue de trois mois d'existence, le retour semble relativement positif, du côté des mères qui sont satisfaites de pouvoir s'entretenir avec un professionnel de la santé, ainsi que du côté des praticiens, leur offrant une possibilité supplémentaire de suivre leur patiente dans leur globalité.

Cette consultation particulière, véritable moment de parole, nécessite une qualité d'écoute active de la part du professionnel de santé et un temps suffisamment long pour pouvoir répondre aux divers questionnements des parents. La durée requise est habituellement de trente minutes pour un entretien correctement conduit. Il est ainsi nécessaire que cela soit planifié, du fait des contraintes de temps dans les cabinets de médecine générale, et qu'un suivi ultérieur soit effectué en cas de troubles débutants constatés.

Proposé aux femmes incluses dans le RPPTD, il serait utile que l'EPNP soit étendu à une population plus importante. Le problème se pose alors au niveau de la formation des praticiens habilités, notamment les médecins généralistes, afin qu'ils puissent réaliser eux-mêmes l'EPNP des patientes pour lesquelles ils ont suivi la grossesse, et pour lesquelles ils pourraient par la suite assurer le suivi de l'enfant. Un EPNP est beaucoup plus aisé à réaliser lorsque le professionnel de santé connaît la femme et que le lien de confiance est déjà établi.

Une session d'évaluation est prévue en décembre 2010 avec l'ensemble des praticiens réalisant actuellement l'EPNP, afin d'en effectuer le bilan des six premiers mois. Puis, une nouvelle formation à la réalisation de l'EPNP sera proposée courant 2011, afin que les médecins généralistes soient plus nombreux à proposer cette consultation.

Véritable outil de dépistage et de prévention, l'EPNP mérite d'être proposé à plus grande échelle, et le médecin généraliste est sans aucun doute le professionnel de santé le plus compétent pour assurer le suivi global post-natal de la femme et de son enfant.

REFERENCES

1. Recommandations professionnelles. Comment mieux informer les femmes enceintes ? HAS. Avril 2005. www.has-sante.fr
2. Recommandations pour la pratique clinique. Sortie précoce après accouchement. Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. ANAES. Mai 2004. www.has-sante.fr
3. Accouchement, délivrance et suites de couches normales. Campus National de Gynécologie-Obstétrique. 2006. www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-gyneco-obst
4. M. Schmidt-Gass. L'accompagnement des parents après la naissance : l'entretien post-natal. Mémoire de soutenance pour le diplôme de cadre sage-femme. 2009.
5. C. Zauderer. Postpartum depression : how childbirth educators can help break the silence. The Journal of Perinatal Education, 18(2), 23-31, 2009
6. C. Dittenit Ben Ammar. La pratique de la visite post-natale en médecine générale. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, qualification médecine générale. Faculté de médecine de Nantes. 2003.
7. L. Sutter-Dallay, D. Dallay. Troubles psychiatriques et période périnatale. FMC. Syndicat national des gynécologues-obstétriciens de France. www.syngof.fr
8. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. Service de pédopsychiatrie du CHU Angers. www.med.univ-angers.fr
9. P. Defaux. Le lien mère-enfant. Mémoire de stage auprès des praticiens agréés. 2007.
10. Service recommandations et pratiques professionnelles. Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. ANAES. Mai 2002. www.has-sante.fr
11. Allaitement maternel, les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Programme national Nutrition Santé. Février 2005. www.sante.gouv.fr
12. Résultats de l'enquête par questionnaires au 9ème mois de l'enfant. Réseau de Périnatalité du Pays Thur et Doller. 2010.

ANNEXES

Annexe 1 : Données Réseau Périnatalité

Patiente : _____

DONNEES RESEAU PERINATALITE

Informations concernant la mère

Age : Profession :

Nombre d'enfants : Age des enfants :

Informations concernant la grossesse

Patiente incluse dans le Réseau de Périnatalité du Pays Thur et Doller : ◻ oui ◻ non

Suivi de la grossesse par : ◻ médecin généraliste

◻ gynécologue libéral ◻ gynécologue hospitalier

◻ sage-femme libérale ◻ sage-femme de PMI

Entretien pré-natal réalisé : ◻ oui ◻ non

Nombre de consultations durant la grossesse :

Nombre d'échographies obstétricales réalisées :

Nombre de consultations spécialisées (tabacologue, diététicienne, psychologue…) :

Informations concernant la naissance

Date de la naissance : Terme :

Lieu de naissance : ◻ Thann ◻ Mulhouse (Hasenrain)

Naissance par : ◻ accouchement par voie basse simple

◻ accouchement par voie basse instrumentalisée

◻ césarienne programmée ◻ césarienne en urgence

RESEAU PERINATALITE DU PAYS THUR ET DOLLER
CENTRE HOSPITALIER
1 rue Saint Jacques
68800 THANN
reseau.perinat@ch-thann.fr

Annexe 2 : Questionnaire mère

RESEAU PERINATALITE DU PAYS THUR ET DOLLER
CENTRE HOSPITALIER
1 rue Saint Jacques
68800 THANN

Coordinateur :
Dr Marie-Josée LEVEQUE
Secrétariat :
Mme Myriam AMMOR
Tél. : 03.89.37.71.87
E-Mail : reseau.perinat@ch-thann.fr

Madame,

Suite à votre retour à domicile après la naissance de votre enfant, vous allez rencontrer votre médecin ou sage-femme pour la réalisation de l'entretien post-natal.
Ce moment permettra d'aborder divers points, tels que votre état de bien-être physique et psychique, l'alimentation de votre bébé, et des réponses à vos questions pourront être apportées.
Afin de préparer cette entrevue, merci de répondre à ce questionnaire et d'y ajouter toutes les remarques que vous jugerez utiles.

Comment vous sentez-vous depuis votre retour à domicile ?
□ tout se passe comme je l'avais imaginé
□ je me sens fatiguée, mais j'arrive à récupérer
□ je me sens fatiguée et je n'arrive pas à récupérer
□ j'ai l'impression de ne pas arriver à gérer
□ je pleure souvent sans raison
□ je ne me sens pas vraiment bien

Votre entourage est-il présent ?
□ oui, mon mari a pris des congés pour m'épauler à la maison
□ oui, mais mon mari n'a pas encore ses congés
□ oui, ma famille et/ou mes amis sont présents
□ non, je suis seule avec mon bébé

Comment cela se passe avec votre bébé ?
□ je me sens totalement à l'aise avec mon bébé
□ j'ai peur de ne pas faire les choses correctement
□ il pleure beaucoup, je ne sais pas quoi faire
□ il m'énerve parfois

Comment alimentez-vous votre bébé ?
□ allaitement maternel
□ lait infantile

Si vous allaitez, comment se passent les tétées ?
□ mon bébé est allaité à la demande et tout se passe bien
□ mon bébé réclame souvent
□ les tétées sont douloureuses
□ j'ai des crevasses aux mamelons
□ j'ai l'impression de ne pas avoir assez de lait
□ je suis épuisée de devoir me lever la nuit

Si vous donnez du lait infantile, comment se passent les biberons ?
□ mon bébé prend les biberons correctement
□ mon bébé a du mal à finir ses biberons et réclame plus fréquemment
□ mon bébé réclame plus que sa ration préparée
□ mon mari et/ou mon entourage peuvent donner les biberons

Pensez-vous avoir besoin d'aide ?
□ non
□ oui, mais je ne sais pas vers qui me tourner
□ oui, il est prévu que la puéricultrice de PMI passe à mon domicile

Commentaire libre :

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.
Pour finir, que pensez-vous de l'entretien post-natal, réalisé dans les quinze jours suivant votre sortie de la maternité ?

Annexe 3 : Questionnaire praticien

Patiente : _____

ENTRETIEN POST-NATAL PRECOCE

Informations concernant la mère

Situation familiale : ◻ célibataire ◻ union libre ◻ mariée
◻ séparée ◻ divorcée ◻ veuve

Entourage familial présent (parents, fratrie) : ◻ oui, mère de la patiente présente ◻ non
◻ oui, mais absence de la mère de la patiente

Situation sociale précaire : ◻ oui ◻ non

Antécédents médicaux particuliers , notamment psychiatriques :

Informations concernant la naissance

Lieu de naissance : ◻ Thann ◻ Mulhouse (Hasenrain)

Surveillance post-natale de la mère : ◻ simple ◻ compliquée :

Surveillance post-natale du bébé : ◻ simple ◻ compliquée :

Vécu de l'accouchement/césarienne : ◻ bon ◻ mauvais :

Informations concernant le mode d'alimentation de l'enfant

Allaitement maternel : ◻ oui, en cours ◻ juste la tétée de bienvenue
◻ arrêt à la maternité après quelques tétées
◻ arrêt au retour à domicile ◻ non

Motifs d'arrêt de l'allaitement : ◻ crevasses mamelonnaires ◻ fatigue maternelle
◻ sentiment de ne pas avoir assez de lait
◻ volonté de faire participer le père à l'alimentation du bébé
◻ raison médicale
◻ autre :

Vécu de l'absence d'allaitement : ◻ ne souhaitait pas allaiter
◻ peu affectée par l'arrêt de l'allaitement
◻ culpabilité, sentiment de ne pas être une bonne mère
◻ autre :

Informations concernant l'entretien post-natal précoce

Date de réalisation :

Entretien réalisé par : ◻ médecin généraliste ◻ médecin de PMI
◻ sage-femme libérale ◻ sage-femme de PMI
◻ autre :

Personnes présentes au moment de l'entretien : ◻ mère ◻ bébé
◻ père ◻ autre :

Présentation de la mère : ◻ souriante ◻ fatiguée ◻ triste ◻ irritable

RESEAU PERINATALITE DU PAYS THUR ET DOLLER
CENTRE HOSPITALIER
1 rue Saint Jacques
68800 THANN
reseau.perinat@ch-thann.fr

Patiente : _____

Attitude vis-à-vis du bébé : ◻ sort l'enfant du cosy et le présente au praticien
◻ laisse l'enfant dans le cosy car dort, mais le tourne vers le praticien
◻ laisse l'enfant dans le cosy, à distance

Etablissement du lien mère-enfant : ◻ maternage, enfant pris dans les bras
◻ échange de regard entre mère et enfant
◻ enfant évite le regard de sa mère
◻ enfant manipulé sans précaution

Vécu du retour à domicile par la mère : ◻ père présent et aidant
◻ entourage familial présent (mère, sœur…)
◻ fatigue intense
◻ sentiment d'incapacité
◻ troubles du sommeil
◻ pleurs fréquents
◻ plaintes portées sur l'enfant (pleure tout le temps..)
◻ difficultés concernant l'allaitement
◻ autre :

Merci d'avoir accepté de répondre à ce questionnaire.

Pour finir, vous êtes vous senti à l'aise durant cet entretien post-natal précoce ?

Quels sont les points qui, selon vous, mériteraient d'être abordés ?

Trouvez-vous que votre formation est suffisante, si non, quels items souhaiteriez-vous approfondir ?

RESEAU PERINATALITE DU PAYS THUR ET DOLLER
CENTRE HOSPITALIER
1 rue Saint Jacques
68800 THANN
reseau.perinat@ch-thann.fr

Annexe 4 : Conclusion d'entretien post-natal

NOM : …….. **Prénom : ……..**

Date d'entretien : …… **Fait par : ……..**

Conclusions d'entretien post-natal

Suite à l'entretien post-natal, la patiente nommée ci-dessus est orientée vers :

- ☐ La psychologue du réseau
- ☐ La pédopsychiatre adhérente au réseau
- ☐ La diététicienne du réseau
- ☐ La puéricultrice de PMI
- ☐ La consultante en lactation
- ☐ Le médecin traitant
- ☐ Autre : _____
- ☐ RAS

Avis ou réaction de la patiente concernant ces orientations :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Prévoyez-vous une transmission avec le médecin traitant : oui ☐ non ☐

RESEAU PERINATALITE DU PAYS THUR ET DOLLER
HOPITAL SAINT JACQUES
1 rue Saint-Jacques
68800 THANN
reseau.perinat@ch-thann.fr