



Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale

PRINTEMPS SOCIAL DE L'ÉVALUATION : ÉVALUATION EN CONTINU DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE LES ENTRETIENS POSTNATAUX

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a prévu la mise en œuvre obligatoire d'un entretien postnatal précoce (EPNP), dans la continuité du parcours périnatal qui comprenait déjà un entretien prénatal obligatoire (EPN). Dans la perspective d'apprécier les résultats de cette réforme, la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) a confié à M. Hadrien Clouet (La France Insoumise – Nouvelle Union populaire écologique et sociale) l'évaluation de **l'article 86 de ladite loi de financement de la sécurité sociale**.

Préalablement à l'audition des représentants des administrations centrales et de l'assurance maladie en commission des affaires sociales, le rapporteur a entendu des représentantes des mères ayant été confrontées à la dépression post-partum, des sages-femmes, des pédopsychiatres, les fédérations hospitalières ainsi que des chercheuses spécialistes de la norme procréative et du travail parental.

I. LE DANGER D'ÊTRE MÈRE : LES PROFESSIONNELS TIRENT L'ALARME

La santé mentale maternelle constitue un enjeu majeur de santé publique. C'est le cas objectivement, car les risques spécifiques aux premières semaines suivant l'accouchement sont progressivement identifiés, qu'ils concernent la vie de la mère, le développement de l'enfant ou la santé des parents. C'est aussi le cas subjectivement, car un nombre croissant de professionnels de santé ou de la recherche, notamment publique, tirent la sonnette d'alarme.

Le suicide est aujourd'hui la deuxième cause de décès maternel, après les accidents cardio-vasculaires, avec 13,4 % des cas constatés. Entre 2013 et 2015, 35 femmes ont ainsi perdu la vie, soit une mère par mois, selon la dernière enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles rendue publique en 2021 ⁽¹⁾.

Au-delà du seul geste suicidaire, l'enquête nationale périnatale menée auprès de 12 723 femmes en 2021 ⁽²⁾ a démontré que 16,7 % de celles qui ont accouché en mars 2021 ont présenté des signes de dépression post-partum qualifiés de majeurs deux mois après

(1) Consultable ici :

<https://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2021/01/Rapport-mortalite-maternelle-2013-2015.pdf>

(2) Cinelli Hélène, Lelong Nathalie, Le Ray Camille, Demiguel Virginie, Lebreton Élodie, Deroyon Thomas, « Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements », octobre 2022.

l'accouchement. Ce phénomène, évalué pour la première fois, a été calculé sur la base des dix questions de l'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS) ⁽¹⁾. 16,7 % de femmes présentaient par ailleurs quelques-uns des symptômes constitutifs du postpartum.

Par ailleurs, l'étude Elfe, menée sur 18 000 enfants français nés en 2011, a conclu que 12,6 % des femmes ont ressenti une forme de détresse psychologique au cours de la grossesse ou après l'accouchement ⁽²⁾.

Cette mise en danger est largement relationnelle : l'analyse des échanges entre la mère et l'enfant constitue le pilier de la détection d'une dépression post-partum, puisque l'évaluation de l'état émotionnel et, le cas échéant, du retrait de l'enfant, en constitue l'un des symptômes ⁽³⁾.

Dès 2014, la Haute Autorité de santé alertait sur la situation de ces femmes et recommandait la mise en place d'un entretien postnatal précoce, effectué préférentiellement entre le huitième et le quinzième jour suivant l'accouchement, pour leur permettre « *d'exprimer leur vécu, leurs besoins voire leurs difficultés, afin que le suivi puisse être ajusté au regard de la discussion, en s'appuyant sur les ressources du réseau de santé en périnatalité* » ⁽⁴⁾.

Si elle concerne essentiellement les mères, la détresse psychologique peut également concerner leur partenaire. Plusieurs chercheurs et professionnels de santé insistent sur l'intérêt de l'EPNP pour détecter les troubles psychologiques parentaux. La parole des mères et la coprésence de leur partenaire apportent des informations cruciales sur la santé mentale de ces derniers.

Quant aux conséquences, elles débordent la stricte condition des parents pour influencer la santé de l'enfant. La difficulté de compréhension des pleurs ou dans l'allaitement, les troubles du sommeil ou la désynchronisation entre mère et enfant constituent autant d'éléments qui fragilisent leur relation. Les retards de développement ou les troubles psychomoteurs représentent les dangers essentiels qu'encourt l'enfant du fait de la détresse psychologique de sa mère.

Au vu de ces éléments, la commission dite « des 1 000 premiers jours », présidée par Boris Cyrulnik, dont le rapport a été rendu en septembre 2020, proposait de promouvoir et de valoriser un entretien post-natal facultatif et coté uniquement à 18,55 euros pour les sages-femmes – contre 42 euros pour l'EPNP désormais. Pour la commission, cet entretien devait :

(1) L'échelle EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), validée en France comme outil de dépistage de la dépression périnatale depuis 1995, permet d'établir un score de 0 à 30 à partir des réponses de la patiente à un certain nombre de questions. Un score supérieur à 13 est retenu pour définir le risque de dépression, même si un examen clinique demeure nécessaire pour valider le diagnostic de dépression du post-partum.

(2) Bales M., Pambrun E., Melchior M., Glangeaud-Freudenthal N.-M., Charles M.-A., Verdoux H., Sutter-Dallay A.-L., « Prenatal psychological distress and access to mental health care in the ELFE cohort », *European Psychiatry*, février 2015.

(3) Cette évaluation peut se faire sur la base de l'échelle ADBB (échelle d'Alarme Détresse Bébé), proposée par le Pr Guedeney : Guédeney A, Vermillard M. L'échelle « ADBB : intérêt en recherche et en clinique de l'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant ». *Médecine et Enfance*, 2004 ; 24(6) : 367-371.

(4) « Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés », mars 2014.

- faire l’objet d’une proposition systématique dans une période qui débutait huit jours après l’accouchement et se terminait trente jours après celui-ci ;

- s’inscrire dans une démarche de systématisation de la visite à domicile des sages-femmes ;

- permettre, par un effet de miroir avec l’entretien prénatal, « *de repérer les difficultés liées à la parentalité et à l’enfant si elles n’ont pas pu être repérées avant et d’identifier les manifestations des premiers troubles de dépressions post-natales* » ⁽¹⁾.

L’article 86 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a ajouté, à l’article L. 2122-2 du code de la santé publique relatif à la surveillance médicale de la grossesse et de l’accouchement, un entretien précoce postnatal obligatoire (EPNP) ⁽²⁾. Le rapporteur regrette, comme l’ont souligné plusieurs personnes auditionnées, que cet entretien ait été créé par amendement du Gouvernement et donc sans étude d’impact préalable. Il a été présenté par Mme Brigitte Bourguignon, alors ministre déléguée chargée de l’autonomie, uniquement comme « l’une des préconisations de la commission des 1 000 premiers jours de l’enfant ⁽³⁾. » Or, le dispositif adopté à l’initiative du Gouvernement diverge de la proposition de la commission, notamment en ce qui concerne le calendrier de son intervention dans le parcours périnatal.

Finalement, cet entretien :

- peut être effectué par un médecin ou une sage-femme ;
- intervient entre la quatrième et la huitième semaine suivant l’accouchement afin de repérer les signes de la dépression du post-partum, qui se distinguent de ceux du « *baby-blues* » plus précoce ;
- peut être suivi d’un second entretien entre les dixième et quatorzième semaines, sur proposition du professionnel de santé ayant dirigé le premier entretien. Il est réservé aux femmes primipares, à celles qui développent des signes de la dépression du post-partum et à celles qui présentent différents facteurs qui y exposent.

(1) Rapport de la commission des 1 000 premiers jours, septembre 2020.

(2) Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

(3) Compte-rendu de la troisième séance du vendredi 22 octobre 2021, accessible ici : <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2021-2022/troisieme-seance-du-vendredi-22-octobre-2021>

II. LES RAISONS DE LA DÉPRESSION : NORME PROCRÉATIVE ET VIOLENCES ENVERS LES MÈRES

1. L'injonction au bonheur et la division sexuelle du travail rendent indicible le mal-être des mères

La dépression périnatale présente un caractère de l'ordre de l'indicible puisque les mères subissent une injonction au bonheur au cours de la grossesse, au moment de l'accouchement et dans la suite immédiate. La difficulté pour les mères d'exprimer leur mal-être conduit à des stratégies de dissimulation vis-à-vis de l'entourage. Celles-ci tiennent à divers facteurs :

– la conquête féministe qu'a constitué l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse, qui a permis dans une certaine mesure de remplacer le destin biologique par un libre choix. L'injonction au bonheur maternel est d'autant plus forte que la situation résulte d'une décision conjugale supposément réitérée tout au long de la grossesse ;

– la conquête sanitaire qu'a représenté la baisse de la mortalité infantile entre 1945 et 2012, avant sa remontée contemporaine, qui a produit de nouvelles normes de parentalité. L'attachement à l'enfant est désormais immédiat car son décès est devenu exceptionnel. En outre, le raccourcissement tendanciel du temps passé en maternité implique de se livrer au travail parental dès les premiers jours de vie de l'enfant ;

– la récurrence des « rappels à la norme » qui scandent la grossesse et la période postnatale, soit les interactions ordinaires avec des proches, collègues et professionnels de santé, qui réitèrent leurs vœux de bonheur et invitent la mère à expliciter la nature de celui-ci. Il en résulte une forme de négation de la dépression périnatale. Il est courant qu'une dépression du post-partum passe inaperçue et ne soit découverte que plusieurs années après, à l'occasion d'une consultation pour troubles anxieux de la mère ou de l'enfant.

De nombreuses mères ressentent un sentiment d'isolement. Celui-ci découle de l'extrême dépendance du nouveau-né, qui absorbe une attention et une énergie quotidiennes et totales, majoritairement procurées par les mères. La division sexuelle du travail de reproduction crée de véritables épuisements maternels. Pour Élise Marcende, présidente de l'association Maman Blues, *« cet isolement est majoré par la honte et la peur que peuvent éprouver les femmes à évoquer ce qu'elles vivent intérieurement depuis l'arrivée du (des) bébé(s). Dire tout haut donne une toute autre dimension au vécu. Il en devient réel autant pour la personne elle-même que pour les autres autour de soi. Que vont alors penser les gens de la mère que l'on est ? »*

Cette division sexuelle est renforcée par la politique patriarcale de désynchronisation des congés de maternité et de paternité. Alors que les premiers durent 16 semaines pour un premier ou un deuxième enfant ⁽¹⁾, les seconds portent sur une durée maximale de 28 jours, dont seuls les sept premiers doivent obligatoirement être pris ⁽²⁾. L'isolement des mères est orchestré par le cadre juridique même de notre protection sociale.

(1) Article L. 1225-17 du code du travail

(2) Article L. 1225-35 du code du travail.

Cette situation est enfin aggravée par la diminution du temps que les nouvelles mères passent à la maternité à la suite de leur accouchement. Cette durée moyenne était de 3,7 jours en 2021, contre 4 jours en 2016 ⁽¹⁾. Dans la même période, les séjours très courts, inférieurs à 2 jours, ont été multipliés par quatre. Ce faisant, la durée de socialisation entre la mère et l'enfant, tout comme la période d'apprentissage dont les mères pouvaient bénéficier auprès des professionnels de santé, sont diminuées d'autant.

2. D'une violence à une autre : l'accumulation des facteurs de détresse

Ces injonctions sont d'autant plus difficiles à surmonter pour les femmes qu'une part importante d'entre elles rapportent des épisodes de dégradation de leur santé mentale au cours de la grossesse. L'enquête nationale périnatale de 2021 précitée a démontré que 25,6 % des femmes enceintes ont déclaré qu'il leur était arrivé de vivre au cours de leur grossesse « une période d'au moins deux semaines consécutives pendant laquelle elles se sentaient tristes, déprimées, sans espoir », contre 23,6 % en 2016 ⁽²⁾. 19,1 % d'entre elles ont connu « une période d'au moins deux semaines pendant laquelle elles avaient perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui leur donnent habituellement du plaisir », contre 18,2 % en 2016. Cette dégradation peut être partiellement expliquée par la crise sanitaire, mais elle ne peut qu'inquiéter. Finalement, d'après les données les plus récentes, 29,6 % des femmes, soit près de trois sur dix, ont déclaré l'un ou l'autre des symptômes.

Mais ces symptômes ne procèdent pas du hasard : plusieurs professionnels et militants associatifs auditionnés identifient un faisceau de prédispositions. On connaît les éléments qui aggravent le risque de dépression périnatale, sur lesquels agir dans une logique préventive :

- les antécédents de dégradation mentale. D'après l'épidémiologiste Camille Le Ray, qui a œuvré à l'enquête périnatale de 2021 susmentionnée, il s'agit même du principal facteur explicatif de la dépression post-partum. L'accès aux soins psychiques tout au long de la vie apporte donc la première des réponses à cette dépression ;

- la précarité matérielle issue des difficultés à s'occuper de l'enfant, du sentiment d'être prise en défaut et de l'intensité du travail nécessaire à organiser les temporalités et assurer les revenus nécessaires. Or, comme le montre le cahier des charges révisé relatif à l'expérimentation « Répap » (référént parcours périnatalité), les femmes enceintes forment un public souvent précaire. Près de 6 % des femmes n'avaient pas de couverture sociale en début de grossesse pour la prise en charge des soins médicaux ⁽³⁾ ce qui souligne la fonction sociale du ticket modérateur comme instrument de leur éviction ;

- les violences obstétriques, notamment subies lors de l'accouchement, qui contribuent à détériorer la santé mentale des mères. Plus généralement, 1,7 % des femmes rapportent avoir subi des violences physiques durant la grossesse. Au-delà de ces violences, le caractère traumatique d'un accouchement ou le passage par extraction instrumentale,

(1) Cinelli Hélène, Lelong Nathalie, Le Ray Camille, Demiguel Virginie, Lebreton Élodie, Deroyon Thomas, op. cit.

(2) Blondel, B. (Inserm), Gonzalez, L. Raynaud, P. (dir.), et al. (2017, octobre). Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010, octobre 2017.

(3) Arrêté du 27 février 2023 modifiant l'arrêté du 27 juillet 2021 relatif à l'expérimentation « RéPAP : Référént Parcours Périnatalité ».

sans violences volontaires pour autant, nécessite un entretien avec l'équipe qui l'a effectué ⁽¹⁾.

En amont de l'entretien postnatal obligatoire, l'accès des femmes à des soins psychiques, la garantie d'une sécurité matérielle, le respect de leur consentement et de leur ressenti constituent des leviers impératifs de santé publique en vue de prévenir les épisodes de dépression périnatale. À l'inverse, toute dégradation de ces trois dimensions provoque directement les dangers qu'est censé prévenir l'EPNP.

III. DES OBSTACLES FINANCIERS ET OPÉRATIONNELS S'OPPOSENT À LA PLEINE EFFECTIVITÉ DE L'EPNP

L'EPNP demeure un droit formel, sans réalité matérielle de masse, d'une part car son taux de recours est extrêmement réduit, d'autre part car les mères qui y ont accès ne sont pas nécessairement celles qui en ont le plus besoin – en l'occurrence les plus jeunes, les moins diplômées, les plus précaires et les étrangères.

1. Un an après son entrée en vigueur : une mise en œuvre brouillonne

Le caractère obligatoire de l'EPNP n'existe que dans les textes. Son accès pratique est réservé à une infime minorité de femmes. Selon les données fournies au rapporteur par le Gouvernement et la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), 51 000 entretiens ont été effectués entre le 1^{er} juillet 2022 et le 31 mars 2023, qu'il s'agisse du premier théoriquement obligatoire ou du second. Le nombre de mères ayant bénéficié du dispositif est donc moindre. Sur la même période, 594 659 naissances sont intervenues selon les données de l'Insee. Le croisement révèle qu'au moins 91,4 % des mères n'ont pas eu accès à un EPNP.

Si ce chiffre est particulièrement inquiétant au regard des enjeux relatifs à la santé publique de la périnatalité comme de la bonne application de la loi, il doit s'apprécier en comparaison avec l'entretien prénatal précoce dont le caractère obligatoire date de 2020. Selon les données fournies au rapporteur, celui-ci n'est aujourd'hui pratiqué que pour 36,5 % des femmes.

Ces taux de recours excessivement faibles appellent une réponse publique forte, sauf à signifier une indifférence vis-à-vis de la santé des mères. Pour les comprendre, il faut revenir sur les quatre principales raisons d'un tel échec, et sur les préconisations issues des échanges avec les professionnels de santé, chercheurs et militants associatifs.

2. La production volontaire de l'ignorance de masse

Le premier obstacle que rencontre la bonne mise en œuvre du dispositif relève de sa connaissance, tant par les professionnels de santé que par les mères concernées.

D'abord, la faible information des bénéficiaires putatives limite fortement l'orientation vers le dispositif, sauf à être redirigée par un professionnel de santé lui-même connaisseur de l'EPNP. Ce double obstacle évince logiquement les femmes les moins au fait de l'action publique et du fonctionnement du système de soins, de surcroît lorsqu'elles fréquentent peu les institutions médicales ou paramédicales.

(1) Ce point a notamment été soulevé par Camille Le Ray dans son audition.

En dépit d'une communication sur le site de la Cnam, force est de constater que l'adoption de cette disposition législative n'a pas été accompagnée d'une information substantielle auprès des principales intéressées, ni d'une réflexion sur les modalités de rappel, ni de campagnes de communication auprès du grand public.

Cette difficulté d'accès à l'information est évidemment redoublée par des propriétés discriminantes. Un département comme la Seine-Saint-Denis accueille nombre de femmes allophones sans possibilité de solliciter l'EPNP, faute d'interprétariat. Même informées du dispositif, elles en demeurent exclues en pratique d'autant qu'une triple peine les atteint : l'allophonie va régulièrement de pair avec des revenus modestes et une faible qualification.

S'agissant des professionnels de santé, leur information doit passer par des actions de formation, initiale et continue, alors même que la formation initiale des sages-femmes comprend désormais une sixième année ⁽¹⁾.

Évidemment, l'accès des populations à l'information requiert un engagement fort plutôt qu'une ignorance satisfaite. À cet égard, l'absence de financement récurrent et pérenne pour conduire des enquêtes sur les sujets de la dépression postnatale et l'obligation, faite aux équipes qui s'y intéressent, de renégocier leur budget à chaque récolte et exploitation de données fragilisent la recherche fondamentale.

3. À court terme, des obstacles financiers inacceptables

L'EPNP est un dispositif de prévention psychique de la santé des femmes qui, de façon incompréhensible, leur est facturé. Cette contradiction obère totalement la mesure. En effet, l'EPNP n'est pas pris en charge à 100 %, contrairement à l'entretien prénatal précoce, alors qu'ils sont en miroir de part et d'autre de l'accouchement. Les patientes se heurtent à une prise en charge partielle par l'assurance-maladie obligatoire, à hauteur de 70 %. Là réside une des raisons principales du rapport de un à quatre qui sépare le taux de recours aux deux dispositifs.

Les mères se trouvent donc invitées, pour celles qui accèdent à l'information, à un entretien obligatoire payant. Les plus précaires arbitrent entre une dépense de prévention en santé mentale et leurs dépenses courantes. Pour rappel, 5 % des Français ne sont pas couverts par une assurance-maladie complémentaire ⁽²⁾, tandis que le taux de recours à la complémentaire santé solidaire, mise en place en novembre 2019, selon les données les plus récentes, n'était que de 56 % en 2021 ⁽³⁾.

Un second problème d'application relève de la cotation de l'acte. S'agissant des sages-femmes, l'EPNP a été coté dans le cadre de l'avenant n° 5 à la convention nationale des sages-femmes, en décembre 2021. Les entretiens sont valorisés à hauteur de 36 euros en cabinet et de 42 euros à domicile. Ces cotations peuvent s'avérer trop faibles alors que les sages-femmes doivent prendre un temps incompressible pour mener à bien ces entretiens, dans un contexte général de sous-évaluation de leur rémunération. Ainsi que le souligne un récent rapport de

(1) Loi n° 2023-29 du 25 janvier 2023 visant à faire évoluer la formation de sage-femme.

(2) Muriel Barlet, Mathilde Gaini, Lucie Gonzalez et Renaud Legal, « La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2019 », Drees.

(3) Mathilde Caro, Morgane Carpezat, Loïcka Forzy : « Le recours et le non-recours à la complémentaire santé solidaire - Une étude qualitative des profils et des trajectoires des bénéficiaires », Drees, 13 mars 2023.

l'Igas ⁽¹⁾, « *les niveaux de rémunération sont inadaptés au niveau de leurs responsabilités* ». Une sage-femme recrutée sous contrat disposait en 2021 d'une rémunération mensuelle nette, comprenant le traitement de base et les primes, de 2 055 euros. Or, les effectifs de sages-femmes en hôpital public comprennent désormais 20 % de sages-femmes contractuelles. En comparaison, le salaire moyen des médecins dans le secteur public était de 5 567 euros nets en 2021 alors que, comme le souligne l'Igas, les sages-femmes appartiennent à « un corps de statut médical ». Même leur prise en compte dans le *Ségur de la santé* ne permet pas de pallier cet écart.

S'agissant des médecins, dont l'action est bien prévue dans la loi, la cotation de leur acte n'est même pas prévue à ce stade, décourageant d'autant plus le recours à l'EPNP.

Il est particulièrement inique, comme l'a indiqué la totalité des personnes auditionnées, de demander aux mères de payer un entretien qui leur est imposé pour protéger la maternité. Il est tout aussi injustifiable d'exiger de professionnels de santé comme les sages-femmes, habituées à une prise en charge complète, d'imposer un tel reste à charge à leurs patientes.

4. À moyen terme, des obstacles organisationnels à lever

S'agissant du repérage des signes de dépression, les sages-femmes ne peuvent adresser aujourd'hui les patientes vers des psychologues dont les consultations seraient prises en charge. Si le dispositif « MonParcoursPsy » a fait l'objet de critiques salutaires dans le cadre du présent Printemps social de l'évaluation par les députés Éric Alauzet, Pierre Dharréville et Sébastien Peytavie, le rapporteur déplore l'impossibilité pour les sages-femmes d'adresser leurs patientes à des professionnels de la santé mentale sous le couvert financier de l'assurance-maladie. La proposition de loi de notre collègue Sandrine Josso ⁽²⁾ prévoit toutefois à ce stade l'adressage du conjoint uniquement en cas d'interruption spontanée de grossesse. Il conviendrait d'y ajouter l'EPNP, qui peut révéler les fragilités psychologiques de l'autre parent, comme l'ont rappelé les professionnels auditionnés par le rapporteur.

Prévenir les ruptures dans le suivi des mères suppose également de les informer au mieux dès la prise en charge hospitalière de l'accouchement. Dans cette perspective, il revient aux professionnels de santé de les informer, non seulement de l'existence de l'EPNP, mais aussi du praticien qui l'assurera. Cela suppose le respect, par les directions des hôpitaux, d'un temps incompressible d'information des mères par ces professionnels et donc l'octroi des moyens qui le permettent. Ce moment doit également permettre aux mères de s'exprimer sur ce qu'elles ont ressenti au moment de l'accouchement.

L'EPNP, quand il est mené, se révèle souvent déconnecté du parcours de soin. En effet, il peut être délivré par un autre professionnel de santé que la personne, généralement la sage-femme, qui suit la patiente depuis sa grossesse. Cette rupture génère des pertes d'information, notamment pour les patientes accouchant en clinique. De plus, les échanges à la sortie de la maternité ne permettent que rarement aux patientes de connaître l'ensemble

(1) Angel Piquemal, Sacha Reingewirtz, Françoise Zantman, « *L'évolution de la profession de sage-femme* », juillet 2021.

(2) Proposition de loi n° 747 visant à favoriser l'accompagnement psychologique des femmes victimes de fausse couche, qui a fait l'objet d'une première lecture à l'Assemblée nationale et au Sénat.

des professionnels auxquels avoir recours, à l'instar des techniciennes d'intervention sociale et familiale (TISF), dont l'action a pourtant été saluée par plusieurs personnes auditionnées.

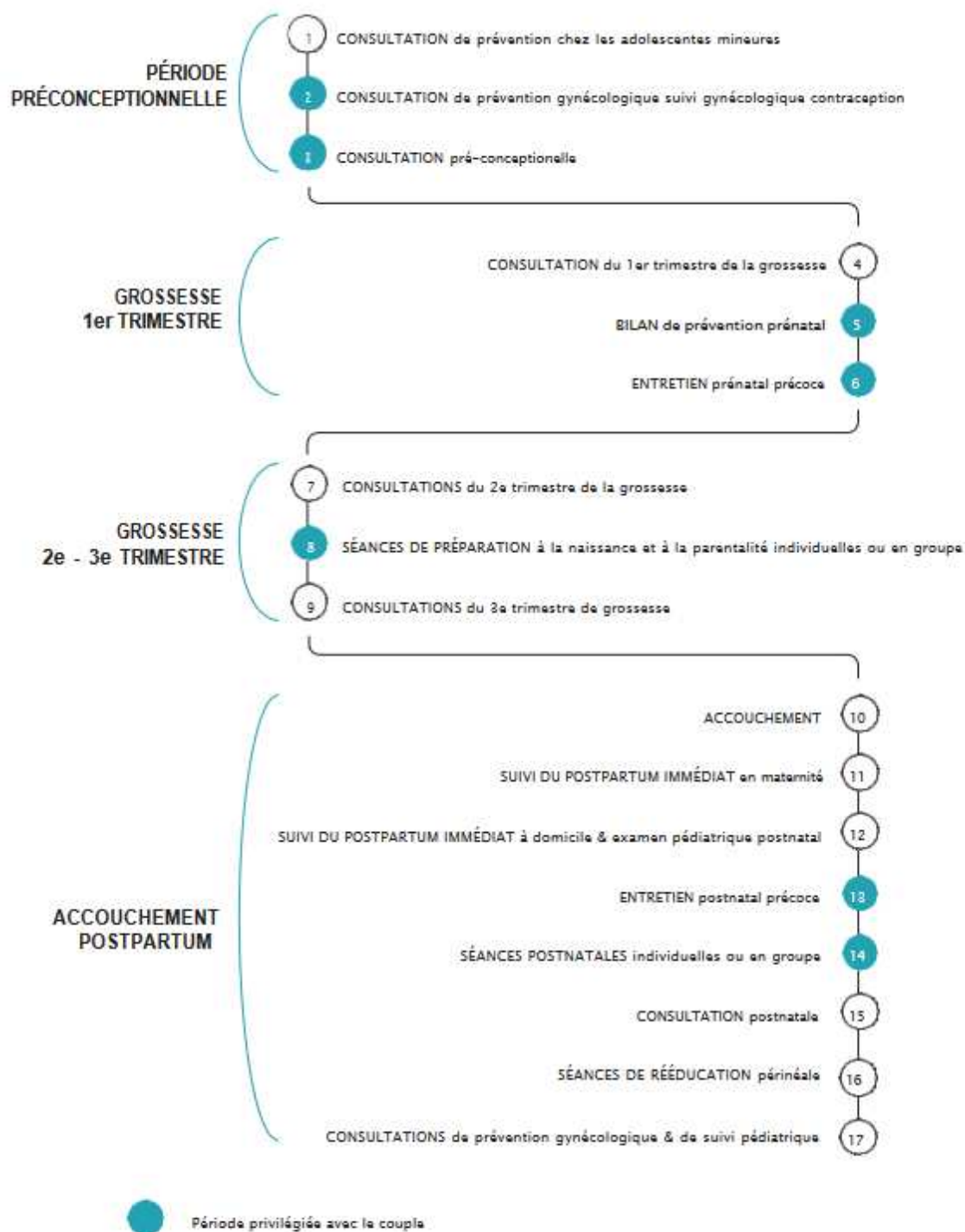


Figure 1. Consultations, bilan et entretiens proposés autour de la période périnatale en France, issue des recommandations pour la pratique clinique 2021 (Barasinski et al, 2021).

Source : Éléonore Bleuzen et al., *Entretien postnatal précoce – Préconisations pour la pratique clinique*, 11 juillet 2022.

Le parcours de soins peut être particulièrement dense, depuis les consultations prénatales jusqu'à l'entretien postnatal, ainsi que le montre le schéma précédent. La possibilité

pour les parents de s’y repérer grâce à une figure de référence et de coordination, porteuse d’un lien de confiance, est d’autant plus appréciable.

Les objectifs prêtés à l’EPNP demeurent par ailleurs variables suivant les professionnels et les structures. Le dispositif suscite ainsi des appropriations contradictoires, parfois comme outil de santé publique ou comme outil de conseil conjugal, parfois comme bilan de la prise en charge. Faute de référentiel unique, donc de lisibilité du périmètre et de continuité des objectifs poursuivis, la possibilité de mener à bien l’entretien repose sur la seule interprétation des professionnels, laissant des questions irrésolues, à l’instar de la présence du conjoint dans l’entretien.

La place des partenaires en débat

La question de la place des partenaires suscite un débat entre plusieurs positions contradictoires, entre lesquelles le rapporteur manque d’élément pour arbitrer.

Le Collège national des sages-femmes (CNSF) préconise la présence de l’enfant et du coparent pour prendre en considération les besoins et attentes de chacun d’entre eux et les interactions parents-enfant et entre les parents ⁽¹⁾.

À l’inverse, des sociologues comme Déborah Guy, auditionnée par le rapporteur, doutent de la libération totale de la parole en présence du coparent.

Le débat ne paraît donc pas tranché, les sages-femmes entendues par le rapporteur ayant signifié mobiliser leur expertise pour détecter, au cas par cas, les situations dans lesquelles il convient de ne pas associer le coparent à l’entretien.

Plus largement, selon plusieurs personnes auditionnées, les outils mobilisables dans le cadre de l’EPNP ne permettent pas nécessairement de détecter les personnes les plus à risque.

5. À long terme, des stratégies socialement différenciées

À plus long terme, le rapporteur souhaite attirer l’attention sur les différences de parcours entre mères, visées par l’EPNP, qui se muent en inégalités d’accès. L’absence de fléchage du professionnel, le rôle néfaste des cliniques privées et la peur engendrée par les politiques familiales répressives viennent limiter l’accès aux besoins les plus importants.

En premier lieu, il n’y a guère de distinction entre professionnels de santé en charge du parcours de la mère en fonction du profil de risque. Les mieux informées et les plus dotées financièrement sont en mesure de s’attacher le suivi des professionnels les plus adéquats, indépendamment de leur facteur de risque. C’est le contraire, par exemple, dans les systèmes de santé scandinaves intégralement publics, au sein desquels la grossesse et les accouchements à bas risque sont entièrement pris en charge par les sages-femmes, ce qui explique le développement de maisons de naissance dans ces pays ⁽²⁾. À l’inverse, les

(1) Éléonore Bleuzen, Sarah Benjilany, Adrien Gantois, Myriam Kheniche, Nathalie Baunot, Sophie Guillaume, Nathalie Piquée, Priscille Sauvegrain, Laurent Gaucher : « Entretien postnatal précoce – Préconisations pour la pratique clinique », 30 juin 2022.

(2) Hernandez, A.B, et Sophie Alexander. « Maisons de naissance en Europe : accouchements extrahospitaliers par choix », *Revue de Médecine Périnatale*, vol. 9, n° 1, 2017, pp. 47-54.

grossesses à risque y sont suivies par des obstétriciens, qui se concentrent sur les cas les plus complexes.

S'ajoute l'éclatement du système de santé entre établissements publics et privés, qui fonde des trajectoires de classe. Là encore, le modèle scandinave, presque entièrement socialisé, évite les « points de fuite » vers les cliniques privées lucratives et les pertes d'information afférentes dans le parcours de la mère. Ce recours aux établissements privés est nécessairement injuste, au profit de celles qui sont solvables, et témoigne plus largement de l'engorgement des maternités publiques dans de nombreux territoires. En conséquence, l'accès au privé est directement subventionné et orchestré par la pénurie de prise en charge dans les établissements publics, qui leur offre une rente directe.

Enfin, l'entretien lui-même est victime de la « police des familles », c'est-à-dire la crainte bien renseignée des mères de milieu populaire d'être séparées de leur enfant. En effet, une étude de l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) de novembre 2020, portant sur trois départements ⁽¹⁾ montre que la part du placement parmi les mesures de protection de l'enfance est deux fois plus importante pour les enfants suivis avant l'âge de 2 ans que pour les plus âgés. Pour les enfants ayant fait l'objet d'une mesure de protection avant l'âge de 30 jours, le placement judiciaire est même le premier type d'action, la seconde étant l'intervention d'une TISF. Or, il ressort de cette même étude que, dans le département du Finistère, la totalité des enfants placés à leur naissance étaient toujours placés à l'âge de 1 an. Admettre la difficulté à accomplir le travail maternel implique une rupture avec l'injonction au bonheur ou la norme parentale et conjugale, ou avec l'obligation d'accomplir le travail maternel sans plainte ni mal-être. Aussi de nombreuses femmes précaires cachent-elles leurs difficultés à leurs interlocuteurs, les gardent pour elles-mêmes afin d'être certaines de conserver leur enfant en dépit de l'adversité et des soupçons.

IV. DANS LA PERSPECTIVE DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2024 : APPROFONDIR LA COORDINATION, GARANTIR UN RÉEL SUIVI DE LA SANTÉ MENTALE DES FEMMES

1. Des mesures infra-législatives

Le dispositif, encore méconnu, mériterait de s'appuyer sur les outils dont dispose l'assurance maladie. L'information concernant l'EPNP devrait être donnée dès l'EPN et rappelée, après l'accouchement, directement ou par voie dématérialisée.

La coordination entre les professionnels de santé, notamment dans le cadre du réseau périnatal de santé, doit être organisée pour permettre aux professionnels qui assurent l'EPNP d'adresser les patientes chez lesquelles ils repèrent des signes de dépression périnatale. C'est ainsi que le CNSF préconise à tout professionnel de santé effectuant des EPNP de prendre appui sur un réseau pluri-professionnel afin de faciliter l'orientation des femmes, coparents et enfants si nécessaire à l'issue de l'entretien. De même, le Collège encourage la rédaction d'une synthèse de l'entretien, relue et remise à la femme puis adressée au professionnel de santé référent ⁽²⁾.

(1) ONPE, Synthèse de note statistique, « Étude des parcours en protection de l'enfance jusqu'à l'âge de 5 ans des enfants nés en 2012 dans trois départements français ».

(2) Éléonore Bleuzen et al., op. cit.

Plus largement, les modalités d'échange avec les établissements de santé mentale doivent être améliorées pour prendre en compte la spécificité de la dépression du post-partum.

Pour les femmes allophones, la traduction de l'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg et de son administration en direct paraît une impérieuse nécessité afin d'éviter la déperdition par traduction ou les difficultés d'expression en français.

Enfin, la formation initiale, récemment étendue pour les sages-femmes, comme la formation continue, doivent préparer aux spécificités de l'EPNP, à l'instar de la formation dispensée à l'école universitaire de maïeutique de l'université d'Aix-Marseille ou d'équivalents étrangers, comme l'université d'Helsinki, qui a organisé une conférence internationale consacrée à la santé mentale périnatale en 2021. À défaut, la floraison de formations lucratives privées par Internet, hors de prix et de qualité douteuse, ne sera pas enrayée.

À ce titre, un guide pour la formation à l'EPNP pourrait être rédigé, notamment dans la perspective de la formation continue – le DPC ⁽¹⁾, comme c'est le cas pour l'entretien prénatal précoce. Cette formation continue pourrait s'appuyer sur les ressources locales des réseaux de périnatalité en lien avec les URPS de médecins et de sages-femmes.

Sur le modèle des recommandations susmentionnées du Collège national des sages-femmes, un ouvrage-type pourrait être diffusé auprès des professionnels de santé ayant vocation à assurer un EPNP, afin de les sensibiliser à ses spécificités. Ce guide serait le miroir de celui qui existe aujourd'hui pour l'entretien prénatal ⁽²⁾, s'inspirant des recommandations de la Haute Autorité de santé relatives au « repérage, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnataux », dont la direction générale de la santé a informé le rapporteur qu'elles devraient être publiées au premier trimestre 2024.

2. Des mesures d'ordre organisationnel et conventionnel

Dans le cadre d'une indispensable revalorisation globale de la cotation des actes des sages-femmes, l'EPNP à domicile, permettant d'évaluer les conditions dans lesquelles les mères vivent les suites de leur accouchement, devra être mieux rémunéré.

Par ailleurs, l'EPNP doit faire au plus vite l'objet d'une cotation par l'assurance-maladie quand il est assuré par un médecin.

L'existence d'un professionnel référent constitue également une piste pour éviter les ruptures de prise en charge. Cette recommandation, issue d'échanges avec les personnes auditionnées mais aussi des recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de santé ⁽³⁾, qui prône le recours à un intervenant principal à la sortie de la maternité, choisi par la femme ou le couple, et responsable du suivi et de l'accompagnement postnatal dans les jours suivant le retour à domicile. La Haute Autorité de santé recommande, pour assurer la continuité de la prise en charge, l'intervention d'un professionnel qui a également suivi la femme dans son parcours anténatal.

(1) Développement professionnel continu.

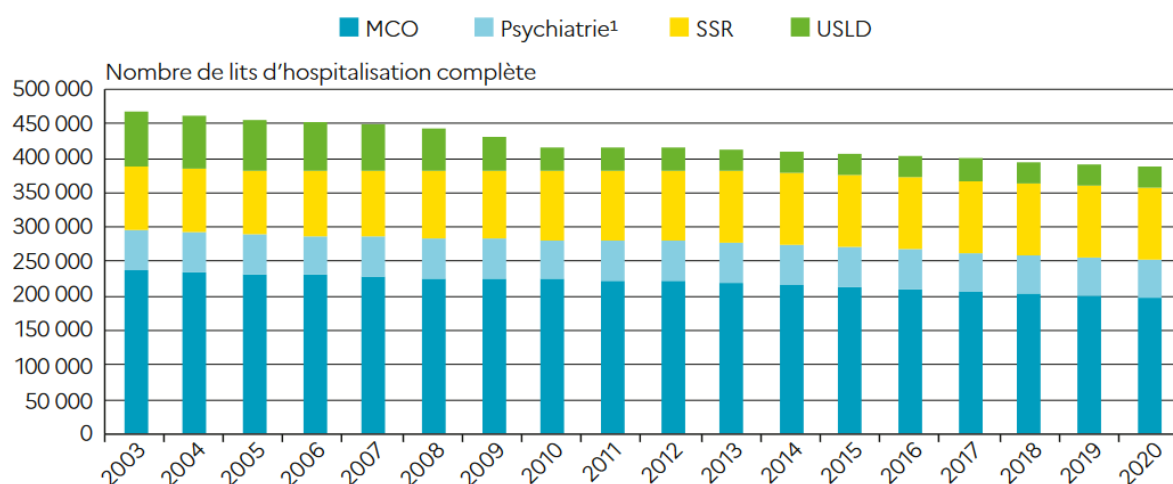
(2) Isserlis C, Sutter-Dalay AL, Dugnat M, Glangeaud-Freudenthal N. Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce. ed. Erès 2008.

(3) Recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de santé, mars 2014, op. cit.

Ce professionnel pourrait être la sage-femme en charge du suivi prénatal d'autant plus facilement que ce sont les sages-femmes qui assurent l'entretien prénatal précoce dans la majorité des cas (47,2 % en libéral et 42,7 % en maternité). La « sage-femme référente » pourrait naturellement être déclarée à l'assurance-maladie en application de l'article L. 162-8-2 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾.

Le dispositif dit « Répap », qui vise à désigner un professionnel dans le parcours périnatal afin de lui donner pour mission d'accompagner et de coordonner le parcours anté et postnatal, peut utilement servir de modèle. Actuellement expérimenté dans quatre territoires, jusqu'au 30 juin 2023, il pourrait avoir vocation à être généralisé à l'ensemble du territoire.

Graphique 1 Évolution du nombre de lits d'hospitalisation complète depuis 2003



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée.

1. Disciplines de psychiatrie générale, infanto-juvénile et pénitentiaire.

Champ > France entière (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2003-2020, traitements DREES.

S'agissant des modalités d'organisation, il y a nécessité d'augmenter la capacité d'accueil et le nombre d'unités mère-enfant (UME), dont le nombre aujourd'hui est très faible. Elles jouent pourtant un rôle décisif lorsque la parole s'est libérée lors de l'entretien et menace de conduire à l'effondrement psychique, requérant une prise en charge immédiate. Dans cette perspective, plutôt que l'hospitalisation en établissement psychiatrique pour adulte, qui implique une séparation, les UME présentent l'avantage d'une prise en charge conjointe de la mère et de l'enfant. Les équipes qui travaillent dans ces unités libèrent ainsi la mère du travail parental, pendant un temps donné, pour lui permettre d'adapter son rythme à la naissance de l'enfant. Toutefois, là-encore, le faible nombre de lits dans l'hôpital public comme le faible investissement dans ce type de structure limite drastiquement l'accès des mères qui en ont besoin. Selon les dernières données disponibles ⁽²⁾, le nombre de lits d'hospitalisation complète installés, tous établissements, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 468 000 à 387 000, service de santé des armées compris.

(1) « Afin de favoriser la coordination des soins en lien avec le médecin, pendant et après la grossesse, l'assurée ou l'ayant droit peut déclarer à son organisme gestionnaire de régime de base de l'assurance maladie le nom de sa sage-femme référente. »

(2) Drees, « Les établissements de santé », édition 2022.

3. Des mesures à prendre dans la perspective du PLFSS 2024

Plusieurs mesures doivent être prises dès le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale pour améliorer la prise en charge de la santé mentale des mères dans le cadre de la division sexuelle du travail parental.

Le défaut de prise en charge financière à 100 % est naturellement le premier obstacle à lever pour permettre l'accès des mères à l'EPNP. Le recours véritable à l'EPNP ne pourra être atteint qu'à partir du moment où il sera intégralement pris en charge, à l'égal de l'entretien prénatal, sans quoi ses effets se révéleront nuls, voire néfastes envers les personnes les plus précaires.

- Proposition n° 1 : assurer la prise en charge de l'EPNP à 100 % par l'assurance maternité, sur le modèle de l'entretien prénatal

Le critère de primiparité présidant à la proposition d'un second entretien a été unanimement rejeté au titre de l'absence de corrélation ou de pouvoir prédictif de la dépression post-partum par les personnes auditionnées. Les professionnels de santé doivent pouvoir le proposer sur la base de critères liés à la santé mentale et à la précarité des patientes. L'article L. 2122-2 du code de la santé publique devra être modifié en conséquence puisque l'EPNP est à vocation universelle. Il doit s'adresser à toutes les mères. Il n'y a d'ailleurs aucune raison d'en exclure les parents adoptants.

- Proposition n° 2 : supprimer le critère de primiparité pour accéder à un second entretien postnatal et privilégier la détection des signes d'une dépression post-partum ou la situation de précarité économique de la mère.

Il s'agit ensuite de synchroniser les congés parentaux pour lutter contre la désynchronisation du travail parental. Un congé paternité d'une durée identique à celui du congé maternité, outre qu'il permette une meilleure socialisation avec l'enfant, comme le démontre la commission des 1 000 premiers jours dans son rapport précité, permet de créer les conditions d'une véritable égalité dans le travail parental au sein des couples. Pour ces derniers, il s'agit d'une mesure permettant de limiter la situation d'isolement des mères, l'un des premiers facteurs de la dépression périnatale.

- Proposition n° 3 : harmoniser les congés des deux parents, tant en ce qui concerne leur durée que leurs modalités d'indemnisation ou leur caractère obligatoire

L'amélioration de la prise en charge de la santé mentale tout au long de la vie constitue, au-delà du seul sujet de l'EPNP, une réponse à la prévalence de la dépression périnatale, compte tenu notamment du poids des antécédents sur la dégradation de la santé mentale des mères. Il s'agit de lutter contre la dégradation continue des conditions de travail des professionnels de la santé mentale tout comme de l'asphyxie financière des établissements publics de psychiatrie afin de permettre la prise en charge précoce et continue de la santé mentale des femmes pour prévenir, en amont, les risques de dépression périnatale, et assurer, en aval, leur suivi libéral, en hospitalisation d'adulte ou en unité mère-enfant.

- Proposition n° 4 : assurer dans la prochaine loi de financement de la sécurité sociale un rehaussement significatif des moyens financiers alloués à la prise en charge psychiatrique aux établissements et aux personnels de santé qui l'assurent

Enfin, la question de l'expérience de l'accouchement et des risques de traumatisme pourrait être traitée sous l'angle de la prévention des violences obstétricales et gynécologiques. S'il est envisageable d'en faire une mesure d'ordre législatif, il conviendrait surtout d'intégrer dans les programmes de formation initiale et de formation continue des professionnels de santé des éléments de sensibilisation à cette question.

- Proposition n° 5 : mieux former et sensibiliser pour assurer la prévention des violences obstétricales et gynécologiques.