

Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 2)

I. Tency, A. Vercoutere, F. D'Haenens, G. Van de Velde, G. Naulaers, H. Neels, L. De Catte, M. Raes, K. Van Thienen, T. Van Roy, S. Cordyn, N. Delvaux, P. Van Royen, M. Goossens

Version validée par le Cebam le 2 mai 2024



Worel

Werkgroep
Ontwikkeling
Richtlijnen
Eerste Lijn

Groupe de travail
Développement de
Guides de pratique
de Première ligne

Working group
Development of
Primary Care
Guidelines

Contribution du patient et évaluation par le prestataire de soins

Les guides de pratique clinique offrent des repères et sont un appui à la prise de décisions diagnostiques ou thérapeutiques en première ligne. Ils résument, pour le prestataire de soins, ce qui est la meilleure décision du point de vue scientifique, pour le patient moyen. Par ailleurs, il convient de prendre en compte le contexte du patient, celui-ci étant un partenaire, à titre égal, dans la prise de décisions. C'est pourquoi le prestataire de soins clarifie la demande du patient par une communication appropriée et l'informe sur tous les aspects des options décisionnelles possibles. Il peut donc arriver que le prestataire de soins et le patient fassent ensemble un autre meilleur choix de manière justifiée et raisonnée. Pour des raisons pratiques, ce principe n'est pas repris tout au long du guide, mais est mentionné ici de manière explicite.

Tables des matières

<u>SYNTHESE DES MESSAGES CLES.....</u>	<u>5</u>
<u>INTRODUCTION.....</u>	<u>11</u>
MOTIVATION DU GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE.....	11
OBJECTIF DU PRESENT GUIDE	14
POPULATION CIBLE DU GUIDE	15
UTILISATEURS FINAUX.....	16
<u>DEFINITIONS.....</u>	<u>16</u>
<u>QUESTIONS CLINIQUES.....</u>	<u>19</u>
<u>QUESTION CLINIQUE 1 : QUELLES INFORMATIONS ET QUEL SOUTIEN SONT NECESSAIRES PENDANT LA PERIODE POST-PARTUM ?.....</u>	<u>20</u>
1. INFORMATION ET TRANSFERT DE SOINS.....	20
1.1. PRINCIPES GENERAUX.....	20
1.2. COMMUNICATION AU MOMENT DU TRANSFERT DES SOINS	21
1.3. TRANSFERT VERS LA PREMIERE LIGNE DE SOINS	22
2. PREMIERES VISITES/EXAMENS APRES LE TRANSFERT DES SOINS (DU LIEU DE NAISSANCE OU APRES L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE).....	23
2.1. PREMIERE VISITE POSTNATALE DE LA SAGE-FEMME (OU AUTRE PRESTATAIRE DE SOINS PRIMAIRES)	23
2.2. PREMIERE VISITE POSTNATALE PAR UNE PEP'S DE L'ONE	27
3. AUTRES CONTACTS DE SOINS EN PERIODE POST-PARTUM	29
3.1. QUE FAUT-IL ABORDER AVEC LA JEUNE MAMAN ?	29
Recommandations (sage-femme)	29
Explications	30
Argumentaire	34
3.2. LE NOUVEAU-NE : QUE VERIFIER ET/OU DISCUTER AVEC LES PARENTS ?	35
Recommandations.....	35
Explications	35
Argumentaire	39
<u>QUESTION CLINIQUE 2 : QUELS SONT LES EXAMENS ET LES TESTS DE DEPISTAGE NECESSAIRES CHEZ LE NOUVEAU-NE PENDANT LA PERIODE POST-PARTUM ?.....</u>	<u>41</u>
Recommandations.....	41
Explications	41
Argumentaire	44
<u>QUESTION CLINIQUE 3 : QUEL SUIVI EST NECESSAIRE POUR ASSURER LA SANTE MENTALE ET LE BIEN-ETRE PSYCHOSOCIAL DE LA MAMAN PENDANT LA PERIODE POST-PARTUM?</u>	<u>48</u>
Recommandations.....	48
Explications	49
Argumentaire	63
<u>QUESTION CLINIQUE 4 : QUELS SOINS SONT NECESSAIRES POUR ASSURER LA SANTE SEXUELLE DE LA MAMAN (Y COMPRIS LA CONTRACEPTION/LA PLANIFICATION FAMILIALE) PENDANT LA PERIODE POST-PARTUM?</u>	<u>79</u>

1. SANTE SEXUELLE.....	79
Recommandations.....	79
Explications	80
Argumentaire	88
2. PLANIFICATION FAMILIALE.....	99
Recommandations.....	99
Explications	99
Argumentaire	105
<u>QUESTION CLINIQUE 5 : QUELLES INFORMATIONS ET QUEL SUIVI DE L'ALIMENTATION DU NOUVEAU-NE SONT NECESSAIRES PENDANT LA PERIODE POST-PARTUM ?.....</u>	<u>108</u>
1. PRINCIPES GENERAUX.....	108
Recommandation	108
Explications	108
ARGUMENTAIRE	109
2. ALLAITEMENT MATERNEL.....	114
2.1. APPORTER UN SOUTIEN	114
Recommandations.....	114
Explications	114
Argumentaire	118
2.2. ÉVALUATION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL	128
Recommandations.....	128
Explications	128
Argumentaire	129
3. ALIMENTATION ARTIFICIELLE.....	130
Recommandations.....	130
Explications	130
Argumentaire	131
4. SUPPRESSION DE LA LACTATION	139
Recommandation	139
Explications	140
Argumentaire	140
<u>GRADE.....</u>	<u>142</u>
<u>AGENDA DE RECHERCHE</u>	<u>144</u>
<u>CONDITIONS PREALABLES POUR LA MISE EN ŒUVRE DU GUIDE.....</u>	<u>145</u>
<u>ÉLEMENTS D'EVALUATION</u>	<u>146</u>
<u>ELABORATION</u>	<u>148</u>
AUTEURS.....	148
METHODOLOGIE.....	149
<u>CONFLIT D'INTERETS</u>	<u>158</u>
<u>MISE A JOUR ET FINANCEMENT.....</u>	<u>158</u>
<u>RELECTURE ET CONTEXTUALISATION</u>	<u>159</u>
<u>VALIDATION.....</u>	<u>159</u>

<u>ANNEXE 1. BILAN PSYCHOSOCIAL : QUESTIONNER LES FACTEURS DE RISQUE</u>	<u>160</u>
<u>ANNEXE 2. ÉCHELLE DE DEPRESSION D'ÉDIMBOURG (POSTNATALE).....</u>	<u>164</u>
<u>ANNEXE 3. PROTOCOLE DE DEPISTAGE PAR PALIERS DE LA DEPRESSION ET DE L'ANXIETE</u>	<u>166</u>

Synthèse des messages clés

Question clinique 1 : Quelles informations et quel soutien sont nécessaires pendant la période post-partum ?

Premières visites/examens après le transfert des soins (du lieu de naissance ou après l'accouchement à domicile

Sage-femme (ou autre prestataire de soins primaires)

Dans le cadre du suivi médical de la jeune maman et du nouveau-né : tâchez de programmer la première visite postnatale d'une sage-femme dans les 24 heures après le transfert depuis le lieu de naissance ou après un accouchement à domicile (**GRADE 2C**).

Partenaire Enfant-Parents de l'ONE (PEP's)

La première visite à domicile par une Partenaire Enfant-Parents de l'ONE (PEP's) de l'ONE a lieu environ deux semaines après l'accouchement (**GPP**).

Autres contacts de soins en période post-partum

Que faut-il aborder avec la jeune maman ?

1. Lors du premier contact postnatal, informez la femme des symptômes et des signes pouvant évoquer une affection potentiellement grave et demandez-lui de consulter immédiatement un médecin s'ils surviennent (**GPP**).
2. Discutez avec la jeune maman à quels saignements vaginaux elle peut s'attendre après l'accouchement (lochies) et demandez-lui de consulter un médecin si certains symptômes surviennent ou si elle s'en inquiète (**GPP**).
3. À chaque contact postnatal, demandez à la jeune maman si elle se préoccupe de la plaie périnéale (dans le cadre de la cicatrisation de la plaie périnéale) et accordez une attention particulière à tout signe d'alarme (**GPP**).
4. Si nécessaire, donnez des informations appropriées sur les antidouleurs disponibles, en tenant compte du fait que la jeune maman allaite ou non (**GPP**).
5. À chaque contact postnatal, interrogez la jeune maman sur sa santé, si elle a certaines inquiétudes, et évaluez son bien-être général (**GPP**).

Le nouveau-né : que vérifier et/ou discuter avec les parents ?

1. À chaque contact postnatal, demandez aux parents s'ils ont des préoccupations au sujet du bien-être général, de l'alimentation ou du développement de leur bébé. Passez en revue les antécédents et évaluez la santé du bébé, y compris la réalisation d'un examen physique et d'une observation. En cas de préoccupations, prenez les mesures appropriées (**GPP**).

2. Soyez à l'écoute des préoccupations des parents au sujet de la santé de leur bébé et considérez leurs préoccupations comme un indicateur important d'une éventuelle maladie grave chez leur bébé (**GPP**).
3. Conseillez aux parents de toujours contacter un médecin (pédiatre ou médecin généraliste ayant de l'expérience avec des nouveau-nés) lorsque leur bébé de moins de 3 mois a de la fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) ou une température trop basse ($<36^{\circ}\text{C}$) (**GPP**).
4. Discutez avec les parents de l'importance de l'attachement (émotionnel) (**GPP**).
5. Reconnaissez que certains parents peuvent avoir besoin d'un soutien complémentaire pour développer un attachement émotionnel (**GPP**).

Question clinique 2 : Quels sont les examens et les tests de dépistage nécessaires chez le nouveau-né pendant la période post-partum ?

1. Conseillez aux parents de participer au dépistage néonatal d'anomalies congénitales (**GPP**).
2. Assurez-vous que l'examen physique du bébé a lieu chez le médecin (pédiatre ou médecin généraliste ayant de l'expérience avec les nouveau-nés) 7 à 10 jours après la naissance (**GPP**).
3. Lors des consultations pendant la période du post-partum, le médecin réalise toujours un examen clinique approprié et accorde une attention aux caractéristiques externes particulières et au suivi de la croissance (**GPP**).
4. Effectuez un test de dépistage auditif dans les premières semaines de vie et de préférence avant le 21^{ème} jour (**GRADE 1C**).

Question clinique 3 : Quel suivi est nécessaire pour garantir la santé mentale et le bien-être psychosocial de la maman pendant la période post-partum ?

1. Lors de la première visite post-partum, évaluez de manière exhaustive le bien-être psychosocial de la maman (**GPP**).
2. Pendant les contacts post-partum, discutez régulièrement du bien-être mental de la maman et de son partenaire. Offrez, au besoin, une psychoéducation, des conseils d'autosoins et un soutien approprié. Parlez des signes de problèmes de santé mentale (postnatals) et où la patiente peut obtenir de l'aide. Si vous ne vous sentez pas capable de le faire, adressez la jeune maman à un prestataire de soins avec les compétences adéquates (**GPP**).
3. Utilisez le modèle de dépistage par paliers pour dépister la dépression et les troubles anxieux pendant la période post-partum (**GRADE 1C**).

4. Les prestataires de soins de santé doivent accorder une attention particulière aux problèmes de santé mentale chez (**GRADE 1C**) :
 - les femmes ayant des antécédents psychiatriques ;
 - les femmes ayant des complications de grossesse ;
 - les femmes qui ont eu une grossesse non désirée ;
 - les femmes en manque de soutien social ;
 - les femmes victimes de violence domestique au sein du ménage ;
 - les femmes appartenant à une minorité ethnique ;
 - les femmes de statut socio-économique inférieur ;
 - les femmes ayant des problèmes de langue, le statut de réfugié ou de demandeur d'asile ;
 - les personnes LGBTQ2S ;
 - les mamans adolescentes.
5. Si vous suspectez la présence de troubles mentaux périnataux, tels qu'une dépression majeure ou un trouble anxieux (sur la base d'un dépistage par paliers ou de l'expertise clinique), renvoyez la jeune maman pour la pose d'un diagnostic et une prise en charge appropriée (**GPP**).
6. Soyez attentif aux signes de violence domestique et, si nécessaire, proposez à la jeune maman une aide ou une orientation appropriée (**GPP**).

Question clinique 4 : Quels soins sont nécessaires pour garantir la santé sexuelle de la jeune maman (y compris la contraception/la planification familiale) pendant la période post-partum ?

Santé sexuelle

1. Informez la jeune maman et son partenaire qu'un rétablissement physique (du col de l'utérus, de l'arrêt des lochies, d'une éventuelle déchirure ou épisiotomie) est nécessaire avant de reprendre les rapports sexuels avec pénétration. Ce rétablissement a généralement lieu au bout de 6-8 semaines, mais cela peut varier (**GPP**). Outre le rétablissement physique, il est tout aussi important que le couple soit mentalement ou relationnellement prêt à reprendre les rapports sexuels avec pénétration.
2. Informez la maman et son partenaire que la fonction sexuelle dans le post-partum est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux pouvant entraîner une diminution du désir sexuel, une dyspareunie et une insatisfaction sexuelle ; informez-les des solutions possibles (**GRADE 1C**). Les principaux facteurs sont les suivants :

- Facteurs biologiques chez la femme :
 - Traumatisme périnéal (rupture, épisiotomie, incontinence, faiblesse des muscles du plancher pelvien...);
 - Allaitement (sécheresse vaginale, sensibilité accrue des mamelons, fuite de lait).
 - Facteurs psychologiques chez la femme et son partenaire :
 - Dépression postpartum;
 - Anxiété (peur de réveiller ou de ne pas entendre le bébé, de dyspareunie, d'une grossesse non planifiée) ;
 - Image de soi négative due à un corps qui a changé suite à la grossesse ;
 - Fatigue ;
 - Relation interpersonnelle entre les partenaires (désir associé, entre autres, au sentiment d'intimité et à l'expérience d'un soutien pratique et émotionnel).
 - Facteurs sociaux chez la femme et son partenaire :
 - Changement de rôle et adaptations à la parentalité ;
 - Responsabilité accrue ;
 - Hygiène de vie modifiée.
3. Informez la maman et son partenaire que la dyspareunie est fréquente dans le post-partum, quel que soit le mode d'accouchement, mais qu'elle diminue avec le temps (**GRADE 1B**).
 4. Abordez le thème de la sexualité et orientez la jeune maman vers une aide spécialisée en cas de problèmes (**GPP**).

Planification familiale

1. Discutez avec la jeune maman et son/sa partenaire des méthodes contraceptives possibles, de leurs préférences, de l'observance attendue et de leur situation personnelle (**GPP**).
2. Une femme qui a accouché il y a moins de 21 jours n'a pas besoin de contraception (**GRADE 1C**).
3. Conseillez à une femme qui a accouché il y a plus de 21 jours de ne pas avoir de rapports sexuels avec pénétration ou d'utiliser une contraception supplémentaire, sauf en cas d'utilisation de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) (**GRADE 1C**).
4. Informez la jeune maman qui allaite que la méthode MAMA n'est fiable que dans les conditions strictes suivantes : allaitement exclusif et à la demande, aménorrhée et < 6 mois post-partum (**GRADE 1B**).

5. Ne prescrivez de préférence pas la pilule combinée aux femmes qui allaitent <6 semaines après l'accouchement (**GRADE 2B**).
6. Déconseillez aux femmes d'attendre d'utiliser une contraception jusqu'à ce que les règles reprennent à cause du risque accru de grossesse non planifiée (**GRADE 1B**).

Question clinique 5 : Quelles informations et quel suivi de l'alimentation du nouveau-né sont nécessaires pendant la période post-partum ?

Principes généraux

Discutez de l'allaitement maternel avant et après la naissance : donnez des informations à ce sujet et offrez un soutien pour permettre aux parents de faire un choix éclairé. Lorsque vous discutez de l'alimentation du nouveau-né, reconnaissez les préoccupations émotionnelles, sociales, financières et environnementales des parents concernant les options d'alimentation et respectez leurs choix (**GRADE 1C**).

Allaitement

Apporter un soutien

1. Si souhaité, donnez au/à la partenaire des informations sur la manière dont il/elle peut soutenir l'allaitement maternel (**GRADE 2C**).
2. Informez les femmes et leurs partenaires de leurs droits en matière d'allaitement, c'est-à-dire le droit d'allaiter dans l'espace public, le droit à des pauses d'allaitement pendant le travail, jusqu'à 9 mois après l'accouchement (**GPP**).
3. Encouragez la maman à avoir un contact peau à peau précoce avec son bébé afin que l'allaitement puisse commencer lorsque les deux y sont prêts (**GRADE 1B**).
4. Offrez un soutien et une éducation à l'allaitement maternel, en utilisant une variété d'interventions (**GRADE 1B**).
5. Fournissez des soins d'allaitement en face à face adaptés aux besoins individuels de la maman, appuyés par des informations écrites, numériques ou téléphoniques et assurez la continuité (**GRADE 1C**).

Évaluation de l'allaitement maternel

1. Évaluation de l'allaitement :

- Explorez (**GPP**) :
 - les préoccupations des parents au sujet de l'alimentation de leur bébé ;
 - la fréquence et la durée des tétées ;
 - si le bébé tète de façon rythmique et avale de manière audible ;
 - si le bébé est satisfait après l'avoir nourri ;
 - si le bébé se réveille pour le nourrir ;
 - la prise ou la perte de poids du bébé ;
 - le nombre de couches humides et sèches ;
 - l'état des seins et des mamelons de la jeune maman ;
 - si le bébé pleure avant ou après l'allaitement ;
 - si la femme ressent de la douleur lors de l'allaitement.
 - Observez un moment d'allaitement dans les premières 24 heures après la naissance, et au moins un autre moment d'allaitement au cours de la première semaine (de préférence plusieurs) (**GPP**).
1. Prenez des mesures supplémentaires en cas de préoccupations persistantes concernant l'allaitement (**GPP**).

Alimentation artificielle

1. Discutez de l'alimentation artificielle avec les parents qui envisagent ou sont obligés de donner une alimentation artificielle, en tenant compte du fait que les bébés peuvent recevoir, en plus de l'allaitement maternel ou du lait tiré, une alimentation artificielle partielle (**GRADE 1C**).
2. Prodiguez de préférence des soins relatifs à l'alimentation artificielle en face à face adaptés aux besoins individuels de la jeune maman, complétés par des informations écrites, numériques et/ou fournies par téléphone (**GRADE 2C**).
3. Aidez les parents qui envisagent de compléter l'allaitement maternel avec du lait artificiel ou de passer de l'allaitement maternel à l'allaitement artificiel à prendre une décision éclairée (**GRADE 1C**).

Suppression de la lactation

Si la jeune maman ne souhaite pas allaiter ou souhaite arrêter l'allaitement maternel, discutez de la suppression de la lactation : donnez des informations et des conseils d'auto-assistance (**GPP**).

Introduction

Motivation du guide de pratique clinique

Les soins du post-partum concernent de nombreuses personnes chaque année. En 2022, la Belgique comptait 113 593 naissances vivantes ¹. Tous ces bébés et leurs mamans sont pris en charge par différents prestataires de soins de santé depuis la grossesse (et avant) jusqu'à l'accouchement. La durée du séjour en maternité après un accouchement normal était de 10 jours ou plus dans les années 1950 et elle s'est progressivement raccourcie. La durée moyenne du séjour en maternité après un accouchement normal était de 6,9 jours en 1991, de 4 jours en 2011 et de 2,7 jours en 2021 ². La durée de séjour diminuera probablement davantage pour que les soins restent abordables. Avec la tendance à la réduction de la durée du séjour (voir *définitions* à la page 16) en maternité, les soins du post-partum se déplacent de plus en plus vers le domicile et les soins primaires, tandis que l'organisation des soins du post-partum se voit confrontée à des défis majeurs. Il existe des preuves scientifiques qu'un court séjour d'au moins 48 heures avec suivi à domicile est une bonne alternative lorsqu'une maman en bonne santé a donné naissance à un enfant né à terme et en bonne santé. Pour cela, les soins doivent répondre à certaines conditions.

En 2014, le KCE a examiné l'organisation des soins du post-partum en Belgique et a formulé des recommandations et des points d'action à propos des soins du post-partum de haute qualité à prodiguer à domicile ³. Le KCE recommandait entre autres l'élaboration de guides de pratique clinique factuels concernant les soins du post-partum, en partie en raison du nombre de prestataires de soins de santé concernés : sages-femmes, pédiatres, médecins généralistes et gynécologues, mais aussi en raison du nombre d'organismes de soins préventifs (Flandre : Kind en Gezin (Agentschap Opgroeien)/Wallonie : Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)/Partie germanophone du pays : Kaleido (anciennement Dienst für Kind und Familie - DKF)) et d'organismes de soutien (centres d'expertise en soins maternels – pas d'équivalent francophone). En 2016, l'association flamande des sages-femmes

¹ [Naissances et fécondité | Statbel \(fgov.be\)](#)

²

- Benahmed N, Devos C, San Miguel L, et al. L'organisation des soins après l'accouchement – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2014. KCE Reports 232Bs. D/2014/10.273/80.
- [Health care use - Length of hospital stay - OECD Data](#)

³ Benahmed N, Devos C, San Miguel L, et al. L'organisation des soins après l'accouchement – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2014. KCE Reports 232Bs. D/2014/10.273/80

(VBOV) a émis trente « recommandations de bonne pratique » concernant les soins du post-partum (ou soins postnatals) fournis par les sage-femmes ⁴.

Objectifs des soins à domicile en période post-partum

Le suivi de la jeune maman, du bébé et de la famille en période post-partum poursuit différents objectifs. En plus du suivi nécessaire de la santé médicale de la maman (soins des plaies, tension artérielle, hémorragie utérine ou vaginale, plaintes périnéales, hémorroïdes, allaitement ...) et du nouveau-né (cordon ombilical, développement, poids, jaunisse, alimentation...), une attention est accordée au processus psycho-social : le baby-blues, la transition vers la parentalité et le processus d'attachement (sans oublier l'autre parent),.... En outre, une promotion à la santé générale s'avère nécessaire au sujet de la contraception, de la sexualité, de la prévention, de la croissance et du développement.

Cette prise en charge du post-partum passe par une collaboration organisée entre sages-femmes, médecins (médecins généralistes, néonatalogues, pédiatres et gynécologues) et autres prestataires de soins (kinésithérapeutes, pharmaciens, psychologues ...) et organisations (Kind en Gezin (Agentschap Opgroeien)/Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)/Kaleido, centres d'expertise en soins maternels, etc...).

Complications et plaintes

Chez la maman

Dans nos régions, le taux de complications et de mortalité maternelle en période post-partum est plutôt faible. Pour la période 2016-2020, le taux de mortalité maternelle était de 7,1 décès pour 100 000 naissances vivantes, contre 3,7 pour 100 000 pour la période 2012-2016 ⁵. L'augmentation de ce chiffre est due à un ajustement de la définition, qui tient désormais compte des critères recommandés par l'OMS pour la mortalité maternelle, y compris le suicide. Des soins du post-partum bien organisés permettent souvent d'éviter les complications ou de les détecter et traiter à temps.

⁴ Goede praktijkvoering voor de postnatale zorg. Aanbevelingen voor vroedvrouwen. Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen, 2016.

⁵

- [Mortalité maternelle | Statbel \(fgov.be\)](https://statbel.fgov.be)
- <https://www.b-oss.be/bamm>

Complications graves à potentiellement mortelles chez la jeune maman sont :

- Hémorragie post-partum : si non détectée et traitée à temps (hospitalisation d'urgence, intervention chirurgicale ou transfusion sanguine ⁶), elle peut entraîner la mort maternelle.
- Eclampsie du post-partum chez la maman : plutôt rare, mais se manifeste généralement dans les 48 heures après l'accouchement. C'est précisément parce qu'elle est si rare, que cette affection grave risque d'être manquée ⁷.
- Risque accru de thrombose ⁸ : y compris les thromboses veineuses profondes (TVP) et les embolies pulmonaires (EP). Le caillot de sang d'une thrombose veineuse profonde peut se détacher et se retrouver dans la circulation pulmonaire, provoquant une EP. Dans quelques cas rares, une EP peut venir bloquer la circulation artérielle et entraîner la mort.
- Endométrite du post-partum : non traitée, l'infection peut évoluer vers une septicémie et une défaillance multiviscérale avec issue fatale.
- Les troubles mentaux graves dans la période post-partum, tels que la psychose, la dépression sévère..., peuvent conduire au suicide de la jeune maman. Un traitement professionnel et parfois même une hospitalisation sont alors nécessaires.

Complications / plaintes moins sévères chez la jeune maman sont :

- Les céphalées sont l'une des plaintes les plus courantes chez la jeune maman. Il peut s'agir d'un des symptômes de la pré-éclampsie, mais bien plus souvent, la cause sous-jacente ne met pas la vie en danger. Des recherches ont montré que la plupart des causes de céphalées en période post-partum ne sont pas diagnostiquées et sont, par conséquent, mal traitées ².
- Les autres plaintes physiques courantes chez la femme récemment accouchée sont les douleurs périnéales immédiatement après l'accouchement (42%), l'incontinence urinaire dans les 3 premiers mois post-partum (30%), la constipation et les hémorroïdes ⁹.
- Les troubles mentaux légers sont fréquents dans la période post-partum, tels que 'baby-blues', diminution du bien-être émotionnel, pression ressentie du fait d'être parent et sur la relation. Dans ce cas, une psychoéducation générale et, dans certains cas, un traitement professionnel peuvent s'avérer importants.

⁶ [Zwangerschap en kraamperiode | NHG-Richtlijnen](#)

⁷ van Weert JM, Hajenius PJ, Richard E, et al. Late eclampsie post partum. Ned Tijdschr Geneeskd 2007;151: 414-7.

⁸ [Reducing the risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015.](#)

⁹ Turawa EB, Musekiwa A, Rohwer AC. Interventions for preventing postpartum constipation. Cochrane Database Syst Rev 2020;8(8):CD011625.

Chez le nouveau-né

La mortalité infantile (*voir définitions à la page 16*) est également assez faible dans notre région par rapport au reste du monde, mais moyenne par rapport aux autres pays européens. En 1960, 1980, 2000 et 2021, la mortalité infantile en Belgique était respectivement de 31,4, 12,1, 4,8 et 2,9 pour 1 000 bébés. En termes européens, le taux de mortalité infantile est de 3,0 pour 1000 en 2021.

Complications graves ou potentiellement mortelles chez le nouveau-né sont :

- L'ictère nucléaire survient occasionnellement et est une affection potentiellement grave pouvant entraîner des lésions neurologiques ou la mort ^{10,11}.
- La septicémie néonatale peut être causée par des infections bactériennes précoces. L'incidence varie de 1 à 4,6 pour 1000 enfants nés à terme ¹². Il est important de reconnaître rapidement les premiers symptômes d'infections et de les prendre en charge.
- Les malformations cardiaques congénitales (coarctatio aortae).
- Difficultés nutritionnelles graves, s'accompagnant de déshydratation et de malnutrition.
- Maladies métaboliques rares, qui doivent être dépistées.

Complications / plaintes moins sévères chez le nouveau-né sont :

- Difficultés nutritionnelles dues au reflux gastro-œsophagien.
- Mauvais développement du poids.
- Infections fongiques (muguet, dermatite de la couche).
- Crampes intestinales.
- Infections locales telles qu'une infection ombilicale ou une conjonctivite (à diagnostiquer et traiter rapidement).
- Ictère physiologique.

Objectif du présent guide

Ce guide multidisciplinaire vise à :

- optimiser la qualité des soins post-partum ;

¹⁰ Maisels MJ, Newman TB. Kernicterus in otherwise healthy, breast-fed term newborns. *Pediatrics* 1995;96:730-3.

¹¹ Brown AK, Johnson L. Loss of concern about jaundice and the reemergence of kernicterus in full-term infants in the era of managed care. In: Fanaroff AA, Klaus MH, editors. *The year book of neonatal and perinatal medicine*. St. Louis: Mosby, 1996:17-28.

¹² Sgro M, Shah PS, Campbell D, et al. Early-onset neonatal sepsis: rate and organism pattern between 2003 and 2008. *J Perinatol* 2011;31:794-8.

- optimiser la collaboration entre les différents prestataires de soins impliqués dans les soins post-partum ;
- identifier en temps opportun et prendre en charge les complications chez le nouveau-né et la maman en période post-partum afin d'éviter les situations potentiellement mortelles.

Ce guide multidisciplinaire se compose de deux parties : cette deuxième partie aborde les questions cliniques liées à l'information et au soutien du ménage, à la santé mentale et sexuelle de la maman, aux examens et à l'alimentation du nouveau-né (allaitement maternel et alimentation artificielle). La première partie abordait les questions cliniques concernant les soins nécessaires pour assurer la santé physique de la maman et du nouveau-né pendant la période du post-partum. La première partie du guide est disponible à l'adresse suivante : www.worel.be

Population cible du guide

Cette deuxième partie du guide s'applique à la jeune maman qui vient d'accoucher et qui est en bonne santé ainsi qu'au nouveau-né en bonne santé pendant la période post-partum. Ce guide concerne la période post-placentaire, c'est-à-dire à partir de la naissance du placenta à 8 semaines après l'accouchement. L'accent est mis sur le suivi en soins primaires, c'est-à-dire après la sortie de la maternité et le retour à domicile ou au domicile en cas d'accouchement à domicile.

Ce guide ne fournit pas de recommandations spécifiques pour les soins post-partum après une césarienne. Les femmes qui viennent d'accoucher et/ou les nouveau-nés ayant des affections ou présentant des facteurs de risque spécifiques doivent recevoir des soins spécifiques en concertation avec l'équipe de soins. Ce point n'est pas abordé dans ce guide.

Le champ d'application de ce guide a été déterminé sur la base du PIPOH suivant ¹³ :

P(atients)	mamans en bonne santé (femmes qui viennent d'accoucher ne présentant aucun trouble impactant la grossesse, l'accouchement et/ou la période post-partum (majeur)) et leurs nouveau-nés en bonne santé (bébés nés après une grossesse normale, après un accouchement vaginal normal, à un âge post-menstruel compris entre 37 et 42 semaines, avec un poids de naissance supérieur à 2 500 grammes et en bonne santé lors du premier examen clinique) pendant
------------	---

¹³ Un PIPOH est un acronyme permettant de déterminer le champ d'application du guide de pratique. Voir ADAPTE framework.

- The ADAPTE process: resource toolkit for guideline adaptation. Version 2.0. ADAPTE Collaboration, 2009. Available from <http://www.g-i-n.net>.

	la période post-partum (jusqu'à 8 semaines après la naissance ; pour la santé psychosociale et sexuelle jusqu'à un an après la naissance)
I(ntervention)	soins, examens, dépistage, information et suivi
P(rofessionnels)	sages-femmes, consultants en lactation, médecins généralistes, pédiatres, néonatalogues, gynécologues, infirmières, kinésithérapeutes, aidants à la maternité, organismes de prévention et de soutien à la petite enfance (Flandre : Kind en Gezin (Agentschap Opgroeien)/Wallonie : Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)/Partie germanophone du pays : Kaleido), pharmaciens, psychologues,...
O(utcome) (résultat)	garantir la qualité de la santé physique, mentale et sexuelle de la maman et du nouveau-né
H(ealthcare setting) (contexte de soins de santé)	soins primaires (intra-muros et extra-muros)

Utilisateurs finaux

Ce guide s'adresse aux différents professionnels de la santé impliqués dans les soins post-partum : sages-femmes, médecins généralistes, pédiatres et néonatalogues, gynécologues, infirmières, kinésithérapeutes, soignants en maternité, pharmaciens, psychologues et autres prestataires de soins qui s'occupent des soins de la jeune maman et de l'enfant.

Définitions

- **Bien-être psychosocial** : englobe à la fois le bien-être psychologique et le bien-être social.
- **Durée moyenne de séjour (DMS) à l'hôpital** : la DMS est souvent utilisée comme indicateur d'efficacité ¹⁴. Si tous les autres paramètres restent égaux, un séjour plus court réduira le coût par sortie et déplacera les soins de l'hôpital vers des structures post-aiguës moins coûteuses. La DMS correspond au nombre moyen de jours que les patients séjournent à l'hôpital. Elle est généralement calculée en divisant le nombre total de jours passés à l'hôpital par tous les patients hospitalisés au cours d'une année par le nombre d'admissions ou de sorties. Les hospitalisations de jour ne sont pas prises en compte. L'indicateur est valable pour tous les cas de soins aigus ainsi que les accouchements sans complications.

¹⁴ [Health care use - Length of hospital stay - OECD Data](#)

- **Dyspareunie** : douleurs ressenties pendant les rapports sexuels ou coït douloureux. Il s'agit d'un dysfonctionnement sexuel consistant en des douleurs génitales récurrentes ou persistantes associées au coït. La dyspareunie peut être le résultat d'une affection somatique, mais peut aussi avoir une cause psychologique.
- **Événements stressants de la vie** : les événements stressants de la vie, ou « life event stressors », sont des événements discrets, observables, indésirables, non planifiés, non normatifs et/ou incontrôlables qui ont généralement un début et une fin clairs et sont associés à des changements majeurs dans la vie. Les événements stressants de la vie ont un impact négatif important sur le bien-être physique et psychologique ¹⁵.
- **Famille dysfonctionnelle** : famille dont les membres subissent des traumatismes répétés et vivent dans l'insécurité, par exemple en raison d'abus, de négligence, de violence intrafamiliale ou de problèmes de toxicomanie.
- **Hémorragie secondaire du post-partum** : saignement vaginal anormal ou abondant survenant 24 heures à 12 semaines après l'accouchement ¹⁶.
- **Indice de Pearl** : indique combien de grossesses surviennent malgré l'utilisation de la méthode contraceptive chez 100 femmes qui utilisent cette méthode pendant un an. La fiabilité dépend de la méthode elle-même d'une part et de la personne qui utilise la méthode contraceptive d'autre part. Il faut donc faire la distinction entre le chiffre théoriquement atteignable et le chiffre atteint en pratique avec la méthode contraceptive.
- **Mortalité infantile** : le rapport entre le nombre de bébés âgés de moins d'un an décédés au cours de l'année et le nombre de naissances vivantes au cours de la même année (pour mille) ¹⁷.
- **PEP's** : au sein de l'ONE, les professionnels qui accompagnent les parents et les familles sont appelés des PEP's (Partenaires Enfants Parents). Beaucoup sont infirmières, d'autres sages-femmes, certaines sont assistantes sociales ou psychologues de formation de base ; toutes reçoivent une formation spécifique de PEP's délivrée par l'ONE.
- **Période périnatale** : la période allant de 1 an avant la grossesse, la grossesse elle-même jusqu'à 1 an après l'accouchement. En ce qui concerne les questions cliniques concernant le bien-être mental et la santé sexuelle de la jeune maman, nous évoquons, dans les explications en lien avec les recommandations, la période périnatale et non la période post-partum (jusqu'à 8 semaines après l'accouchement).

¹⁵ [Stressful Life Events | SpringerLink](#)

¹⁶ Alexander J, Thomas P, Sanghera J. Treatments for secondary postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev 2002;(1):CD002867.

¹⁷ [Mortalité foeto-infantile | Statbel \(fgov.be\)](#)

- **Pré-éclampsie** : il s'agit d'un trouble hypertensif qui survient pendant la grossesse et le post-partum. Dans la pré-éclampsie, l'hypertension s'accompagne d'autres dysfonctionnements tels que la protéinurie, les complications hématologiques, l'insuffisance rénale aiguë, le dysfonctionnement hépatique et/ou les complications neurologiques (éclampsie, altération de l'état mental, cécité, scotomes visuels persistants, infarctus cérébral, clonus, céphalées sévères).
- **Saignement maternel normal** : peut durer de 4 à 8 semaines. On observe d'abord de nombreuses pertes de sang rouge vif (lochia rubra), accompagnées ou non de caillots. Après 3 ou 4 jours, les pertes vaginales diminuent et la couleur des lochies devient brun-rouge (lochies séreuses). Une semaine plus tard, la couleur des pertes vaginales passe au jaune ou au blanc (lochia alba) pendant plusieurs semaines. Les femmes qui allaitent ont généralement des lochies plus abondantes.
- **Santé mentale** : L'Organisation mondiale de la santé (OMS) utilise la définition suivante de la santé mentale : *"un état de bien-être dans lequel l'individu se rend compte de ses propres capacités, peut faire face au stress normal de la vie, peut travailler de manière productive et fructueuse, et est capable de contribuer à sa communauté."* ¹⁸
- **Sexualité** : L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la sexualité comme *"un aspect central de l'être humain tout au long de la vie et comprend le sexe, l'identité et les rôles de genre, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée à travers des pensées, des fantasmes, des désirs, des croyances, des attitudes, des valeurs, des comportements, des pratiques, des rôles et des relations. Bien que la sexualité puisse englober toutes ces dimensions, toutes ne sont pas toujours vécues ou exprimées. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels"*. ¹⁹

¹⁸ [Mental health \(who.int\)](http://www.who.int)

¹⁹ [Sexual health \(who.int\)](http://www.who.int)

Questions cliniques

Cette deuxième partie du guide de pratique clinique multidisciplinaire sur les soins du post-partum apporte des réponses aux questions cliniques suivantes :

1. Quelles informations et quel soutien sont nécessaires pendant la période post-partum ?
2. Quels sont les examens et les tests de dépistage nécessaires chez le nouveau-né pendant la période post-partum ?
3. Quel suivi est nécessaire pour garantir la santé mentale et le bien-être psychosocial de la maman pendant la période post-partum ?
4. Quels soins sont nécessaires pour garantir la santé sexuelle de la jeune maman (y compris la contraception/la planification familiale) pendant la période post-partum ?
5. Quelles informations et quel suivi de l'alimentation du nouveau-né sont nécessaires pendant la période post-partum ?

Question clinique 1 : Quelles informations et quel soutien sont nécessaires pendant la période post-partum ?

1. Information et transfert de soins

1.1. Principes généraux

Suite à la naissance d'un premier enfant, mais aussi d'autres enfants par la suite, la jeune maman est confrontée à de **nouvelles** expériences liées à la santé et/ou des expériences liées à la santé inconnues. En fournissant des informations sur la santé postnatale de la jeune maman, le professionnel de la santé doit non seulement répondre aux besoins de la jeune maman elle-même, mais également à ceux de son/sa partenaire. L'information doit non seulement soutenir la bonne santé, mais devrait permettre aux parents de participer activement à la prise de décision concernant leurs soins.

Les principes les plus importants sont les suivants ²⁰ :

- offrir des soins personnalisés à chaque contact postnatal ;
- être activement à l'écoute de la jeune maman et tenir compte de ses besoins et préférences ;
- prendre au sérieux toutes les préoccupations de la jeune maman concernant sa santé et celle de son enfant ;
- prêter attention au contexte ethnique et au statut socio-économique du ménage ;
- être conscient du risque accru de mortalité chez les femmes et les nourrissons issus de l'immigration et de minorités ethniques ; ceux-ci nécessitent une surveillance plus étroite et ont un faible seuil de prise en charge ou d'hospitalisation ;
- tenir compte du fait que les personnes exerçant la responsabilité parentale ont le droit d'être impliquées aux soins du bébé si elles le souhaitent ;
- impliquer le/la partenaire et le réseau informel de la maman (famille, amis ou toute autre personne par qui elle se sent soutenue) selon les souhaits de la jeune maman ;
- prendre en compte les préférences de la jeune maman lors du partage d'informations, à savoir la méthode et le moment de communication, le contenu de la communication ;
- fournir des informations claires et, dans la mesure du possible, étayées ;
- fournir des informations en face à face, en adoptant une attitude respectueuse ;

²⁰ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

- utiliser une communication inclusive afin que chaque jeune maman (et son/sa partenaire) comprenne l'information. Le choix des mots doit être adapté au niveau de littératie de la maman, aux personnes appartenant à des groupes minoritaires, etc ;
- soutenir la fourniture d'informations par un support accessible, par exemple en utilisant du matériel visuel et des traductions pour les personnes dont la langue maternelle n'est pas le français ;
- offrir aux jeunes mamans régulièrement l'occasion de poser des questions et de discuter de leurs préoccupations, en prenant le temps nécessaire et en vérifiant que les informations ont été bien comprises ;
- tenir compte des besoins du bébé ('infant mental health') car ses moyens de communiquer sont très limités à cet âge.

1.2. Communication au moment du transfert des soins

Les soins du post-partum sont des soins offerts à la jeune maman et son nouveau-né, prodigués par divers prestataires de soins avec différentes expertises. Dans le paysage actuel des soins de santé, certains prestataires de soins travaillent en complémentarité tout en ayant des fonctions qui se chevauchent. Il est dans l'intérêt de la sécurité des patients d'avoir des accords clairs sur les responsabilités de chaque prestataire de soins afin de garantir une communication et un transfert des soins transparents entre les différents prestataires de soins. Dans ce contexte, une bonne communication s'avère essentielle de sorte que tous les aspects liés aux soins soient suivis de manière adéquate et que les conseils donnés soient cohérents ²¹.

Dans ce guide, nous ne prenons pas de position quant à la question de savoir quel prestataire de soins de santé devrait assumer telle ou telle tâche, et ce pour les raisons suivantes :

- Certaines tâches peuvent être prises en charge par différents prestataires de soins de santé ayant des connaissances et de l'expérience communes ;
- Les patients ont la liberté de choisir quels soins ils demandent à tel ou tel prestataire ;
- L'intention n'est pas d'exclure les prestataires de soins de santé disposant d'une certaine expertise.

Nous plaidons contre la fragmentation des soins grâce à une bonne communication et une collaboration multidisciplinaire afin de minimiser le risque de lacunes dans les soins et d'assurer la continuité des soins pour les patients.

²¹ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

1.3. Transfert vers la première ligne de soins

La durée de séjour en maternité après un accouchement normal s'est progressivement raccourcie. La plupart des femmes souhaitent rentrer chez elles le plus rapidement possible. Mais, il est tout aussi possible qu'elles doivent rentrer chez elles avant qu'elles s'y sentent prêtes. Une durée de séjour raccourcie après un accouchement est associée à des problèmes ultérieurs, tels que des hémorragies ou des infections, ce qui peut entraîner une nouvelle hospitalisation, une jeune maman en détresse émotionnelle et des surcoûts dans le domaine des soins de santé.

Points d'attention avant que la jeune maman quitte l'hôpital ²² :

- Le moment de sortie doit être discuté avec la jeune maman. Les soins doivent être adaptés autant que possible aux préférences et besoins individuels de la jeune maman et du nouveau-né.
- A la sortie de l'hôpital, il devrait au moins être clair :
 - quelle sage-femme se rend à domicile et quand le premier rendez-vous est prévu ;
 - si le dépistage des troubles métaboliques a déjà été effectué à l'hôpital ou si la sage-femme s'en chargera à domicile ;
 - quand l'examen à 7-10 jours du nouveau-né est prévu et qui s'en chargera ;
 - la date à laquelle la jeune maman est censée consulter le gynécologue pour un examen postnatal ;
 - quand l'ONE se rendra sur place et fournira les soins préventifs, tels que le contrôle du développement psychomoteur de l'enfant et les vaccinations.
- Idéalement, les vulnérabilités mentales et sociales sont déjà abordées durant le suivi prénatal afin de pouvoir prévoir anticipativement une aide à domicile (à enregistrer éventuellement dans l'outil [« Born In Belgium Professional »](#) ; cet outil n'est pas encore implanté en Fédération Wallonie-Bruxelles) ;
- Les préférences de la jeune maman sont prises en compte lors de la planification de sa sortie.

En outre, dans le cas d'un accouchement à domicile, la sage-femme accorde une attention aux points suivants avant de quitter le lieu de soins :

- Évaluation de la santé physique et psychologique de la jeune maman (y compris la fonction de la vessie, le bien-être émotionnel, encadrement social,...), la santé du nouveau-né (y compris la production de méconium) et le schéma alimentaire (y compris l'observation d'au moins 1 moment d'alimentation), si la jeune maman bénéficie de suffisamment de soutien/ressources et autres facteurs pouvant

²² Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

affecter la sécurité des soins, par exemple un logement ou domicile familial dangereux, y compris la violence intrafamiliale.

- La jeune maman et son/sa partenaire doivent recevoir des informations sur :
 - la période postnatale et à quoi s'attendre (*voir plus loin*);
 - le soutien/les ressources disponibles, par exemple qui contacter en cas de préoccupations/problèmes post-partum ;
 - l'importance des exercices du plancher pelvien après la naissance (prévention de l'incontinence ou du prolapsus des organes pelviens).

2. Premières visites/examens après le transfert des soins (du lieu de naissance ou après l'accouchement à domicile)

2.1. Première visite postnatale de la sage-femme (ou autre prestataire de soins primaires)

Recommandation

Dans le cadre du suivi médical de la jeune maman et du nouveau-né : tâchez de programmer la première visite postnatale d'une sage-femme dans les 24 heures après le transfert depuis le lieu de naissance ou après un accouchement à domicile (**GRADE 2C**).

Explications

La sage-femme rend visite à la maman à domicile dans les 24 heures suivant le transfert des soins depuis le lieu de naissance ou après un accouchement à domicile.

Il existe de nombreux sujets importants auxquels la sage-femme doit prêter attention. Toutefois, il n'est pas possible d'aborder tous les sujets lors de la première visite. La liste ci-dessous donne un aperçu de tous les sujets à aborder. **Nous avons marqué en orange les sujets qui ne peuvent pas tarder à être abordés afin de ne pas manquer d'éventuelles complications graves :**

- Examen et soins (physiques) de la jeune maman :
 - évaluez de manière approfondie le bien-être physique de la maman ;
 - évaluez l'incontinence urinaire et la fonction intestinale ;
 - évaluez la cicatrisation des plaies périnéales, les douleurs périnéales et l'hygiène périnéale ;
 - évaluez toute plainte ou préoccupation physique ;
 - identifiez la présence de douleurs mammaires, de sensibilité utérine et de lochies anormales (quantité et odeur).
- Examen et prise en charge de la jeune maman (santé psychosociale) :

- évaluez de manière approfondie le bien-être social et psychologique de la maman ;
- évaluez les symptômes de dépression et d'anxiété et proposer un soutien approprié ; orienter la jeune maman pour une évaluation plus approfondie si une dépression majeure est suspectée (voir question clinique 3 à la page 48) ;
- proposez une psychoéducation (et impliquez le/la partenaire) :
 - abordez la santé mentale ;
 - fournissez du matériel d'information.
- offrez à la jeune maman l'occasion de parler de ses expériences liées à l'accouchement.
- Examen et soins du nouveau-né :
 - offrez un soutien aux parents en leur proposant des outils et des techniques favorisant l'attachement et l'interaction sociale avec leur bébé ;
 - évaluez l'alimentation et le schéma alimentaire ;
 - évaluez (à chaque contact) la présence de signaux d'alerte (voir tableau 3, page 30).
- Evaluation du soutien offert par le/la partenaire/la famille à la maman et au bébé :
 - offrez à la jeune maman l'occasion de parler de façon individuelle de sa relation avec son/sa partenaire et sa famille.
- Evaluation du risque de violence intrafamiliale :
 - observer les jeunes mamans afin de détecter les risques, signes et symptômes de violence intrafamiliale.
- Fourniture de conseils/d'informations sur :
 - le mode de vie (alimentation, sommeil et hygiène);
 - la santé et le bien-être de la maman et du nouveau-né de sorte que la maman et son/sa partenaire puissent reconnaître et répondre de manière adéquate à leurs préoccupations ;
 - l'allaitement, en proposant un soutien actif à l'allaitement ;
 - vaccinations (cf. avis de la Conseil Supérieur de la Santé et ONE ²³);
 - le dépistage néonatal des maladies congénitales (piqûre au talon ou test de Guthrie);
 - méthodes contraceptives : efficacité et effets secondaires ;
 - processus de récupération physiologique après l'accouchement.
- Attention particulière à accorder aux sous-groupes :
 - Femmes adolescentes qui viennent d'accoucher :
 - offrez un programme de soins adapté à la maman adolescente pour améliorer ses connaissances sur la parentalité et fournissez des conseils sur la contraception ;

23

- [La vaccination - Public - Office de la naissance et de l'enfance \(one.be\)](https://www.e-vax.be/welkom.do)
- <https://www.e-vax.be/welkom.do>

- en cas de problèmes, proposez un soutien à l'allaitement ciblé et faites en sorte que celui-ci réponde aux besoins individuels et à la situation de la maman ;
- Jeunes mamans vivant dans un milieu à risque (famille dysfonctionnelle) :
 - assurez le suivi du ménage par le biais de consultations de cas structurées et formelles ;
 - faites des visites à domicile supplémentaires ;
 - en cas de conflit, d'abus ou de négligence, envisagez une orientation vers les services communautaires appropriés.
- Jeunes mamans avec mutilation génitale féminine (MGF) : elles ont des sensations physiques différentes (uriner, menstruations, faire l'amour,...), surtout lorsqu'elles ont été désinfibulées après l'accouchement (MGF de type III) ²⁴. Nous soulignons également l'importance de la prévention des MGF chez l'enfant.
 - La [GAMS Belgique](#) a publié un guide et des outils sur les MGF (non validés par le Cebam) avec des informations utiles ²⁵.
 - D'autres informations à ce propos sont également disponibles sur <https://www.stpierre-bru.be/service/gynecologie-obstetrique/320-rue-haute/cemavie-mutilations-genitales-feminines/>

Argumentaire

Cette recommandation a été reprise du guide de pratique du NICE « Postnatal care » de 2021 ²⁶. Une étude transversale de faible qualité n'a trouvé aucune différence cliniquement importante entre l'examen de routine du nouveau-né par une sage-femme entre 6 et 48 heures par rapport à 49 et 72 heures après la naissance sur le critère de jugement « réadmission de l'enfant dans les 28 jours après la naissance » ²⁷. En raison du caractère indirect et de la faible qualité des preuves, les recommandations ont été formulées par un Comité du NICE de manière consensuelle, sur la base de leur expertise et de leur expérience plutôt que sur la base de preuves cliniques. Sur la base de cette expertise, le Comité a estimé que le premier contact postnatal par une sage-femme devrait normalement avoir lieu dans les 36 heures qui suivent le transfert du lieu de naissance au domicile. Le premier contact postnatal par une sage-femme se fait en face à face et de préférence à domicile. Le

²⁴ Care of women and girls living with female genital mutilation: a clinical handbook. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

²⁵ <http://www.strategiesconcertees-mgf.be/tool/guide-de-bonnes-pratiques/>

²⁶ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

²⁷ Ellberg L, Högberg U, Lundman B, et al. Maternity care options influence readmission of newborns. Acta Paediatr 2008;97(5):579-83.

Comité a souligné que, malgré cette préférence, la situation et les préférences individuelles de la jeune maman doivent toujours être prises en compte. Aucune preuve scientifique complémentaire n'a été trouvée.

Cette recommandation a été soumise à un panel d'experts et de parties prenantes lors d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au second tour. Bien que le guide source parle d'un examen postnatal par la sage-femme dans les 36 heures, le panel d'experts et de parties prenantes a jugé que l'intervalle de 24 heures après le transfert du lieu de naissance au domicile est plus approprié dans le contexte de soins belge où aujourd'hui la durée de séjour moyenne est de moins de 72 heures.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de la recommandation :

- Évaluation globale des effets et certitude des preuves : faible certitude des preuves sur la base d'une étude transversale qui n'a trouvé aucune différence cliniquement importante pour le critère de jugement « réadmission de l'enfant dans les 28 jours suivant la naissance » entre un examen de routine du nouveau-né par une sage-femme entre 6 et 48 heures après la naissance par rapport à 49 et 72 heures après la naissance.
- Rapport bénéfices-risques : en faveur de la recommandation. La recommandation vise à identifier les plaintes/symptômes majeurs chez la jeune maman et/ou le nouveau-né dans les 24 heures suivant le transfert des soins.
- Valeurs et préférences : cette recommandation répond aux valeurs des nouveau-nés et de leurs parents en réduisant le risque de complications.
- Applicabilité : 24 heures est une période très courte après la sortie de la maternité ; il se peut qu'il n'y ait pas toujours suffisamment de sages-femmes disponibles pour respecter strictement cet intervalle. En Fédération Wallonie-Bruxelles, toutes les mamans reçoivent la visite d'une sage-femme dans les 24 heures.

Conclusion : les preuves scientifiques relatives à la première visite postnatale par une sage-femme sont limitées (indirectes, de faible niveau de preuve) et reposent sur la recommandation consensuelle formulée par le Comité du NICE. Il y a eu une discussion au sein du panel des parties prenantes concernant la période de 36 heures. Vu la durée de séjour à l'hôpital raccourcie et en particulier en ce qui concerne les accouchements à domicile, la plupart des membres du panel étaient d'avis que dans le contexte belge, la première visite devrait avoir lieu de préférence dans les 24 heures suivant l'accouchement.

2.2. Première visite postnatale par une PEP's de l'ONE

Recommandation

La première visite à domicile par une PEP's (Partenaires Enfants Parents) de l'ONE a lieu environ deux semaines après l'accouchement (**GPP**).

Explications

L'offre de service de l'ONE commence déjà pendant la grossesse via :

- des consultations prénatales de quartier ou hospitalières accessibles à toutes les futures mamans avec un duo PEP's prénatal et sage-femme ou gynécologue ;
- des plates-formes prénatales qui offrent une prise en charge spécifique pour les futures mamans vulnérables avec un accompagnement renforcé par les PEP's et l'activation du réseau pendant la grossesse ;
- un contact périnatal est proposé par les PEP's de liaison à toutes les futures mamans, vu le raccourcissement du séjour en maternité. Ce contact suit souvent la visite de préadmission chez la sage-femme hospitalière. Si la maman a eu ce premier contact périnatal et qu'il n'y a pas besoin de suivi renforcé, c'est la PEP's de secteur qui prendra le relais à son retour à domicile. Si un suivi renforcé est nécessaire, la PEP's de liaison passera en chambre à la maternité afin de faire le lien avec la PEP's de secteur.

Compte tenu de la diversité des familles et des ménages, un accompagnement dit renforcé peut être offert (par exemple une visite à domicile supplémentaire ou un trajet de soins multidisciplinaire en cas de vulnérabilités).

Lors de ce contact périnatal ou du contact en chambre, les PEP's présentent l'offre de service de l'ONE à tous les parents, remet le carnet de santé de l'enfant et les informations concernant le passage à domicile de la PEP's de secteur ainsi que l'information sur les consultations ONE pour l'enfant de 0 à 6 ans. Lors du suivi préventif en consultations ONE pour enfants, certaines informations sur le développement de l'enfant seront fournies à des moments précis ([« Naitre et Grandir : avec vous, pas à pas »](#)).

Ce suivi est effectué indépendamment de celui réalisé par la sage-femme. Ces deux formes de suivis sont donc complémentaires.

L'ONE tâche d'effectuer la première visite à domicile vers la deuxième semaine après la naissance (à partir du jour 10). En cas de familles présentant des vulnérabilités, ménages,..., la sage-femme et l'ONE doivent se concerter (dans les deux directions) en fonction des préoccupations existantes. Le parent en sera informé. Pour l'offre que

propose l'ONE, consultez : <https://www.one.be/professionnel/suivi-de-la-sante/a-domicile/>

Cette visite à domicile sert à faire connaissance, à construire une relation de confiance et à :

- prendre d'autres dispositions (par exemple pour le dépistage auditif, pour vérifier si l'examen physique du nouveau-né a été réalisé dans les 7 jours après la naissance, pour discuter de l'importance du suivi du développement, la première consultation à 4 semaines) ;
- répondre aux questions des parents et les informer (par exemple sur les services de l'ONE, vaccinations, alimentation, santé (mentale), développement et éducation du bébé, la parentalité, mais aussi sur les ressources d'aide, la situation financière, ...);
- accompagner les parents à travers leurs expériences, apprendre à connaître leur bébé, la croissance de leur bébé, apprendre à s'occuper de leur bébé, faire dormir leur bébé en toute sécurité, le rôle et le soutien d'une sage-femme ou d'autres partenaires, ... ;
- capter les signaux dans la relation parent-enfant.

Il est important de déterminer qui sont les principaux prestataires de soins impliqués qui entourent le ménage. Au moment où le parent choisit de ne pas (ou plus) faire appel à l'ONE, les partenaires concernés restent joignables en cas de soucis ou si les ménages ont des questions particulières.

Argumentaire

Ce GPP a été repris du guide du NICE « Postnatal care » publié en 2021 ²⁸. En l'absence de preuves, les recommandations ont été formulées par un Comité du NICE sur la base d'un consensus formel, en s'appuyant sur leur expertise et leur expérience plutôt que sur des preuves cliniques. Aucune preuve scientifique complémentaire n'a été trouvée.

Ce GPP a été soumis à un panel d'experts et de parties prenantes lors d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au second tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

²⁸ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

- Rapport bénéfices-risques : en faveur du GPP. Le GPP vise à identifier les plaintes/symptômes majeurs chez la jeune maman et/ou le nouveau-né. L'impact financier du GPP semble limité et il est peu probable qu'il l'emporte sur les avantages potentiels.
- Valeurs et préférences : ce GPP répond aux valeurs des nouveau-nés et de leurs parents en réduisant le risque de complications. L'offre de l'ONE est non contraignante ; les parents peuvent également choisir de ne pas y faire appel.
- Applicabilité : L'ONE suit de près que l'offre locale est réalisée et ajuste si nécessaire pour garantir de manière maximale que la visite à domicile soit réalisée à environ 2 semaines.

Conclusion : les preuves scientifiques relatives à la première visite postnatale d'une infirmière sont limitées. Le GPP est donc basé sur un consensus. En Fédération Wallonie-Bruxelles, la première visite à domicile est effectuée par une Partenaire Enfant-Parents (PEP's) de l'ONE. Les services de l'ONE sont complémentaires aux soins de la sage-femme. Ils s'inscrivent dans le suivi préventif de l'enfant jusqu'à ses 6 ans. Il n'y a pas de transfert systématique de la sage-femme vers l'ONE. Les 2 opèrent indépendamment l'une de l'autre ou en coordination auprès des familles plus vulnérables. Nous plaidons toutefois en faveur d'un transfert systématique de la sage-femme vers l'ONE et de l'extension de la coordination entre sage-femme et l'ONE à toutes les familles.

3. Autres contacts de soins en période post-partum

3.1. Que faut-il aborder avec la jeune maman ?

Recommandations (sage-femme)

1. Lors du premier contact postnatal, informez la femme des symptômes et des signes pouvant évoquer une affection potentiellement grave et demandez-lui de consulter immédiatement un médecin s'ils surviennent (**GPP**).
2. Discutez avec la jeune maman à quels saignements vaginaux elle peut s'attendre après l'accouchement (lochies) et demandez-lui de consulter un médecin si certains symptômes surviennent ou si elle s'en inquiète (**GPP**).
3. À chaque contact postnatal, demandez à la jeune maman si elle se préoccupe de la plaie périnéale (dans le cadre de la cicatrisation de la plaie périnéale) et accordez une attention particulière à tout signe d'alarme (**GPP**).

4. Si nécessaire, donnez des informations appropriées sur les antidouleurs disponibles, en tenant compte du fait que le jeune maman allaite ou non (**GPP**).
5. À chaque contact postnatal, interrogez la jeune maman sur sa santé, si elle a certaines inquiétudes, et évaluez son bien-être général (**GPP**).

Explications

Dans une période de changements physiologiques et psychologiques, il est important que les prestataires de soins impliqués ne passent outre à un problème significatif. La première visite post-partum englobe une évaluation complète du bien-être physique et psychosocial de la jeune maman (idéalement à répéter à chaque contact de soins en période postnatale). Lors du premier contact postnatal, la femme doit être informée des symptômes/signes d'affections potentiellement graves pour lequel elle doit consulter immédiatement un médecin (*Tableau 1*). Voir aussi la partie 1 du guide multidisciplinaire sur les soins du postpartum en première ligne de soins ²⁹.

Tableau 1. Liste des symptômes/signes d'affections potentiellement graves.

Plainte/symptôme	Pathologie possible
Douleurs abdominales	<ul style="list-style-type: none"> • Endométrite • Hémorragie du post-partum • Pré-éclampsie
Pertes vaginales anormales <ul style="list-style-type: none"> - odeur - quantité 	<ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie du post-partum <ul style="list-style-type: none"> ○ Utérus ○ Col de l'utérus ○ Vagin ○ Épisiotomie • Endométrite
Fièvre, frissons, malaise	Endométrite Mastite
Céphalées	Pré-éclampsie, céphalée post-ponction durale
Nausées, vomissements, troubles visuels	Pré-éclampsie
Douleur au mollet, décoloration de la zone douloureuse, gonflement du mollet	Thrombose veineuse profonde (TVP)
Douleur thoracique	Embolies pulmonaires
Tachypnée	Embolies pulmonaires, hémorragie du post-partum
Tachycardie	Hémorragie du post-partum, embolies pulmonaires, endométrite, mastite,...

²⁹ Tency I, Vercoutere A, D'Haenens F, et coll. Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1). Wilrijk (Anvers): WOREL, 2022. Disponible sur : <https://www.worel.be/home>

Hypoperfusion	Hémorragie du post-partum
Changements du niveau de conscience	Hémorragie du post-partum, septicémie
Périnée douloureux	Épisiotomie infectieuse
Anurie > 6 heures après l'accouchement	Rétention urinaire

À chaque contact postnatal, chaque jeune maman doit avoir la possibilité de parler de ses expériences liées à l'accouchement. Si nécessaire (par exemple après un accouchement traumatique), il est important qu'elle reçoive des informations par rapport aux ressources d'aide/soutien pertinentes. L'ONE travaille en collaboration avec les psychologues de première ligne via des séances individuelles ou de groupes. Ceci peut avoir des avantages importants pour le bien-être émotionnel de la jeune maman, même si le besoin et le moment de ces discussions diffèrent d'une femme à l'autre.

De plus, à chaque contact postnatal, le professionnel de la santé prend le temps d'aborder les sujets qui peuvent toucher au quotidien de la jeune maman :

- les implications de la période postnatale ;
- les symptômes/signes évoquant un problème de santé mentale postnatal et comment rechercher de l'aide ;
- les symptômes/signes d'éventuels problèmes physiques postnatals et comment rechercher de l'aide ;
- l'importance et les avantages des exercices du plancher pelvien, comment les réaliser et quand rechercher de l'aide ;
- l'alimentation et la santé du bébé ;
- la santé de la jeune maman ;
- ce que sont les pleurs normaux d'un bébé et comment le réconforter et l'apaiser ;
- importance du contact peau à peau et d'un environnement sûr pour le bébé.

Hémorragie secondaire du post-partum

Une hémorragie secondaire du post-partum survient généralement au cours de la deuxième semaine qui suit l'accouchement³⁰. Les femmes qui viennent d'accoucher ne reconnaissent pas toujours les premiers signes et symptômes d'une hémorragie secondaire du post-partum parce qu'elles pensent que c'est normal après l'accouchement. Cependant, l'hémorragie secondaire du post-partum est une

³⁰ Tency I, Vercoutere A, D'Haenens F, et coll. Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1). Wilrijk (Anvers): WOREL, 2022. Disponible sur : <https://www.worel.be/home>

complication postnatale importante nécessitant une intervention urgente. La jeune maman doit contacter un médecin dans les cas suivants :

- saignements vaginaux soudains et très abondants ;
- augmentation des saignements vaginaux ;
- caillots/morceaux de tissu ou de membranes placentaires ;
- odeur forte ou désagréable provenant du saignement ou des pertes vaginales (possibilité d'infection) ;
- autres symptômes d'infection : fièvre, frissons, douleurs abdominales, céphalées ou douleurs musculaires.

Les facteurs de risque de l'hémorragie du post-partum sont décrits au tableau 2 (*repris de la première partie de ce guide*). Les prestataires de soins doivent être conscients que les conséquences d'une hémorragie du post-partum peuvent être plus graves chez les jeunes mamans souffrant d'anémie et/ou avec un poids corporel inférieur à 50 kg en début de grossesse ³¹ (*Tableau 2, page suivante*).

Tableau 2. Facteurs de risque d'hémorragie du post-partum (voir également la partie 1 du guide ³²).

Antécédents médicaux et caractéristiques sociodémographiques	<ul style="list-style-type: none"> • hémorragie du post-partum antérieure • hypertension • âge ≥ 35 ans • exclusion sociale • ethnie (non-caucasienne)
Hospitalisation et parité	<ul style="list-style-type: none"> • admission prénatale <ul style="list-style-type: none"> ○ médicaments à l'admission : antidépresseurs, antiépileptiques et/ou fer • pathologies à l'admission : <ul style="list-style-type: none"> ○ hypertension artérielle, pré-éclampsie ○ placenta praevia ○ obésité ○ troubles de la coagulation • primiparité • grossesse multiple
Travail et accouchement	<ul style="list-style-type: none"> • induction ou augmentation • travail prolongé (>12 h) • lacération des tissus mous • accouchement à l'aide de forceps/ventouse

³¹ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

³² Tency I, Vercoutere A, D'Haenens F, et coll. Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1). Wilrijk (Anvers): WOREL, 2022. Disponible sur : <https://www.worel.be/home>

	<ul style="list-style-type: none"> • épisiotomie • césarienne d'urgence • rétention placentaire • poids à la naissance > 4 kg
--	--

Une jeune maman présentant une hémorragie du post-partum doit toujours être adressée à un médecin (médecin généraliste ou gynécologue) ³³.

Santé périnéale

L'accouchement vaginal entraîne souvent un traumatisme périnéal. Les prestataires de soins ont tendance à considérer les symptômes qui y sont associés comme normaux. Cependant, les plaies périnéales peuvent fort gêner ou être douloureuses pour la maman et entraîner des complications si elles ne sont pas correctement évaluées ou traitées.

L'identification et le traitement précoces des douleurs périnéales peuvent prévenir les conséquences à long terme, telles que infections, complications, et améliorer les expériences de la maman avec les soins prodigués en période post-partum :

- Demandez activement si la jeune maman souffre de problèmes périnéaux. Le cas échéant, des conseils pratiques peuvent être donnés, entre autres concernant une bonne hygiène périnéale (douche quotidienne du périnée, changement fréquent des serviettes hygiéniques et lavage des mains avant et après).
- Évaluez l'évolution de la gravité de l'infection à l'aide d'un score de la douleur validé.
- L'examen du périnée peut permettre d'identifier la gravité ou la cause de la douleur et de déterminer si d'autres mesures sont nécessaires.
- Des médicaments sont parfois nécessaires pour soulager la douleur (renvoi après 5 jours de douleur).
- Orientez d'urgence les femmes souffrant d'une rupture de la plaie périnéale vers la maternité en vue d'un traitement complémentaire afin d'éviter les complications et d'éventuelles conséquences néfastes à long terme.

Soulagement de la douleur

Une jeune maman qui ne souffre pas de douleurs a plus d'énergie pour son bébé. Discutez avec la jeune maman ou fournissez-lui des informations sur :

- les principales étiologies des douleurs après l'accouchement ;

³³ Tency I, Vercoutere A, D'Haenens F, et coll. Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1). Wilrijk (Anvers): WOREL, 2022. Disponible sur : <https://www.worel.be/home>

- les options disponibles pour soulager la douleur ;
- les antidouleurs disponibles (l'ibuprofène, le paracétamol, le diclofénac) et leur utilisation en toute sécurité (allaitement ou alimentation artificielle) ;
- la dose maximale en fonction du besoin (césarienne versus accouchement vaginal) et des modalités de prise (prise fixe ou uniquement sur indication).

Demandez à la jeune maman de toujours vous interpeller quand il s'agit de l'utilisation d'antidouleurs. Vérifiez l'utilisation et la dose d'antidouleurs à chaque contact postnatal.

Argumentaire

Ces GPP ont été repris du guide de pratique du NICE « Postnatal care » publié en 2021³⁴ et ont été formulés par un Comité sur la base d'un consensus formel, et complété par une revue systématique de revues systématiques. Aucune preuve scientifique complémentaire n'a été trouvée.

Tous les GPP ont été soumis à un panel d'experts et de parties prenantes lors d'une procédure de consensus Delphi et ont été validés au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation des GPP :

- Rapport bénéfices-risques : en faveur des GPP. Les GPP visent à identifier les plaintes/symptômes importants chez la jeune maman qui vient d'accoucher. Une hémorragie du post-partum qui n'est pas remarquée et traitée à temps (admission aux urgences, intervention chirurgicale ou transfusion sanguine) peut entraîner la mort de la jeune maman³⁵. Le fait de donner des informations ainsi que les connaissances de la jeune maman à ce sujet peuvent contribuer à reconnaître l'affection en temps opportun. Il faut tenir compte du temps limité dont disposent les prestataires de soins.
- Valeurs et préférences : variabilité à prévoir en raison des habitudes de prestataires de soins et des attentes de la jeune maman (et de son entourage).
- Applicabilité : applicable en soins primaires en Belgique.

³⁴ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

³⁵ [Zwangerschap en kraamperiode | NHG-Richtlijnen](#)

Conclusion : ces GPP sont basés sur un consensus. Le Comité du NICE qui a formulé les recommandations par consensus ainsi que le panel impliqué dans la procédure Delphi de ce guide sont unanimes sur les questions que la sage-femme doit poser, sur ce qu'elle doit vérifier et sur les informations qu'elle doit fournir lors de la première visite postnatale et des contacts ultérieurs pendant la période du post-partum.

3.2. Le nouveau-né : que vérifier et/ou discuter avec les parents ?

Recommandations

1. À chaque contact postnatal, demandez aux parents s'ils ont des préoccupations au sujet du bien-être général, de l'alimentation ou du développement de leur bébé. Passez en revue les antécédents et évaluez la santé du bébé, y compris la réalisation d'un examen physique et d'une observation. En cas de préoccupations, prenez les mesures appropriées (**GPP**).
2. Soyez à l'écoute des préoccupations des parents au sujet de la santé de leur bébé et considérez leurs préoccupations comme un indicateur important d'une éventuelle maladie grave chez leur bébé (**GPP**).
3. Conseillez aux parents de toujours contacter un médecin (pédiatre ou médecin généraliste ayant de l'expérience avec des nouveau-nés) lorsque leur bébé de moins de 3 mois a de la fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) ou une température trop basse ($<36^{\circ}\text{C}$) (**GPP**).
4. Discutez avec les parents de l'importance de l'attachement (émotionnel) (**GPP**).
5. Reconnaissez que certains parents peuvent avoir besoin d'un soutien complémentaire pour développer un attachement émotionnel (**GPP**).

Explications

Santé et bien-être du bébé : signes/symptômes de maladie

Le risque de maladie et de décès est le plus élevé au cours des 6 premiers mois du bébé. La plupart des bébés ne présentent pas de signes et de symptômes graves de maladie, mais dans certains cas, de graves problèmes peuvent se manifester. Dans ces cas, il est important de reconnaître et traiter rapidement les pathologies pour diminuer leur gravité et pour prévenir la mort.

À chaque contact postnatal, demandez activement si les parents s'inquiètent de la santé de leur enfant. Observez et examinez le bébé, en tenant compte des antécédents, y compris les aspects nutritionnels.

Donnez aux parents des informations sur les signes de maladie chez les jeunes nourrissons : apathie, baisse de la vigilance, gémissements, pâleur, moins boire,... et comment faire la différence entre « malade » et « gravement malade » (signaux d'alerte : petites taches cutanées rouges ou bleues qui ne disparaissent pas en appuyant dessus, teint grisâtre, somnolence ou difficulté à se réveiller, confusion, difficultés à respirer, gémissements, soupirs, convulsions, accident (chute grave, brûlures graves,...).

Les parents connaissent leur bébé le mieux. Il faut toujours prendre au sérieux leur pressentiment que cela ne va pas. Conseillez-leur de consulter immédiatement un médecin (pédiatre ou médecin généraliste ayant de l'expérience avec des nouveau-nés) si leur enfant a moins de 3 mois et a une température corporelle égale ou supérieure à 38°C. En cas de signaux d'alerte, une intervention médicale rapide est nécessaire (Tableau 3).

Tableau 3. Liste non exhaustive des signaux d'alerte.

Plainte/symptôme	Pathologie à ne pas manquer, spécifique au nouveau-né dans la période post-partum
Jaunisse étendue ou jaunisse se développant dans les 24 heures ou jaunisse qui s'aggrave, jaunisse se développant après 8 jours ou encore présente après 28 jours	Ictère nucléaire
Éruption cutanée persistante après traitement initial de la dermatite des couches	<ul style="list-style-type: none"> • Allergie de contact • Dermatite atopique
Cordon ombilical qui reste humide et malodorant avec rougeur autour du nombril	Infection du nombril avec risque de septicémie
Écoulement (purulent) persistant des yeux survenant après 10 jours ou durant plus de 14 jours	Infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ou <i>Chlamydia trachomatis</i>
Vomissements biliaires ou vomissements avec perte de poids	<ul style="list-style-type: none"> • Sténose pylorique • Volvulus
Aucun passage de méconium dans les 24 heures	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie de Hirschsprung • Obstruction intestinale
Perte de poids > 10 %	<ul style="list-style-type: none"> • Déshydratation • Anomalie cardiaque congénitale

Plainte/symptôme	Pathologie à ne pas manquer, spécifique au nouveau-né dans la période post-partum
Fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ Température corporelle trop basse ($< 36^{\circ}\text{C}$)	<ul style="list-style-type: none"> • Septicémie • Méningite • Pneumonie • Infection urinaire • Autre infection
Coloration bleue de la peau	<ul style="list-style-type: none"> • Cyanose • Anomalie cardiaque congénitale
Température corporelle restant en dessous de $36,2^{\circ}\text{C}$ malgré réchauffement	<ul style="list-style-type: none"> • Hypothermie • Septicémie
Sang ou mucus mêlé aux selles	<ul style="list-style-type: none"> • Gastro-entérite • Allergie au lait de vache • Entérocolite nécrosante • Invagination • Infection à Clostridium
Ventre gonflé	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie de Hirschsprung • Volvulus • Obstruction gastro-intestinale
Problèmes (des voies) respiratoires	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie • Syndrome du poumon humide • Syndrome de détresse respiratoire • Anomalie cardiaque congénitale
Léthargie	<ul style="list-style-type: none"> • Encéphalopathie (due à une hypoxie, une infection, une maladie métabolique, ...) • Ictère nucléaire • Anomalie cardiaque congénitale • Septicémie,...
Convulsions, mouvements anormaux	<ul style="list-style-type: none"> • Épilepsie néonatale • Encéphalopathie (due à une hypoxie, une infection, une maladie métabolique, ...) • Autres anomalies cérébrales
Fontanelle tendue	<ul style="list-style-type: none"> • infection • Méningite • Surpression due à une hémorragie intracrânienne, hydrocéphalie, ...

Encourager l'attachement/les liens émotionnels

L'attachement émotionnel est le lien émotionnel et psychologique positif que le(s) soignant(s) principal(aux) développe(nt) avec l'enfant. L'attachement émotionnel vient du bébé et est un comportement inné. Il s'agit de la première relation qu'un enfant développe avec son ou ses soignant(s) primaire(s). Le(s) soignant(s) doit/doivent assurer au bébé une proximité physique et une sécurité suffisantes. L'attachement émotionnel est donc influencé par le comportement du ou des

soignant(s) primaire(s). Répondre avec sensibilité aux besoins du bébé garantit une « base sûre » pour que l'enfant explore son environnement physique, se développe émotionnellement et socialement et établisse des relations positives avec les autres à l'avenir. La perturbation de ce système d'attachement peut avoir des conséquences tout au long de la vie.

Les parents doivent être conscients de l'importance de la création de liens et de l'attachement émotionnel. Il convient de discuter avec eux de ce qui peut les aider à établir ces liens avec leur bébé. Le lien affectif du bébé peut être favorisé par une combinaison :

- suffisamment de moments de qualité avec le bébé et (en apprenant à) apprécier ces moments ;
- de contacts de peau à peau ;
- d'interactions positives : réagir et répondre aux signaux du bébé dans un environnement calme et tranquille, sans distractions.

Le principal facteur favorisant le lien affectif du bébé est le bien-être du ou des principaux soignants. La naissance et les soins d'un nouveau-né sont des événements importants de la vie qui peuvent souvent être accablants et difficiles. Ceci peut avoir un impact sur le développement de l'attachement émotionnel. C'est la raison pour laquelle il est important de discuter avec les parents de ce qu'ils peuvent attendre pendant la période postnatale en termes de récupération après la naissance (à la fois physique et émotionnelle), des défis en lien avec l'alimentation du bébé et des exigences de la parentalité. Il est essentiel de les rassurer et les responsabiliser de manière positive.

Certains parents peuvent être plus susceptibles d'avoir des problèmes d'attachement avec leur enfant et nécessiter davantage de soutien :

- les parent(s) qui sont eux-mêmes passés par le système de santé ou qui ont subi des événements néfastes pendant leur enfance ;
- les parent(s) qui ont vécu une naissance traumatisante ;
- les parent(s) qui ont des besoins psychosociaux complexes, entre autres des problèmes de santé mentale ;
- les parent(s) atteint(s) d'une maladie, d'un handicap, vivant dans certaines conditions de vie ou une combinaison de ces facteurs.

Conseils concernant le partage du lit avec le bébé

Souvent, les parents partagent le lit avec leur enfant, surtout si la maman allaite. Parfois, il s'agit d'un choix délibéré, parfois d'un choix motivé par la fatigue suite aux tétées du soir ou durant la nuit. Le partage du lit avec le bébé n'est pas recommandé. Un lit cododo ('co-sleeper') peut constituer une alternative sûre. Essayez d'en parler aux parents et utilisez un style de communication motivateur (renforcement positif de la parentalité). Dans ce cas, il est important de fournir aux parents des informations

correctes et d'attirer leur attention sur une position et un environnement de sommeil sûrs, basés, entre autres, sur [les conseils de l'ONE](#).

Pour l'association entre le partage du lit et le risque du syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) et la prise de mesures préventives, nous renvoyons le lecteur à la partie 1 du guide ³⁶.

Argumentaire

Ces GPP ont été repris du guide du NICE « Postnatal care » publié en 2021 ³⁷ et ont été formulés par un Comité sur la base d'un consensus formel. Aucune preuve scientifique complémentaire n'a été trouvée. L'enquête en ligne d'Alderdice et coll. ³⁸ cite l'importance de renforcer positivement la maman, c.-à-d. la rassurer et affirmer qu'elle prend bien soin de son enfant. Tous les GPP ont été soumis à un panel d'experts et de parties prenantes lors d'une procédure de consensus Delphi et ont été validés au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation des GPP :

- Rapport bénéfices-risques : en faveur des GPP. Les GPP visent à identifier les plaintes/symptômes importants chez le bébé. Vu l'importance du bien-être et de la bonne santé du nouveau-né, le prestataire de soins doit discuter de ces aspects avec les parents et reconnaître les problèmes. Il faut tenir compte du temps limité des prestataires de soins de santé ; tous les prestataires de soins ne sont pas spécialement formés à offrir cette prise en charge.
- Valeurs et préférences : ces GPP répondent aux valeurs de la jeune maman car le risque de complications est réduit.
- Applicabilité : applicable en soins primaires en Belgique.

Conclusion : ces GPP sont basés sur un consensus. Le comité du NICE qui a formulé ces recommandations via un consensus et le panel impliqué dans le processus de consensus Delphi de ce guide ont affirmé qu'à chaque contact postnatal, il faut

³⁶ Tency I, Vercoutere A, D'Haenens F, et coll. Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1). Wilrijk (Anvers): WOREL, 2022. Disponible sur : <https://www.worel.be/home>

³⁷ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

³⁸ Alderdice F, McLeish J, Henderson J, et al. Women's ideal and real expectations of postnatal care during their first pregnancy: An online survey in England. *Midwifery* 2020;89:102815.

activement 1) demander aux parents s'ils s'inquiètent du bien-être général, de l'alimentation ou du développement de leur bébé, 2) évaluer la santé du bébé (examen physique et observation) et 3) prendre des mesures appropriées, si nécessaire. Les préoccupations des parents concernant la santé de leur bébé sont un indicateur important d'une éventuelle maladie grave chez leur bébé et doivent être prises au sérieux. Les membres du panel soulignent également l'importance de 1) consulter un médecin (pédiatre ou médecin généraliste ayant de l'expérience avec des nouveau-nés) lorsque le bébé de moins de 3 mois a de la fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) ou une température corporelle trop basse ($> 36^{\circ}\text{C}$) et de 2) favoriser la création de liens du (des) parent(s) avec leur enfant ainsi que l'attachement affectif du bébé, surtout pour certains groupes de parents qui ont besoin davantage d'accompagnement à cet égard.

Question clinique 2 : Quels sont les examens et les tests de dépistage nécessaires chez le nouveau-né pendant la période post-partum ?

Recommandations

1. Conseillez aux parents de participer au dépistage néonatal d'anomalies congénitales (**GPP**).
2. Assurez-vous que l'examen physique du bébé a lieu chez le médecin (pédiatre ou médecin généraliste ayant de l'expérience avec les nouveau-nés) 7 à 10 jours après la naissance (**GPP**).
3. Lors des consultations pendant la période du post-partum, le médecin réalise toujours un examen clinique approprié et accorde une attention aux caractéristiques externes particulières et au suivi de la croissance (**GPP**).
4. Effectuez un test de dépistage auditif dans les premières semaines de vie et de préférence avant le 21^{ème} jour (**GRADE 1C**).

Explications

Dépistage néonatal d'anomalies congénitales

Importance du dépistage néonatal

Les connaissances scientifiques et médico-techniques actuelles permettent de détecter précocement plusieurs maladies congénitales. Un dépistage systématique est organisé à cette fin. Aujourd'hui, ce dépistage est appelé 'dépistage d'anomalies congénitales' (anciennement test de Guthrie).

L'objectif du dépistage est de détecter un certain nombre de maladies présentes avant la naissance, mais qui ne peuvent pas encore être diagnostiquées cliniquement juste après la naissance. Le dépistage n'est pas obligatoire pour les parents, mais fortement recommandé. La plupart des maladies détectées sont rares, mais ont souvent des conséquences très graves. En participant au Programme de dépistage, il est possible de détecter ces maladies suffisamment tôt pour pouvoir mettre en place un traitement. Il est ainsi possible d'éviter des handicaps ou des lésions graves ou de ralentir la progression d'une maladie évolutive.

Le dépistage des maladies congénitales fait partie des soins de santé préventifs. En Belgique, il s'agit d'une compétence des communautés, d'où certaines différences organisationnelles.

Actuellement, 18 maladies sont dépistées en Flandre et 20 en Fédération Wallonie-Bruxelles. La liste la plus récente des maladies dépistées, accompagnée d'explications, peut être consultée sur les sites Internet suivants :

- Pour la Flandre : [Aangeboren Aandoeningen \(bevolkingsonderzoek.be\)](http://AangeborenAandoeningen.be)
- Pour la Fédération Wallonie-Bruxelles : <https://www.depistageneonatal.be/depistage-danomalies-congenitales/>

Calendrier du dépistage et prélèvement

Pour les enfants nés à terme, le moment du test dépend de l'âge en heures : entre 48 et 96 heures après la naissance.

Le test consiste à prélever quelques gouttes de sang au niveau du talon du nouveau-né ou dans une veine de la main. Les gouttes de sang sont récoltées sur du papier buvard. Le papier est ensuite envoyé au laboratoire d'un des centres de dépistages agréés pour analyse. Le prélèvement est généralement effectué à l'hôpital en maternité. Pour les accouchements à domicile ou après sortie de la maternité, la sage-femme réalise généralement le prélèvement à domicile endéans les 48 heures après la naissance. Si le bébé ne se trouve plus à l'hôpital au moment opportun du prélèvement, il faudra discuter de la marche à suivre avec les parents.

Les professionnels de la santé concernés, parmi lesquels les sage-femmes, trouveront plus d'informations sur le site <https://www.depistageneonatal.be/> (partie Professionnels). Il est également utile d'orienter les parents vers ce site pour plus d'informations.

Examen du nouveau-né entre jour 7 et 10

Le premier examen du bébé devrait avoir lieu moins de 24 heures après sa naissance. Dans ce guide, nous supposons que ce premier examen a eu lieu en maternité ou par les prestataires de soins qui ont assisté à l'accouchement à domicile.

Etant donné que la durée de séjour à l'hôpital après l'accouchement est raccourcie et que le nouveau-né rentre plus tôt au domicile, il convient d'avertir les parents qu'après le retour à la maison, le bébé doit être examiné une seconde fois par un pédiatre ou un médecin généraliste ayant l'expérience des nouveau-nés.

Comme certaines affections ne peuvent être détectées dans les 24 heures suivant la naissance, un second examen clinique du bébé est effectué entre le 7^e et le 10^e jour après la naissance par un pédiatre ou un médecin généraliste ayant l'expérience des nouveau-nés. C'est ce qu'on appelle l'examen du bébé à sept jours. Au cours de cet examen, les éléments suivants sont notamment évalués :

- Anamnèse : nutrition, vitamines, dépistage des troubles congénitaux et des anomalies auditives.
- Mesures biométriques et tracé de la courbe de croissance : taille, poids et périmètre crânien.
- Examen clinique :
 - la recherche d'anomalies de la peau (ictère, cyanose, pâleur, anomalies cutanées), du crâne (forme et fontanelle), des oreilles, des yeux, de la bouche, du cou, des membres supérieurs, auscultation cardiaque (rythme, souffle, extrasystoles, dextrocardie), des poumons (fréquence respiratoire, bruits), de l'abdomen (y compris le nombril), de l'aîne (pouls fémoraux et hernie), des hanches (Barlow, Ortolani), des organes génitaux (y compris l'indentation des testicules), des membres inférieurs, du dos, de la région ORL ;
 - la posture du bébé, son comportement, ses mouvements spontanés, son tonus musculaire et ses pleurs ;
 - les réflexes (réflexe de Moro, réflexe de marche, réflexe tonique du cou, réflexe de préhension, réflexe d'enracinement, réflexe de succion, réflexe de Babinski, réflexe de Galant).

En cas d'anomalies, le bébé doit être orienté pour un diagnostic plus approfondi (ou pour exclure des pathologies majeures) et un traitement.

Suivi du développement psychomoteur et neurologique

Outre le premier examen clinique du bébé moins de 24 heures après la naissance et l'examen entre jour 7 et 10, un examen clinique et développemental doit également être effectué à intervalles réguliers. Il s'agit de suivre le développement physique, psychomoteur et neurologique du bébé, de l'enfant en bas âge et de l'enfant d'âge préscolaire de manière standardisée et d'en discuter avec les parents. Cet examen à 4 semaines est généralement effectué par le médecin aux consultations de l'ONE, ou peut également être réalisé par un pédiatre ou un médecin généraliste expérimenté. Cet examen de suivi est important pour détecter précocement les troubles du développement et favoriser une éventuelle orientation, et il commence dès la période postnatale, lorsque le bébé a 4 semaines. De plus amples informations sont disponibles sur <https://www.one.be/professionnel/suivi-de-la-sante/consultations-pour-enfants/>.

Test de dépistage auditif

Un test de dépistage auditif est effectué dans les premières semaines de vie (et de préférence au plus tard le 21^{ème} jour après la naissance) pour détecter les malformations auditives congénitales. Le test est très fiable et a un effet positif sur le

développement de la parole ³⁹. Plus le test a lieu tôt, plus rapidement le trouble auditif peut être pris en charge (de préférence avant 6 mois). En Fédération Wallonie-Bruxelles, le test est réalisé principalement en maternité. Aujourd'hui, avec le raccourcissement de la durée de séjour, l'équipe de la maternité n'a pas toujours le temps de réaliser le test avant la sortie. Dans ce cas, le test sera réalisé en soins primaires ou par le service ORL de l'hôpital ou par un médecin ORL (sur rendez-vous).

Argumentaire

Recommandation 1. Conseillez aux parents de participer au dépistage néonatal d'anomalies congénitales (**GPP**).

Le GPP sur le dépistage d'anomalies congénitales a été ajouté sans recherche documentaire préalable. Étant donné que le dépistage d'anomalies congénitales se déroule par le biais d'un Programme de dépistage organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles et supervisé par l'ONE, une recherche documentaire spécifique sur le sujet n'avait guère de sens. Les informations dans ce guide ont été tirées directement des informations disponibles en ligne sur www.depistageneonatal.be.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Rapport bénéfices-risques : en faveur du GPP. Le GPP vise à encourager les parents à faire dépister les anomalies congénitales chez leur bébé. Le dépistage néonatal permet d'identifier et de traiter à temps toute anomalie congénitale (parmi celles pour lesquelles un dépistage est proposé).
- Valeurs et préférences : ce GPP répond aux valeurs des parents, même si le message peut être difficile à accepter. Le dépistage n'est pas obligatoire, les parents sont donc libres d'y adhérer.

39

- Controlled trial of universal neonatal screening for early identification of permanent childhood hearing impairment. Wessex Universal Neonatal Hearing Screening Trial Group. *Lancet* 1998;352(9145):1957-64.
- Kennedy CR, McCann DC, Campbell MJ, et al. Language ability after early detection of permanent childhood hearing impairment. *N Engl J Med* 2006;354(20):2131-41.
- Wake M, Hughes EK, Poulakis Z, et al. Outcomes of children with mild-profound congenital hearing loss at 7 to 8 years: a population study. *Ear Hear* 2004;25(1):1-8.
- Moeller MP. Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing. *Pediatrics* 2000;106(3):E43.
- Kennedy CR. Controlled trial of universal neonatal screening for early identification of permanent childhood hearing impairment: coverage, positive predictive value, effect on mothers and incremental yield. Wessex Universal Neonatal Screening Trial Group. *Acta Paediatr Suppl* 1999;88(432):73-5.
- Thompson DC, McPhillips H, Davis RL, et al. Universal newborn hearing screening: summary of evidence. *JAMA* 2001;286(16):2000-10.

- Applicabilité : applicable en soins primaires en Belgique.

Recommandation 2. Assurez-vous que l'examen physique du bébé a lieu chez le médecin (pédiatre ou médecin généraliste ayant de l'expérience avec les nouveau-nés) 7 à 10 jours après la naissance (**GPP**).

Aucune étude n'a pu être trouvée pour étayer ce GPP. Vu le contexte spécifique, ce GPP a été soumis à un panel d'experts et de parties prenantes lors d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Rapport bénéfices-risques : en faveur du GPP. Le GPP vise à identifier les plaintes/symptômes importants chez le nouveau-né. La condition préalable est que le médecin généraliste ait une connaissance suffisante de l'examen réalisé à sept jours.
- Valeurs et préférences : ce GPP répond aux valeurs des nouveau-nés et de leurs parents en réduisant le risque de complications.
- Applicabilité : les connaissances et le sentiment de compétence du médecin généraliste concernant l'examen réalisé à sept jours et les urgences néonatales peuvent être insuffisants. Il semble approprié de prévoir une formation continue mettant l'accent sur ces items et qui est axée sur les médecins généralistes intéressés afin de favoriser l'implantation du GPP au sein des soins primaires en Belgique.

Conclusion : ce GPP est basé sur un consensus. Etant donné la durée de séjour à l'hôpital raccourcie, les membres du panel qui ont participé à la procédure de consensus Delphi de ce guide ont affirmé que l'examen complet du bébé réalisé par le médecin (pédiatre ou médecin généraliste ayant de l'expérience avec les nouveau-nés) 7 jours après la naissance est indispensable.

Recommandation 3. Lors des consultations pendant la période du post-partum, le médecin réalise toujours un examen clinique approprié et accorde une attention aux caractéristiques externes particulières et au suivi de la croissance (**GPP**).

Le GPP a été repris du guide du NICE « Postnatal care » publié en 2021 ⁴⁰ et a été formulé par un Comité sur la base d'un consensus formel. Le GPP a été adapté au

⁴⁰ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

contexte de soins belge et soumis à un panel d'experts et de parties prenantes lors d'une procédure de consensus Delphi. Le GPP a été validé au troisième tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Rapport bénéfices-risques : en faveur de la recommandation. Vu l'importance du bien-être et de la bonne santé du nouveau-né, le prestataire de soins doit identifier les plaintes/symptômes importants chez le nouveau-né. Il faut tenir compte du temps limité des prestataires de soins de santé ; tous les prestataires de soins ne sont pas spécialement formés à offrir cette prise en charge.
- Valeurs et préférences : ce GPP répond aux valeurs du nouveau-né et la jeune maman car l'intervention recommandée réduit le risque de complications.
- Applicabilité : applicable en soins primaires en Belgique.

Conclusion : ce GPP est basé sur un consensus. Au sein du panel Delphi, une discussion a eu lieu sur le contenu de l'examen complet. Ceci a également été discuté au sein du groupe de développement. Il a été décidé de ne pas inclure les éléments de l'examen complet dans la recommandation même, mais de l'aborder dans la partie explicative. En outre, le panel Delphi était d'avis qu'une distinction claire devait être faite entre l'examen clinique réalisé par le médecin et l'examen développemental. Cela a été précisé dans les explications.

Recommandation 4. Effectuez un test de dépistage auditif dans les premières semaines de vie et de préférence avant le 21^{ième} jour (**GRADE 1C**).

La littérature qui étai le test de dépistage auditif est basée sur quelques études méthodologiquement (modérément) bien menées. De ces études ressort que le test est efficace pour identifier rapidement les malformations auditives congénitales et qu'une orientation ou un traitement commencé avant l'âge de 6 mois a un effet favorable. Il n'est pas clair si cette détection précoce a un effet favorable sur le développement de la parole.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de la recommandation :

- Évaluation globale des effets et certitude des preuves : faible certitude des preuves.
- Rapport bénéfices-risques : en faveur de la recommandation. Vu l'importance du bien-être et de la bonne santé du nouveau-né, le prestataire de soins doit identifier les plaintes/symptômes importants chez le nouveau-né. Il faut tenir compte du

temps limité des prestataires de soins de santé ; tous les prestataires de soins ne sont pas spécialement formés à offrir cette prise en charge.

- Valeurs et préférences : cette recommandation rejoint les valeurs du nouveau-né et de la jeune maman car elle réduit le risque de complications.
- Applicabilité : applicable en soins primaires en Belgique.

Conclusion : cette recommandation est basée sur des études dont le, niveau de certitude des preuves est modéré à élevé. Le groupe de développement de ce guide estime que le test de dépistage auditif doit avoir lieu entre 2 et 4 semaines après la naissance afin de détecter les anomalies auditives et de pouvoir commencer la prise en charge à un stade précoce.

Question clinique 3 : Quel suivi est nécessaire pour assurer la santé mentale et le bien-être psychosocial de la maman pendant la période post-partum⁴¹?

Recommandations

1. Lors de la première visite post-partum, évaluez de manière exhaustive le bien-être psychosocial de la maman (**GPP**).
2. Pendant les contacts post-partum, discutez régulièrement du bien-être mental de la maman et de son partenaire. Offrez, au besoin, une psychoéducation, des conseils d'autosoins et un soutien approprié. Parlez des signes de problèmes de santé mentale (postnatals) et où la patiente peut obtenir de l'aide. Si vous ne vous sentez pas capable de le faire, adressez la jeune maman à un prestataire de soins avec les compétences adéquates (**GPP**).
3. Utilisez le modèle de dépistage par paliers pour dépister la dépression et les troubles anxieux pendant la période post-partum (**GRADE 1C**).
4. Les prestataires de soins de santé doivent accorder une attention particulière aux problèmes de santé mentale chez (**GRADE 1C**) :
 - les femmes ayant des antécédents psychiatriques ;
 - les femmes ayant des complications de grossesse ;
 - les femmes qui ont eu une grossesse non désirée ;
 - les femmes en manque de soutien social ;
 - les femmes victimes de violence domestique au sein du ménage ;
 - les femmes appartenant à une minorité ethnique ;
 - les femmes de statut socio-économique inférieur ;
 - les femmes ayant des problèmes de langue, le statut de réfugié ou de demandeur d'asile ;
 - les personnes LGBTQ2S ;
 - les mamans adolescentes.
5. Si vous suspectez la présence de troubles mentaux périnataux, tels qu'une dépression majeure ou un trouble anxieux (sur la base d'un dépistage par paliers ou de l'expertise clinique), renvoyez la jeune maman pour la pose d'un diagnostic et une prise en charge appropriée (**GPP**).
6. Soyez attentif aux signes de violence domestique et, si nécessaire, proposez à la jeune maman une aide ou une orientation appropriée (**GPP**).

⁴¹ Bien que cette question clinique se concentre sur la période post-partum, le suivi de la santé mentale maternelle s'inscrit dans le cadre plus large de la période périnatale. Voir les définitions, page 9.

Explications

Comme à d'autres étapes de la vie, des problèmes de santé mentale et/ou une diminution du bien-être émotionnel peuvent survenir pendant la période périnatale. Les problèmes mentaux qui ne sont pas pris en charge (à temps) peuvent présenter un risque à la fois pour la maman et son enfant, et par extension pour tout le ménage. Ces risques comprennent l'augmentation de la morbidité et de la mortalité maternelles et infantiles, les problèmes d'attachement et de développement chez l'enfant, les difficultés sociales au sein du ménage et la vulnérabilité sociale ⁴². En partie à cause de la transition vers la parentalité, le/la partenaire de la maman peut également développer des symptômes dépressifs ⁴³.

L'allaitement est étroitement lié au bien-être mental. L'arrêt précoce de l'allaitement est associé à un risque accru de dépression post-partum. Une raison possible est que les expériences d'allaitement négatives peuvent provoquer des sentiments de dépression. A l'inverse, la présence de sentiments dépressifs est également associée à l'arrêt précoce de l'allaitement ⁴⁴. D'autre part, l'allaitement réduit également le risque de développer des symptômes dépressifs chez la jeune maman sans dépression pendant la grossesse et chez la jeune maman qui avait l'intention d'allaiter ⁴⁵.

Les femmes qui perçoivent l'allaitement comme un succès indiquent que l'allaitement a un effet positif sur leur santé mentale. En revanche, les femmes qui ont l'intention

42

- Meaney MJ. Perinatal maternal depressive symptoms as an issue for population health. *Am J Psychiatry* 2018;175(11):1084-93.
- Reid HE, Pratt D, Edge D, Wittkowski A. Maternal suicide ideation and behaviour during pregnancy and the first postpartum year: a systematic review of psychological and psychosocial risk factors. *Front Psychiatry* 2022;13:765118.
- Webb R, Ayers S, Rosan C. A systematic review of measures of mental health and emotional wellbeing in parents of children aged 0-5. *J Affect Disord* 2018;225:608-17.
- Rayce SB, Rasmussen IS, Væver MS, Pontoppidan M. Effects of parenting interventions for mothers with depressive symptoms and an infant: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open* 2020;6(1):e9.

43

- Ansari NS, Shah J, Dennis CL, Shah PS. Risk factors for postpartum depressive symptoms among fathers: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2021;100(7):1186-99.
- Recto P, Champion JD. Psychosocial factors associated with paternal perinatal depression in the United States: a systematic review. *Issues Ment Health Nurs* 2020;41(7):608-23.

44

- Fallon V, Groves R, Halford JC, et al. Postpartum anxiety and infant-feeding outcomes. *J Hum Lact* 2016;32(4):740-58.
- Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord* 2015;171:142-54.

⁴⁵ Borra C, Iacovou M, Sevilla A. New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions. *Matern Child Health J* 2015;19(4):897-907.

d'allaiter et qui n'ont pas pu réaliser cette intention ont un risque plus élevé de développer des problèmes de santé mentale ⁴⁶. C'est la raison pour laquelle la fourniture d'informations adéquates sur l'allaitement pendant la grossesse et la proposition d'un accompagnement professionnel de l'allaitement après la naissance sont essentielles pour prévenir les problèmes de santé mentale liés à l'allaitement. Ceci permet à la jeune maman d'avoir des attentes réalistes et d'être préparée aux éventuels écueils, notamment en cas de douleurs lors de l'allaitement, d'une production de lait insuffisante ou d'une croissance de l'enfant qui reste inférieure aux attentes.

Tous les prestataires de soins doivent offrir aux jeunes mamans (et à leurs partenaires) l'occasion de parler de leurs problèmes mentaux et, en cas de problèmes mentaux (suspectés) ou d'une diminution du bien-être émotionnel, leur conseiller de consulter le médecin généraliste pour obtenir un avis plus approfondi et les orienter si nécessaire.

En ce qui concerne le soutien psychosocial en période post-partum, les sages-femmes occupent également une place particulière. Des contacts avec la même sage-femme et des contacts plus fréquents peuvent abaisser le seuil et dégager du temps à consacrer à ce soutien. La formation des sages-femmes à cet égard est toutefois essentielle ⁴⁷.

Les interventions psychosociales et psychologiques réduisent considérablement le nombre de femmes développant une dépression post-partum ; il s'agit entre autres de :

- visites à domicile par la PEP's de l'ONE ou une sage-femme, un soutien téléphonique par des pairs et une psychothérapie ⁴⁸ ;
- fournir des informations et offrir une intervention psychologique par le biais des médias sociaux et d'applications de santé (télémédecine) ⁴⁹.

⁴⁶ Yuen M, Hall OJ, Masters GA, et al. The effects of breastfeeding on maternal mental health: a systematic review. *J Womens Health (Larchmt)* 2022;31(6):787-807

⁴⁷ Coates D, Foureur M. The role and competence of midwives in supporting women with mental health concerns during the perinatal period: A scoping review. *Health Soc Care Community* 2019;27(4):e389-e405.

⁴⁸ Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013(2):CD001134.

⁴⁹

- Chan KL, Chen M. Effects of social media and mobile health apps on pregnancy care: meta-analysis. *JMIR Mhealth Uhealth* 2019;7(1):e11836.
- Jaynes S, Brathwaite D, Tully KP. Systematic review of the effect of technology-mediated education intervention on maternal outcomes in the first year after birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2022;51(3):278-89.

La psychoéducation consiste à offrir une éducation sur les éventuels problèmes mentaux qu'une jeune maman (et son/sa partenaire) peut rencontrer dans la période postnatale et à préciser quand il faut demander de l'aide. Ceci n'est pas nécessaire en cas de baby-blues, mais bien en présence de signes suggérant une dépression post-partum, par exemple. Étant donné qu'un mode de vie sain est essentiel pour se sentir en forme, il convient également de donner des conseils pour prendre soin de soi. Pendant la période postnatale, la maman se concentre généralement davantage sur son bébé que sur elle-même. Les autosoins sous la forme d'une alimentation saine, de la relaxation et de l'activité physique sont moins mis en œuvre qu'avant l'accouchement. Un mode de vie sain est la base de la santé physique et mentale. C'est la raison pour laquelle il est important de donner à chaque jeune maman des conseils pour qu'elle prenne soin d'elle. Des conseils sur le respect des limites, la demande d'aide, la manière de s'accorder du temps pour soi et du temps avec son/sa partenaire, l'encadrement par des personnes partageant les mêmes idées... peuvent également être abordés.

Les prestataires de soins peuvent utiliser le [guide-patient sur la dépression](#) publié sur Infosanté pour offrir des conseils généraux à la jeune maman. Le guide-patient sur la [dépression du post-partum, psychose et autres troubles mentaux du post-partum](#) publié sur Infosanté, peut être utilisé pour éduquer les jeunes mamans.

En Fédération Wallonie Bruxelles, il existe des réseaux par province : les réseaux intersectoriels axés sur la santé mentale et le bien-être des enfants, des adolescents et des familles (Liège = R.E.A.L.I.S.M ; Hainaut = rHéseau ; Luxembourg = Mathilda ; Namur = Kirikou ; Brabant wallon = archipelbW). Voir aussi :

- <https://www.aviq.be/fr/soins-de-sante/plateformes-et-reseaux-de-concertation/reseaux-sante-mentale>
- <https://platformbxl.brussels/fr/besoin-daide/ou-madresser/antennes>

Ce guide fait souvent référence à des initiatives/projets/sites Internet. Toutefois, il est important de savoir que ces exemples ne sont pas exhaustifs. Il existe bien d'autres initiatives, par exemple des structures d'accueil et de rencontre à bas seuil et informelles, qui sont spécifiques à une région ou à un quartier. Les prestataires de soins sur le terrain sont souvent au courant de ces initiatives.

Troubles mentaux périnataux

Le baby-blues, y compris les changements d'humeur, les crises de larmes, l'anxiété et les troubles du sommeil, sont un phénomène normal dans la période post-partum.

-
- Liu X, Huang S, Hu Y, Wang G. The effectiveness of telemedicine interventions on women with postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Worldviews Evid Based Nurs* 2022;19(3):175-190.
 - Dol J, Richardson B, Murphy GT, et al. Impact of mobile health interventions during the perinatal period on maternal psychosocial outcomes: a systematic review. *JBI Evid Synth* 2020;18(1):30-55.

Ceci survient 2 à 3 jours après l'accouchement, est de courte durée et disparaît spontanément après quelques jours à 2 semaines.

La dépression post-partum est le trouble psychiatrique le plus courant dans la période post-partum. Peuvent également survenir : troubles anxieux, trouble de stress post-traumatique (TSPT), troubles liés à la consommation de substances et troubles de l'alimentation, ainsi que troubles psychiatriques graves tels que la sensibilité à la psychose, la psychose affective et les troubles bipolaires ⁵⁰.

Les problèmes mentaux périnataux passent souvent inaperçus et sont donc sous-traités, probablement en partie à cause du manque d'éducation offerte par les professionnels de la santé ⁵¹. Il est important d'évaluer les facteurs de risque des problèmes de santé mentale et de les dépister si nécessaire (*tableau 4, voir page suivante*).

Les chiffres d'autres pays occidentaux (États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande) montrent que seulement 13 à 33 % des femmes dépistées positives pour la dépression ont recours aux soins de santé mentale ⁵². Nous ne disposons malheureusement pas de chiffres pour la Belgique. Les prestataires de soins doivent garder à l'esprit que parler de problèmes mentaux n'est pas évident pour tout le monde, en raison des obstacles, à la fois chez le prestataire de soins et la jeune maman. Par exemple, la personne peut ne pas être capable de faire la distinction entre des sentiments normaux et anormaux, ne pas savoir si un traitement fonctionne ou est disponible, lutter avec les attentes sociales d'être heureuse, craindre la stigmatisation et/ou le placement du bébé,... ⁵³. Le fait qu'une jeune maman atteinte d'un trouble psychiatrique fait appel ou non aux soins de santé mentale dépend de son attitude générale à l'égard des soins de santé mentale, mais aussi de facteurs individuels, familiaux et sociaux ⁵⁴. Dans le cadre des options de renvoi, il est très important d'avoir

⁵⁰ Van Damme R, Van Parys A-S, et al. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. UZ Gent/universiteit Gent ; Karus, Vlaanderen is zorg, 2018.

⁵¹ Legere LE, Wallace K, Bowen A, et al. Approaches to health-care provider education and professional development in perinatal depression: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth 2017;17(1):239.

⁵² Byatt N, Levin LL, Ziedonis D, Moore Simas TA, Allison J. Enhancing participation in depression care in outpatient perinatal care settings: a systematic review. Obstet Gynecol 2015;126(5):1048-58.

⁵³ (NICE) NifHaCE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. 2020. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>

⁵⁴

• Bina R. Predictors of postpartum depression service use: A theory-informed, integrative systematic review. Women Birth 2020;33(1):e24-e32.

les connaissances nécessaires quant aux structures locales et les professionnels de la région pour pouvoir offrir à la jeune maman une aide appropriée ⁵⁵.

Tableau 4. Facteurs de risque des troubles mentaux périnataux.

Facteurs de risque sociaux	<ul style="list-style-type: none"> • Violence conjugale • Événements de vie négatifs/traumatismes/stress (récents) • Manque de soutien social • Situation défavorisée • Appartenir à une minorité ethnique • Problèmes de langue • Statut de réfugié ou de demandeur d'asile • Personnes LGBTQ2S • Mamans adolescentes
Facteurs de risque psychologiques/psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> • Traits de personnalité • Antécédents psychiatriques (troubles psychiatriques graves (trouble bipolaire, psychose affective et sensibilité à la psychose), dépression, anxiété, TSPT, toxicomanie, ...) • Antécédents psychiatriques familiaux • Grossesse non désirée
Facteurs de risque biologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Vulnérabilité génétique • Complications liées à la grossesse

Avoir la possibilité de parler plusieurs fois de l'accouchement, surtout s'il a été difficile ou du moins vécu comme tel, peut avoir une influence positive sur le bien-être émotionnel de la jeune maman. Il est important d'aborder ce thème avec précaution, car parler en profondeur d'une expérience traumatisante peut conduire à revivre le traumatisme. Si la jeune maman souhaite en parler, il est possible d'en discuter, à condition que les limites de la jeune maman soient respectées. Il convient également d'interroger la jeune maman sur les symptômes ou les plaintes d'un éventuel TSPT (le moment n'étant pas très important). En ce qui concerne

-
- Hadfield H, Wittkowski A. Women's experiences of seeking and receiving psychological and psychosocial interventions for postpartum depression: a systematic review and thematic synthesis of the qualitative literature. *J Midwifery Womens Health* 2017;62(6):723-36.
 - Hansotte E, Payne SI, Babich SM. Positive postpartum depression screening practices and subsequent mental health treatment for low-income women in Western countries: a systematic literature review. *Public Health Rev* 2017;38:3.
 - McCarthy M, Houghton C, Matvienko-Sikar K. Women's experiences and perceptions of anxiety and stress during the perinatal period: a systematic review and qualitative evidence synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2021;21(1):811.

⁵⁵ Van Damme R, Van Parys A-S, et al. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. UZ Gent/universiteit Gent ; Karus, Vlaanderen is zorg, 2018.

l'accouchement traumatique : les études montrent que les interventions psychologiques dans les 72 heures sont plus efficaces pour prévenir les symptômes de stress traumatique que les interventions offertes 4 à 6 semaines après l'accouchement ⁵⁶.

Facteurs de risque des troubles mentaux périnataux

Une évaluation de la situation psychosociale de la jeune maman permet d'identifier les facteurs de risque de troubles mentaux en période périnatale. Il est judicieux de réaliser cette évaluation pendant la grossesse afin de pouvoir établir un plan de soins, si nécessaire ⁵⁷.

Les caractéristiques qui sont le plus souvent associées à la dépression post-partum et à l'anxiété sont (plusieurs caractéristiques peuvent se présenter simultanément) ⁵⁸ :

- antécédents psychiatriques ;
- complications liées à la grossesse ;
- grossesse non désirée ;
- manque de soutien social ;
- violence domestique au sein du ménage actuel ;
- appartenant à une minorité ethnique ;
- un statut socio-économique bas ;
- problèmes de langue, statut de réfugié ou de demandeur d'asile ;

⁵⁶ Taylor Miller PG, Sinclair M, Gillen P, et al. Early psychological interventions for prevention and treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) and post-traumatic stress symptoms in post-partum women: A systematic review and meta-analysis. PLoS One 2021;16(11):e0258170.

⁵⁷

- Van Damme R, Van Parys A-S, et al. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. UZ Gent/universiteit Gent; Karus, Vlaanderen is zorg, 2018.
- (NICE) NifHaCE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. 2020. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>.
- Felice E, Agius A, Sultana R, et al. The effectiveness of psychosocial assessment in the detection and management of postpartum depression: a systematic review. Minerva Ginecol 2018;70(3):323-45.

⁵⁸

- Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. J Affect Disord 2016;191:62-77.
- Hutchens BF, Kearney J. Risk factors for postpartum depression: an umbrella review. J Midwifery Womens Health 2020;65(1):96-108.
- Alvarez-Segura M, Garcia-Esteve L, Torres A, et al. Are women with a history of abuse more vulnerable to perinatal depressive symptoms? A systematic review. Arch Womens Ment Health 2014;17(5):343-57.
- Ross LE, Dennis CL. The prevalence of postpartum depression among women with substance use, an abuse history, or chronic illness: a systematic review. J Womens Health (Larchmt) 2009;18(4):475-86.

- antécédents de violence domestique, de toxicomanie et de grossesse non menée à terme.

Il n'y a pas suffisamment de données probantes affirmant que l'anesthésie péridurale, les naissances multiples et l'accouchement d'un garçon sont des facteurs de risque de dépression post-partum ⁵⁹.

Les femmes immigrantes récemment arrivées en Belgique ne présentent pas en elles-mêmes un plus grand risque de troubles mentaux en période périnatale que les femmes nées ici. Cependant, une coordination inadéquate du soutien social et des besoins de la maman, l'appartenance à une minorité ethnique, un statut socio-économique précaire, les problèmes de langue, le manque de soins adaptés à la culture, de littératie en santé et le statut de réfugié ou de demandeur d'asile sont, par contre, des facteurs qui augmentent le risque de maladie mentale périnatale ⁶⁰.

Les personnes LGBTQ2S sont plus à risque de problèmes de santé mentale, en grande partie en raison des inégalités dans le système de santé et de leur exclusion des soins périnatals traditionnels ⁶¹.

Les mamans adolescentes présentent également un risque accru de problèmes de santé mentale. Les études montrent que les facteurs tels que faible soutien social, plus de stress, des antécédents de dépression et/ou des antécédents de violence sexuelle ou physique contribuent principalement à ce risque ⁶².

⁵⁹

- Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs* 2022;31(19-20):2665-2677.
- Wenzel SJ, Battle CL, Tezanos KM. Raising multiples: mental health of mothers and fathers in early parenthood. *Arch Womens Ment Health* 2015;18(2):163-76.

⁶⁰

- Anderson FM, Hatch SL, Comacchio C, Howard LM. Prevalence and risk of mental disorders in the perinatal period among migrant women: a systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health* 2017;20(3):449-62.
- Keygnaert I, Ivanova O, Guieu A, et al. WHO Health Evidence Network Synthesis Reports. What is the evidence on the reduction of inequalities in accessibility and quality of maternal health care delivery for migrants? A review of the existing Evidence in the WHO European region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.

⁶¹ Kirubarajan A, Barker LC, Leung S, et al. LGBTQ2S+ childbearing individuals and perinatal mental health: A systematic review. *BJOG* 2022;129(10):1630-1643.

⁶²

- Vanderkruik R, Gonsalves L, Kapustianyk G, Allen T, Say L. Mental health of adolescents associated with sexual and reproductive outcomes: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2021;99(5):3539-73K.
- Recto P, Champion JD. Psychosocial risk factors for perinatal depression among female adolescents: a systematic review. *Issues Ment Health Nurs* 2017;38(8):633-42.

L'annexe 1 à la page 160 fournit des outils pour questionner les facteurs de risque en matière de bien-être psychosocial ⁶³.

Dépistage de la dépression et de l'anxiété

Pour dépister les troubles mentaux en période périnatale, on utilise de plus en plus les méthodes de dépistage universel. La démarche diagnostique, quant à elle, repose sur un examen psychosocial et clinique et non sur un instrument de dépistage.

Un modèle de dépistage à plusieurs paliers est accessible et faisable ⁶⁴. de Whooley d'une part et les questions du Generalized Anxiety Disorder (GAD)-2 d'autre part et permet d'exclure facilement et rapidement (en moins de 1 minute) les problèmes de dépression et d'anxiété :

- Questions de Whooley :
 - Au cours du dernier mois, vous êtes-vous souvent sentie abattue, déprimée ou désespérée ?
 - Au cours du dernier mois, avez-vous éprouvé moins de plaisir ou d'intérêt à faire ce que vous faites ?
- Questions GAD-2 :
 - Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous souvent sentie nerveuse, mal à l'aise ou tendue ?
 - Au cours des deux dernières semaines, étiez-vous incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler votre inquiétude ?

Si la femme répond positivement à au moins 1 des 2 questions de Whooley ou positivement aux 2 questions GAD-2, un dépistage plus approfondi s'impose, et ce à l'aide de l'échelle de dépression d'Édimbourg (EDS ⁶⁵) (à effectuer par écrit, prend 10 à 15 minutes).

L'EDS est l'instrument le plus couramment utilisé pour dépister la dépression en période périnatale (traduction de la version néerlandaise, voir annexe 2 à la page 164). Ce questionnaire de 10 questions a été spécialement conçu pour détecter la dépression périnatale. La performance diagnostique de l'EDS est généralement considérée

⁶³ Van Damme R, Van Parys A-S, et al. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. UZ Gent/universiteit Gent ; Karus, Vlaanderen is zorg, 2018.

⁶⁴ Van Damme R, Van Parys A-S, et al. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. UZ Gent/universiteit Gent ; Karus, Vlaanderen is zorg, 2018.

⁶⁵ L'EDS est le même questionnaire que l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). L'EDS contient les mêmes questions et a été validé pour la période périnatale, y compris chez les pères.

comme bonne, mais dépend de la population, de la prévalence, de la traduction et du seuil utilisés et du moment où il est administré en période périnatale ⁶⁶.

Si le score EDS pour le facteur d'anxiété est supérieur à 5 (questions 3, 4 et 5 de l'EDS), l'échelle Generalized Anxiety Disorder scale 7 (GAD-7) est administrée ⁶⁷.

Tout prestataire de soins (gynécologue, sage-femme, médecin généraliste, pédiatre, de l'ONE, etc.) peut proposer ce dépistage ⁶⁸.

En Fédération Wallonie Bruxelles, ces questionnaires ne sont actuellement pas encore utilisés systématiquement. D'autres outils de dépistage internes comme « La puce à l'oreille » sont utilisés par les PEP's de l'ONE. Des outils spécifiques sont également créés par chaque hôpital.

Pour rappel, dès qu'une vulnérabilité est détectée chez la future maman, elle est prise en charge par la plate-forme prénatale. Les PEP's assure alors un accompagnement renforcé et active leur réseau (équipes SOS enfants prénatales, sage-femmes, équipes SOS enfants postnatales, service d'accompagnement périnataux (Aquarelle, echoline,...), lieux de rencontre enfants-parents, espaces parents dans la séparation...

Le projet 'Born in Belgium Professionals' (BiB), subventionné par l'INAMI, propose un outil numérique qui permet aux prestataires de soins de dépister et d'assurer le suivi des vulnérabilités psychosociales chez les femmes enceintes. Les instruments de mesure mentionnés ci-dessus y ont été incorporés. Les scores sont automatiquement calculés et l'outil indique comment réagir adéquatement. Une carte sociale y est intégrée. Cet outil permet aux soignants et prestataires de soins du secteur (para)médical et social concernés de partager des informations (le RGPD étant respecté, sous réserve de l'autorisation de la femme) dans le cadre de la prévention,

⁶⁶

- Van Damme R, Van Parys A-S, et al. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. UZ Gent/universiteit Gent; Karus, Vlaanderen is zorg, 2018.
- Thombs BD, Levis B, Lyubenova A, et al. Overestimation of postpartum depression prevalence based on a 5-item version of the EPDS: systematic review and individual participant data meta-analysis. *Can J Psychiatry* 2020;65(12):835-44.

⁶⁷

- Van Damme R, Van Parys A-S, et al. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. UZ Gent/universiteit Gent; Karus, Vlaanderen is zorg, 2018.
- Nelson HD, Cantor A, Pappas M, Weeks C. Screening for anxiety in adolescent and adult women: a systematic review for the Women's Preventive Services Initiative. *Ann Intern Med* 2020;173(1):29-41.

⁶⁸ van der Zee-van den Berg AI, Boere-Boonekamp MM, MJ IJ, et al. Screening for postpartum depression in well-baby care settings: a systematic review. *Matern Child Health J* 2017;21(1):9-20.

d'une prise en charge personnalisée et de la continuité des soins (également en période périnatale). Plus d'informations sur <https://borninbelgiumpro.be/>. Cet outil n'est pas encore implanté en Fédération Wallonie Bruxelles, mais pourrait l'être à l'avenir. Actuellement, ce sont les PEP's de l'ONE, les sages-femmes de la première ligne et les gynécologues qui font le dépistage sur la base de leur anamnèse et expérience clinique et qui adressent la femme enceinte ensuite vers les acteurs de leur réseau local en santé mentale. L'enregistrement automatique et informatique des vulnérabilités pose de grandes questions sur le caractère confidentiel de certaines données.

Renvoi de la patiente après un résultat de dépistage positif

Un résultat de dépistage positif signifie qu'il existe un risque accru de problèmes mentaux et qu'il est nécessaire de référer la jeune maman pour la pose d'un diagnostic.

L'ONE :

- réoriente vers le médecin traitant et/ou un.e psychologue de première ligne dans le cadre de son projet "Santé Mentale".
- L'ONE dispose de ressources pour adresser les patientes vers les psychologues de première ligne :
 - <https://psychologue-premiere-ligne.be/>
 - <https://webappsa.riziv-inami.fgov.be/silverpages/Psychologist/>
- L'ONE a une convention avec l'INAMI pour inclure les psychologues de première ligne dans les locaux de consultation ONE.

Le diagnostic clinique est posé par un médecin généraliste, psychiatre ou psychologue, sur la base ou non de questionnaires semi-structurés. Si la jeune maman est diagnostiquée avec un trouble mental, il est essentiel qu'elle reçoive une aide appropriée ⁶⁹.

Les options de renvoi peuvent différer d'une région à l'autre en Belgique. La prise en charge est déterminée par des professionnels ayant une expertise en santé mentale.

Un parcours de soins psychosociaux périnataux régional vise à améliorer la prise en charge du bien-être psychologique de la femme, de son bébé et de sa famille et s'appuie sur les principes des soins intégrés. Ceci nécessite une collaboration étroite entre tous les acteurs régionaux concernés des soins primaires, secondaires et tertiaires (médecins généralistes, ONE, sages-femmes, gynécologues, pédiatres,

⁶⁹ Van Damme R, Van Parys A-S, et al. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. UZ Gent/universiteit Gent ; Karus, Vlaanderen is zorg, 2018.

néonatalogues, services sociaux, psychiatres, pédopsychiatres, unités maman-enfant,...), avec le médecin généraliste dans un rôle central de coordination ^{70, 71}.

Lors de l'élaboration d'un parcours de soins périnataux dans un contexte ou une région spécifique en Belgique, les prestataires de soins peuvent décider entre eux qui dépiste quoi et quand ; tout est systématiquement enregistré, suivi et évalué ⁷². La mise en place et l'implantation des parcours de soins de santé mentale périnatale sont soutenus par des collègues de BiB (pas encore implanté en Fédération Wallonie Bruxelles, mais pourrait l'être à l'avenir).

Pour l'organigramme, le protocole de dépistage par paliers proposé et les questionnaires de dépistage nous renvoyons le lecteur à l'annexe 3 à la page 166.

Moment du dépistage de la dépression et de la violence

Bien qu'il soit nécessaire de prêter attention au bien-être mental lors de chaque contact de soins, il faut également décider d'un moment à consacrer au dépistage systématique. La consultation gynécologique à 6 semaines après l'accouchement est un contact qui se prête bien à ce dépistage, l'effet du baby-blues n'étant plus présent à ce moment. Il est également recommandé de refaire un dépistage 6 mois après l'accouchement ⁷³.

L'ONE réalise un dépistage (actuellement non systématique) via le questionnaire de Whooley. Le dépistage systématique est en réflexion actuellement. Les vulnérabilités sont détectées par les PEP's en prénatal ou en postnatale sur base de leurs outils internes (puce à l'oreille, chemin de naissance...).

Pour les femmes ayant des antécédents de problèmes de santé mentale, il convient d'établir un plan de soins avant l'accouchement qui définit les soins et la prise en charge du problème mental ainsi que les différents rôles des prestataires de soins.

⁷⁰ Van Damme R, Van Parys A-S, et al. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. UZ Gent/universiteit Gent ; Karus, Vlaanderen is zorg, 2018.

⁷¹ En Fédération Wallonie Bruxelles, ce n'est pas souvent le médecin généraliste qui a un rôle central de coordination. Dans le futur trajet de soins des futures mamans vulnérables proposé par l'INAMI, le prestataire de soins coordinateur du trajet de soins sera une sage-femme, un.e gynécologue ou un.e médecin généraliste.

⁷² Van Damme R, Van Parys A-S, et al. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. UZ Gent/universiteit Gent ; Karus, Vlaanderen is zorg, 2018.

⁷³ Van Damme R, Van Parys A-S, et al. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. UZ Gent/universiteit Gent ; Karus, Vlaanderen is zorg, 2018.

Violence conjugale

Le "Plan d'action national de lutte contre toutes les formes de violence basée sur le genre, 2015-2019" définit la violence entre partenaires comme « un ensemble de comportements, d'actes, d'attitudes, de l'un des partenaires ou ex-partenaires, qui visent à contrôler et dominer l'autre. Elles comprennent les agressions, les menaces ou les contraintes verbales, physiques, sexuelles, économiques, répétées ou amenées à se répéter portant atteinte à l'intégrité de l'autre et même à son intégration socioprofessionnelle. Il est précisé que ces violences affectent également les autres membres de la famille, y compris les enfants »⁷⁴.

La violence est, comme mentionné, un facteur de risque d'anxiété et de dépression (en période périnatale)⁷⁵. Elle augmente également le risque d'idées suicidaires et de comportements suicidaires ; un soutien émotionnel et pratique en cas de violence familiale pendant la période périnatale peut réduire le risque de comportement suicidaire⁷⁶. Inversement, la période de grossesse, de l'accouchement et du post-partum sont également un facteur de risque (d'exacerbation) de la violence familiale, se produisant chez 3 à 8% des femmes en période périnatale⁷⁷. La période périnatale est une période très vulnérable pour les couples car il faut rechercher un nouvel équilibre dans la transition vers la famille recomposée.

⁷⁴ [Plan d'action national de lutte contre toutes les formes de violence basée sur le genre 2015-2019 | Institut pour l'égalité des femmes et des hommes \(belgium.be\).](#)

⁷⁵

- Reid HE, Pratt D, Edge D, Wittkowski A. Maternal suicide ideation and behaviour during pregnancy and the first postpartum year: a systematic review of psychological and psychosocial risk factors. *Front Psychiatry* 2022;13:765118.
- Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord* 2016;191:62-77.
- Hutchens BF, Kearney J. Risk factors for postpartum depression: an umbrella review. *J Midwifery Womens Health* 2020;65(1):96-108.
- Alvarez-Segura M, Garcia-Esteve L, Torres A, et al. Are women with a history of abuse more vulnerable to perinatal depressive symptoms? A systematic review. *Arch Womens Ment Health* 2014;17(5):343-57.
- Ross LE, Dennis CL. The prevalence of postpartum depression among women with substance use, an abuse history, or chronic illness: a systematic review. *J Womens Health (Larchmt)* 2009;18(4):475-86.

⁷⁶

- Reid HE, Pratt D, Edge D, Wittkowski A. Maternal suicide ideation and behaviour during pregnancy and the first postpartum year: a systematic review of psychological and psychosocial risk factors. *Front Psychiatry* 2022;13:765118.
- Andreucci CB, Bussadori JC, Pacagnella RC, et al. Sexual life and dysfunction after maternal morbidity: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;15:307.

⁷⁷ [Détection des violences conjugales. Bruxelles : SSMG, 2018.](#)

La violence a des répercussions négatives sur les deux partenaires, l'enfant (à naître) et les autres membres du ménage. Les conséquences possibles en période périnatale pour la maman sont un risque accru de morbidité (complications de grossesse, blessures physiques, travail prématuré, fausse couche ou avortement, conséquences psychologiques telles que stress, dépression...) et de mortalité (à la fois par homicide et par suicide). Il existe également des conséquences possibles pour l'enfant (à naître), à la fois physiques (retard de croissance, naissance prématurée, problèmes de développement...) et psychologiques (développement émotionnel, problèmes de comportement...) ⁷⁸.

Pendant la période périnatale, une femme entre fréquemment en contact avec des prestataires de soins avec qui elle établit une relation de confiance. C'est la raison pour laquelle ces contacts permettent de dépister la violence conjugale ⁷⁹. En Belgique, les prestataires de soins se renseignent trop peu sur la présence de violence. Il est donc important de questionner le risque de violence intrafamiliale ⁸⁰. Il est possible d'en faire état dans le carnet de grossesse.

En Flandre, l'utilisation du carnet de grossesse (« moederboekje ») est bien répandue. En Fédération Wallonie-Bruxelles, le carnet de grossesse ne fait pas mention du dépistage de la violence conjugale, mais attire l'attention sur l'importance d'en parler au professionnel qui suit la grossesse ainsi que le risque de violence intrafamiliale et renvoie au site www.ecouteviolencesconjugales.be. L'outil BiB peut être utile lors de la mise en place des parcours de dépistage et de soins. En outre, les visites à domicile (de routine) pendant la période périnatale peuvent être utiles pour détecter les signes de violence familiale. Ces signes ne sont qu'un outil ⁸¹; leur interprétation demande beaucoup de prudence et de précautions.

Étant donné que les signes de violence intrafamiliale passent très facilement inaperçus, l'outil de dépistage à l'aide de questions s'avère le plus efficace. Le dépistage systématique est fortement recommandé dans les guides de pratique internationaux, mais il n'existe pas suffisamment de preuves scientifiques pour recommander une méthode ou une intervention de dépistage spécifique qui réduit

⁷⁸

- [Détection des violences conjugales. Bruxelles : SSMG, 2018.](#)
- Dekker N GR, Neirinckx J, Seuntjens L, Smets K. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Zwangerschapsbegeleiding. Antwerpen: Domus Medica, 2015.

⁷⁹ Dekker N GR, Neirinckx J, Seuntjens L, Smets K. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Zwangerschapsbegeleiding. Antwerpen: Domus Medica, 2015.

⁸⁰ [Détection des violences conjugales. Bruxelles : SSMG, 2018.](#)

⁸¹ [Détection des violences conjugales. Bruxelles : SSMG, 2018.](#)

le risque de violence familiale ou a un effet sur la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales ⁸².

Des conseils et outils sont disponibles sur <http://www.geweldenzwangerschap.be> ⁸³ pour la Flandre et pour la Belgique francophone dans le guide « [Détection des violences conjugales](#) » validé par le Cebam et élaboré par la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG). En Fédération Wallonie Bruxelles, une [campagne sur la violence conjugale](#) a été menée par l'ONE en 2021-2022.

En cas de violence familiale, la jeune maman (et aussi le nouveau-né) doit bénéficier d'une aide appropriée et être renvoyée :

- En cas d'urgence, il convient d'appeler le numéro d'urgence 112. Il s'agit plus précisément d'une présence d'un danger imminent, majeur et certain, dans le but de protéger l'intégrité psychologique et physique de la maman et du nouveau-né (il peut également s'agir d'un intérêt matériel ou moral). La police est formée à intervenir en cas de violence intrafamiliale.
- S'il existe un danger pour l'intégrité ou si d'autres formes d'aide (à long terme) s'avèrent inadéquates, l'article 458bis du code pénal prévoit que le procureur peut être saisi d'une demande de mesure de protection pour les personnes vulnérables concernées. La législation prévoit un droit de signalement (et non une obligation de signalement) si l'on ne peut pas apporter l'aide appropriée soi-même ou avec l'aide d'autres personnes. Ce droit de signalement s'exerce toujours auprès du procureur général (le parquet), et NON auprès de la police ou du juge d'instruction.
- S'il n'existe pas de danger pour l'intégrité, on fait appel, si possible, à une autre assistance. Respectez le [secret professionnel](#).

Pour plus d'informations, consultez le guide de pratique sur la "[Détection des violences conjugales](#)" de la SSMG ou le référentiel « [Violences au sein d'un couple, les enfants en souffrance](#) » est disponible pour tout professionnel.

⁸²

- Jahanfar S, Janssen PA, Howard LM, Dowswell T. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. Cochrane Database Syst Rev 2013(2):CD009414.
- Feltner C, Wallace I, Berkman N, et al. Screening for intimate partner violence, elder abuse, and abuse of vulnerable adults: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA 2018;320(16):1688-701.

⁸³

- [Détection des violences conjugales. Bruxelles : SSMG, 2018.](#)
- Dekker N, Goemaes R, Neirinckx J, Seuntjens L, Smets K. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Zwangerschapsbegeleiding. Antwerpen: Domus Medica, 2015.

Points de contact utiles :

- [1712](#) est la ligne d'assistance professionnelle pour, entre autres, des questions sur la violence; elle peut être jointe de manière anonyme, gratuite et discrète par téléphone, chat et e-mail.
- En Flandre, le [Centrum voor Algemeen Welzijn \(CAW\)](#) est la porte d'entrée centrale en ce que concerne la prise en charge de la violence intrafamiliale. Il n'existe pas d'équivalent tel quel en Fédération Wallonie-Bruxelles où la personne, selon le degré d'urgence (immédiat ou pas), est adressée au Service d'Assistance Policière aux Victimes (SAPV) avec aides psychosociales et conseils juridiques et sociaux. Il y a les maisons d'accueil pour les victimes de violences, les centres de planning familial et autres asbl vers qui la personne peut être orientée. Nous citons ici le numéro vert « [Ecoute Violences Conjugales](#) » dont l'objectif est de renforcer la lutte contre les violences conjugales en créant une ligne téléphonique gratuite en Belgique francophone.

Argumentaire

Recommandation 1. Lors de la première visite post-partum, évaluez de manière exhaustive le bien-être psychosocial de la maman (**GPP**).

Ce GPP est basé sur le guide de pratique du NICE de 2021 « Postnatal care »⁸⁴ et est basé sur un consensus et l'opinion d'experts. Le GPP a été adapté au contexte belge des soins primaires et soumis à un panel d'experts et de parties prenantes lors d'une procédure de consensus Delphi. Il a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de ce GPP :

- Rapport bénéfices-risques : clairement en faveur de la recommandation, car l'évaluation complète du bien-être psychosocial de la maman (à l'aide de questions) peut révéler des éléments pouvant justifier un suivi plus fréquent ou une collaboration précoce avec d'autres prestataires de soins et/ou services. Cette évaluation permet une intervention préventive évitant la souffrance. Cependant, celle-ci n'exclut pas la nécessité de prêter attention au bien-être mental plus tard dans le post-partum.
- Valeurs et préférences : il faut toujours être attentif au bien-être psychosocial de la jeune maman (et de son/sa partenaire). Cependant, il est impossible pour les professionnels de la santé d'aborder l'ensemble du spectre psychosocial à chaque

⁸⁴ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

contact ; il est plus facile de réaliser une évaluation approfondie la première fois et une évaluation plus ciblée par la suite. Il est important d'interroger de manière qualitative la jeune maman afin qu'elle ne le vive pas comme gênant ou stigmatisant. Il est crucial d'interroger la jeune maman à plusieurs reprises car la santé psychosociale varie dans le temps et doit être surveillée. La jeune maman peut aussi trouver ennuyeux qu'elle soit longuement interrogée sur son bien-être psychosocial à chaque contact. Par conséquent, le groupe de développement de ce guide recommande d'évaluer de manière approfondie sur le bien-être psychosocial, certainement lors du premier contact postnatal, et de manière plus ciblée par la suite (à plusieurs reprises).

- **Applicabilité** : il s'agit d'une intervention qui demande certaines compétences. Une formation complémentaire est requise car il est probable que l'intervention ne soit pas suffisamment abordée dans la formation de base. En revanche, l'intervention ne nécessite aucun matériel ni ressources supplémentaires et est applicable en soins primaires en Belgique.

Conclusion : ce GPP est basé sur l'opinion d'experts du guide du NICE et des experts impliqués dans l'élaboration de ce guide. Étant donné que le bien-être psychosocial de la maman a un impact majeur dans différents domaines et pour différentes personnes, une discussion précoce peut avoir un effet préventif et permet de prévoir une aide supplémentaire en temps opportun. Il n'est pas évident pour la jeune maman de discuter à plusieurs reprises de son bien-être mental en profondeur. C'est la raison pour laquelle il est préférable de le faire une fois en détail, ensuite à plusieurs reprises mais de façon plus ciblée. On ne peut pas s'attendre à ce que les professionnels de la santé consacrent beaucoup de temps à évaluer le bien-être psychosocial de la maman à chaque contact postnatal. Ce GPP a été élaboré en concertation avec les experts et a été validé lors de la procédure Delphi.

Recommandation 2. Pendant les contacts post-partum, discutez régulièrement du bien-être mental de la maman et de son/sa partenaire. Proposez, au besoin, une psychoéducation, des conseils d'autosoins et un soutien approprié. Parlez des signes de problèmes de santé mentale (postnatals) et où la patiente peut obtenir de l'aide. Si vous ne vous sentez pas capable de le faire, adressez la jeune maman à un prestataire de soins avec les compétences adéquates (**GPP**).

Ce GPP est basé sur le guide du NICE de 2021 « Postnatal care »⁸⁵ et se base sur un consensus et l'opinion d'experts. Le GPP a été soumis à un panel d'experts et de parties prenantes lors d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au second tour.

⁸⁵ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- **Rapport bénéfices-risques** : le bien-être mental d'une personne peut varier dans le temps, en particulier en période post-partum où la jeune maman (et son/sa partenaire) subissent toutes sortes de changements (hormonaux, physiques, parentalité, changements dans le ménage, le travail...). C'est la raison pour laquelle il est important d'y prêter attention tout au long de la période postnatale, et non seulement lors du premier contact post-partum. Le professionnel de la santé peut aussi toujours créer l'occasion de discuter, par exemple, de l'expérience de l'accouchement. Ce besoin varie d'une femme à l'autre et d'un accouchement à l'autre. Il n'est donc pas utile de le redemander à chaque fois, ou délibérément lors du premier contact post-partum. Il est essentiel d'impliquer le/la partenaire ; sa santé mentale est tout aussi importante et a un impact majeur sur la jeune maman et le ménage. De plus, le/la partenaire est une figure de soutien pour la maman et aussi le parent de l'enfant.
- **Valeurs et préférences** : le prestataire de soins doit être attentif aux souhaits et aux sensibilités de la jeune maman, par exemple en ce qui concerne l'implication de son/sa partenaire. Les prestataires de soins doivent tenir compte du contexte de la maman et, par exemple, adapter leurs conseils dans le but d'augmenter le bien-être. Les prestataires de soins ne se sentent pas toujours capables de discuter du bien-être mental ou de donner les bons conseils, que ce soit ou non par un sentiment subjectif de manque de temps. La détection et le premier accueil peuvent avoir lieu en quelques minutes. L'accompagnement et le soutien prennent du temps. Le prestataire de soins en manque de temps doit adresser la jeune maman à un prestataire de soins disposant des compétences et du temps nécessaires. On ne doit jamais ignorer la souffrance mentale. Ne pas évoquer ou ne pas revenir à la souffrance psychique est préjudiciable à la jeune maman et à son environnement.
- **Applicabilité** : ce GPP s'applique aux soins primaires en Belgique. Il est important de former les prestataires de soins de santé au soutien du bien-être mental pendant la période postnatale. L'organisation des soins prodigués par les sages-femmes peut entraver ou faciliter le soutien psychosocial. Par exemple, les contacts avec la même sage-femme et des contacts plus fréquents peuvent abaisser le seuil et dégager du temps pour offrir ce soutien.

Conclusion : ce GPP est basé sur l'opinion d'experts du guide du NICE et des experts impliqués dans l'élaboration de ce guide. Le bien-être mental évolue dans le temps. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire d'y prêter attention de façon routinière, non seulement chez la jeune maman, mais aussi chez son/sa partenaire. Au besoin, une psychoéducation leur est proposée, avec des conseils d'autosoins et un soutien approprié. Identifier les signes de problèmes de santé mentale (postnatals) et fournir

des informations sur les ressources d'aide possible peuvent abaisser le seuil et faire en sorte que la jeune maman y revienne d'elle-même si elle constate, par exemple, que les problèmes de santé mentale s'aggravent. Il est également important de tenir compte de l'expertise et des contraintes de temps des prestataires de soins de santé. Si nécessaire, ils peuvent adresser la jeune maman à un prestataire de soins qui a les compétences (et le temps) nécessaires. Ce GPP a été élaboré en concertation avec les experts et a été validé lors de la procédure Delphi.

Recommandation 3. Utilisez le modèle de dépistage par paliers pour dépister la dépression et les troubles anxieux pendant la période post-partum (**GRADE 1C**).

La recommandation originale du guide du NICE "Postnatal care" ⁸⁶ de 2021 affirme que : *“At each postnatal contact, assess the woman's psychological and emotional wellbeing. Follow the recommendations on recognising mental health problems in pregnancy and the postnatal period and referral in the NICE guideline on antenatal and postnatal mental health. If there are concerns, arrange for further assessment and follow up.”* La recommandation a été formulée par un Comité sur la base de l'expérience clinique, l'expertise et le consensus.

Comme indiqué ci-dessus, pour les recommandations en lien avec « Recognising mental health problems in pregnancy and the postnatal period and referral », le NICE renvoie au guide du NICE « Antenatal and Postnatal mental Health » ⁸⁷. Le NICE recommande un modèle de dépistage à plusieurs paliers :

- Une réponse négative aux premières questions (ou questions de « Whooley » : questionnement de état d'esprit et des intérêts) peut exclure la dépression et l'anxiété du post-partum.
- En cas de réponse positive à l'une des questions ou en cas de souci clinique, il est recommandé de poursuivre le dépistage avec l'EDS ou le PHQ-9, ou d'adresser la patiente au médecin généraliste ou à un professionnel spécialisé en santé mentale.

Les études prises en compte par le guide du NICE ⁸⁸ susmentionné montrent que ces questions sont aussi efficaces que des outils de dépistage plus poussés et sont plus faciles à utiliser en routine en soins primaires (et en soins secondaires). Les questions sont basées sur 2 items du Patient Health Questionnaire (PHQ) 9 (également appelé

⁸⁶ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk/guidance/ng194)

⁸⁷ (NICE) NifHaCE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. 2020. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>

⁸⁸ (NICE) NifHaCE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. 2020. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>

PHQ-2 dans la littérature) et sont répondues par « oui » ou « non » ; les réponses, contrairement au PHQ-2, ne sont pas notées.

Les questions de Whooley ont une sensibilité supérieure au EDS et au PHQ-9, tandis que le EDS et le PHQ-9 ont une spécificité supérieure aux questions de Whooley. En revanche, l'utilisation de l'EDS et du PHQ-9 prend 15 minutes au lieu de 1 minute pour les questions de Whooley. La spécificité de l'EDS et du PHQ-9 est également déterminée par le score seuil de l'outil de dépistage utilisé.

Outil	Sensibilité	Spécificité	Durée
Questions de Whooley	1 (0,81 – 1,00)	0,64 (0,53 – 0,75)	1 minute
EDS avec seuil 9 - 10	0,83 (0,81 – 0,86)	0,85 (0,84 – 0,86)	15 minutes
PHQ-9 avec seuil 10	0,75 (0,64 – 0,84)	0,88 (0,85 – 0,90)	15 minutes

Une recherche documentaire complémentaire a été effectuée. Celle-ci a identifié les études pertinentes suivantes :

- La revue systématique méthodologiquement bien menée avec méta-analyse de 17 études observationnelles de Park et coll. ⁸⁹ de 2022 a comparé la valeur prédictive de l'EPDS par rapport à d'autres outils pour le dépistage de la dépression du post-partum chez les femmes enceintes et les mamans en période post-partum. Seulement 10 études ont inclus des jeunes mamans en période post-partum (515 au total) ; la sensibilité et la spécificité combinées de l'EPDS étaient resp. 0,79 (IC à 95% 0,67-0,88) et 0,92 (IC à 95% 0,76-0,98). L'étude a comparé les performances diagnostiques (sROC) de l'EPDS à d'autres outils. L'EPDS avait une courbe sROC de 0,86 contre une courbe sROC de 0,74 pour le PHQ-9. La courbe sROC du 'Beck Depression Inventory' et de la 'Kessler Psychological Distress Scale' était de 0,91, similaire à celle de l'EPDS (0,90 et 0,87). Par rapport à la 'Postpartum Depression Screening Scale' (avec une courbe sROC de 0,98), la courbe sROC de l'EPDS n'était que de 0,54. Néanmoins, la performance du EPDS est excellente comme outil de dépistage de la dépression chez les femmes enceintes et les jeunes mamans en post-partum en soins primaires.
- La revue systématique méthodologiquement bien menée avec méta-analyse de Levis et coll. ⁹⁰ de 2020 a examiné, à partir des données individuelles de 15 557 patientes issues de 58 études, dont 2 069 souffraient de dépression majeure, la précision de l'EPDS pour le dépistage de la dépression majeure chez les femmes enceintes et les jeunes mamans en période post-partum. La sensibilité et la

⁸⁹ Park SH, Kim JI. Predictive validity of the Edinburgh postnatal depression scale and other tools for screening depression in pregnant and postpartum women: a systematic review and meta-analysis. Arch Gynecol Obstet 2023;307(5):1331-1345.

⁹⁰ Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD; DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) EPDS Group. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. BMJ 2020;371:m4022.

spécificité combinées variaient en fonction du score seuil utilisé de l'EPDS. À une valeur seuil de 11 ou plus, la sensibilité et la spécificité de l'EPDS étaient les plus élevées. À partir de 13 ou plus, la sensibilité diminuait, mais la spécificité augmentait. Des scores seuils inférieurs peuvent être utilisés pour éviter les faux négatifs et pour identifier les patientes qui répondent aux critères diagnostiques de la dépression du post-partum.

- La revue systématique d'Ukatu et coll.⁹¹ de 2018 a évalué la précision des outils de dépistage dans la détection de la dépression du post-partum. La qualité de l'étude a été considérée comme modérée car la recherche a été faite à l'aide de termes composés spécifiques, ce qui a abouti à l'identification de 68 articles seulement. Il est possible que la littérature la plus pertinente ait été détectée de cette manière, mais aussi que d'autres études importantes n'ont pas été trouvées. Néanmoins, cette étude est intéressante pour notre question car 2 des études incluses ont également analysé le PHQ-2, une variante des questions de Whooley. Le PHQ-2 pose deux questions qui évaluent la dépression et l'anxiété : *“Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by the following problems? “Little interest or pleasure in doing things” et “Feeling down, depressed or hopeless”*. L'une des 2 études utilisait une méthode de notation dichotomique et avait une sensibilité de 100 % ; l'autre étude a utilisé une échelle de Likert comme méthode de notation et atteignait une sensibilité de 62 %. Puisque l'utilisation de l'échelle de Likert risque de donner lieu à un biais chez les patients plus instruits, une échelle dichotomique est à préférer. Sur la base de cette étude, nous pouvons conclure que vu sa grande sensibilité, le PHQ-2 peut être un bon prédicteur de la dépression du post-partum.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de la recommandation :

- Évaluation globale des effets et certitude des données probantes pour les critères de jugement critiques : la recommandation est basée sur les recommandations d'un guide de pratique du NICE, mis à jour en 2018⁹², proposées dans le guide du NICE à adapter⁹³, et 3 revues systématiques (dont 1 de qualité modérée et 2 de bonne qualité). Étant donné que les études primaires sont presque exclusivement des études observationnelles, nous avons affaire à des preuves de faible certitude.
- Rapport bénéfices-risques :

⁹¹ Ukatu N, Clare CA, Brulja M. Postpartum depression screening tools: a review. *Psychosomatics* 2018;59(3):211-219.

⁹² (NICE) NifHaCE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. 2020. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>

⁹³ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk/guidance/ng194)

- Compte tenu de l'importance du bien-être mental de la maman, du nouveau-né, du ménage entier et par extension de la société, le dépistage est nécessaire. Le dépistage peut conduire à la prise en charge de plus de dépressions du post-partum, ce qui est en faveur de la recommandation.
- Cependant, il convient de garder à l'esprit que tous les prestataires de soins primaires, gynécologues ou sages-femmes ne sont pas formés à reconnaître ou diagnostiquer la dépression du post-partum, et que les prestataires de soins disposent souvent de peu de temps. Les questions courtes (questions de Whooley) qui permettent d'exclure la dépression du post-partum avec un degré de certitude assez élevé sont très utiles à la fois pour le patient et le prestataire de soins.
- Un prestataire de soins peut effectuer un dépistage plus poussé sur la base de sa propre estimation clinique, à l'aide d'autres questionnaires standardisés, mais peut également adresser la patiente à un prestataire de soins expérimenté dans le dépistage, par exemple le médecin généraliste.
- Les questions de Whooley et les questions PHQ-2 sont identiques, mais les questions de Whooley n'ont pas de notation (contrairement au PHQ-2). Nous supposons donc que les questions de Whooley ont également une sensibilité élevée et qu'il est peu probable que les femmes souffrant de dépression ou d'anxiété en période post-partum répondent par erreur « non » aux deux questions. Les questions de Whooley excluent de manière fiable et pratique la dépression du post-partum et les troubles anxieux du post-partum.
- Comme toutes les femmes qui répondent « oui » aux questions de Whooley ne souffrent pas toutes d'une dépression post-partum majeure ou d'un trouble anxieux, il est important que ces femmes fassent l'objet d'un dépistage plus approfondi. La littérature montre que l'EPDS avec une valeur seuil à partir de 11 est adaptée au dépistage de la dépression majeure (et du trouble anxieux). Le diagnostic doit être posé par un médecin expérimenté.
- Valeurs et préférences : ces facteurs de risque sont suffisamment généraux et accessibles pour être évalués par les prestataires de soins ; les patients peuvent répondre avec réticence aux questions qui leur sont posées ou répondre par la négative. En posant la question, les prestataires de soins montrent aux patientes qu'elles peuvent les consulter si elles le souhaitent ou dès qu'elles s'y sentent prêtes.
- Applicabilité : il s'agit d'une intervention qui nécessite certaines compétences. Elle requiert donc une formation complémentaire sur la santé mentale et le bien-être psychosocial en période postnatale et sur l'utilisation du modèle de dépistage par paliers. Il est en effet bien probable que ces aspects ne soient pas suffisamment abordés dans la formation de base. En revanche, l'intervention ne nécessite aucun matériel ni ressources supplémentaires et est applicable en soins primaires en Belgique.

Conclusion : il existe de nombreuses preuves, mais de faible certitude scientifique, que l'EDS est un bon outil de dépistage de la dépression du post-partum. Cependant, la valeur (sensibilité et spécificité) dépend du score seuil utilisé. Il est généralement admis qu'un score seuil de 11 ou 12 est approprié pour dépister la dépression post-partum majeure. Cependant, l'utilisation et l'interprétation de l'EDS par des professionnels de la santé qui connaissent cet outil prend environ 15 minutes. Compte tenu du temps limité dont disposent les professionnels de la santé et de la prévalence de la dépression et des troubles anxieux dans le post-partum, il est souhaitable de réaliser un triage initial simple et rapide des femmes peu susceptibles de souffrir de dépression post-partum (majeure) ou de troubles anxieux. Les questions de Whooley peuvent être utilisées à cet effet, avec des options de réponse dichotomiques (« oui » ou « non ») et sans système de notation. Une patiente qui répond « non » aux deux questions ne souffre probablement pas de dépression du post-partum ni de trouble anxieux. Nous recommandons donc aux prestataires de soins primaires de procéder à un dépistage par paliers : d'abord à l'aide des questions de Whooley et, si la réponse à l'une des deux questions de Whooley est positive, un dépistage plus approfondi avec, par exemple, l'EDS ou le PHQ-9, ou, si le prestataire de soins préfère, adresser la patiente au médecin généraliste pour le diagnostic, la prise en charge et/ou le renvoi. L'ONE réalise un dépistage (actuellement non systématique) via le questionnaire de Whooley) et réoriente vers le médecin traitant et/ou un.e psychologue de première ligne dans le cadre de son projet "Santé Mentale".

Recommandation 4. Les professionnels de la santé doivent accorder une attention particulière aux problèmes de santé mentale chez (**GRADE 1C**) :

- les femmes ayant des antécédents psychiatriques ;
- les femmes ayant des complications de grossesse ;
- les femmes qui ont eu une grossesse non désirée ;
- les femmes en manque de soutien social ;
- les femmes victimes de violence domestique au sein du ménage ;
- les femmes appartenant à une minorité ethnique ;
- les femmes de statut socio-économique inférieur ;
- les femmes ayant des problèmes de langue, le statut de réfugié ou de demandeur d'asile ;
- les personnes LGBTQ2S ;
- mamans adolescentes.

La recommandation originale du guide du NICE de 2021 "Postnatal care" ⁹⁴ affirme que : *"Follow the principles in the NICE guideline on pregnancy and complex social factors for women who may need additional support, for example:*

- *women who misuse substances*
- *recent migrants, asylum seekers or refugees, or women who have difficulty reading or speaking English*
- *young women aged under 20*
- *women who experience domestic abuse."*

La recommandation a été formulée par un Comité sur la base de l'expérience clinique, l'expertise et le consensus.

Une recherche documentaire complémentaire a été effectuée. Celle-ci a identifié les études pertinentes suivantes :

- La revue parapluie méthodologiquement bien menée de Hutchens et coll. ⁹⁵ de 2020 a examiné les facteurs de risque de dépression du post-partum sur la base des résultats de 21 revues systématiques et méta-analyses. La sommation des résultats d'un total de 1 143 études observationnelles (y compris les doublons) n'était pas évident en raison des différences de terminologie en termes de critères de jugement, par exemple « domestic violence » par rapport à « intimate partner violence », « life stress » par rapport aux « life events ». De plus, les méthodes statistiques utilisées dans les études variaient. Au final, les auteurs ont identifié 25 facteurs de risque statistiquement significatifs, dont la « dépression prénatale », avec un rapport de cotes (RC) de 3 ou plus et « abus actuel » (OR 0,49) étaient les meilleurs prédicteurs de la dépression du post-partum. Les autres facteurs de risque les plus courants étaient le stress, le soutien social et l'abus (abus sexuel antérieur et abus sexuel des enfants).
- Dans leur revue systématique bien menée de 2022, Kirubarajan et coll. ⁹⁶ ont examiné les expériences/le vécu des personnes LGBTQ2S fertiles en matière de santé mentale périnatale. Ils ont inclus 26 études observationnelles avec un total de 1 199 participants. Bien que cette revue systématique porte généralement sur le bien-être mental, 6 des études incluses ont utilisé des questionnaires validés, tels que l'EPDS. Dans ces études, 8,2 à 24 % des participants ont été testés positifs pour la dépression périnatale. Trois études ont comparé les résultats des personnes LGBTQ2 avec ceux des personnes hétérosexuelles et ont conclu que les personnes LGBTQ2 sont plus susceptibles de souffrir de dépression du post-partum que les

⁹⁴ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

⁹⁵ Hutchens BF, Kearney J. Risk factors for postpartum depression: an umbrella review. J Midwifery Womens Health 2020;65(1):96-108.

⁹⁶ Kirubarajan A, Barker LC, Leung S, et al. LGBTQ2S+ childbearing individuals and perinatal mental health: A systematic review. BJOG 2022;129(10):1630-1643.

personnes hétérosexuelles. La conclusion générale est que la période périnatale (grossesse, post-partum) a un impact unique sur la santé mentale et le bien-être mental des personnes LGBTQ2S, principalement en raison du traitement inégal en matière de soins de santé mentale et de leur exclusion des soins périnataux de routine.

- La revue systématique bien menée de Vanderkruik et coll.⁹⁷ de 2021 a comparé la santé mentale des adolescents (<20 ans) liée aux critères de jugement sexuels (infections sexuellement transmissibles par exemple) et aux critères de jugement relatifs à la reproduction (grossesse par exemple) à d'autres groupes d'âge. Les auteurs ont inclus 96 études observationnelles avec différentes conceptions d'étude, dont 49 examinaient la santé mentale pendant la période du post-partum. Les études ont utilisé différentes définitions pour la période post-partum (allant de 72 heures à 1 an après l'accouchement) et la plupart ont porté sur la dépression, certaines sur les symptômes dépressifs et 3 études sur le trouble anxieux. Treize études ont comparé le risque de dépression pendant la période post-partum entre les adolescents et d'autres groupes d'âge ; 9 études ont constaté un risque accru de dépression chez les adolescents. Une étude a comparé le risque d'anxiété du post-partum entre les deux groupes, mais n'a trouvé aucune différence. Une étude a révélé que le risque de suicide était plus élevé chez les adolescents.
- La revue systématique avec méta-analyse de bonne qualité par Ding et coll.⁹⁸ de 2023 a inclus 17 études de cohorte prospectives avec un total de 9 822 participantes et a examiné si le risque de dépression du post-partum était plus élevé chez les femmes ayant vécu un événement de vie stressant avant l'accouchement. Les auteurs concluent que les femmes ayant vécu un événement de vie stressant ont une prévalence plus élevée de dépression du post-partum (prévalence 1,82 ; IC à 95 % 1,52-2,17). L'effet d'un événement de vie stressant sur la dépression du post-partum diminue légèrement pendant la période post-partum (prévalence pour ≤6 semaines = 3,25, IC à 95 % 2,01-5,25 ; prévalence pour 7-12 semaines = 2,01, IC à 95 % 1,53-2,65; prévalence pour >12 semaines = 1,17, IC à 95 % 0,49-2,31). Ces résultats confirment l'importance du dépistage de la dépression du post-partum, en particulier chez les jeunes mamans ayant vécu un événement de vie stressant avant l'accouchement.

⁹⁷ Vanderkruik R, Gonsalves L, Kapustianyk G, et al. Mental health of adolescents associated with sexual and reproductive outcomes: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2021;99(5):359-73k.

⁹⁸ Ding X, Liang M, Wang H, et al. Prenatal stressful life events increase the prevalence of postpartum depression: Evidence from prospective cohort studies. *J Psychiatr Res* 2023;160:263-271.

- Dans leur revue systématique de 2023, Stevenson et coll.⁹⁹ ont examiné la prévalence globale des problèmes de santé mentale périnatale ou de la consommation de substances chez les femmes immigrantes. Ils ont inclus 135 études, dont 30 % d'études de cohorte, 66 % d'études transversales et 4 % d'études d'intervention portant sur n'importe quel trouble mental pendant la grossesse ou la période post-partum (jusqu'à 1 an après l'accouchement) ou portant sur la consommation de substances pendant la grossesse. Le critère de jugement principal était la prévalence globale des problèmes de santé mentale périnatale chez les femmes immigrantes. 123 études ont été menées dans des pays hôtes à revenu élevé. Les femmes immigrantes venaient principalement d'Amérique du Sud, du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord. Seules 26 études ont fait une distinction entre 'forced migrants' vs. 'economic migrants'. La prévalence combinée des troubles dépressifs périnatale était de 24,2 % (intervalle de 0,5 à 95,5 % ; $I^2 = 98,8\%$; $\tau^2 = 0,01$) chez toutes les femmes immigrantes ; 32,5 % (1,5-81,6 ; 98,7 % ; 0,01) chez les 'forced migrants', et 13,7 % (4,7-35,1 ; 91,5 % ; 0,01) chez les 'economic migrants' ($p < 0,001$). La prévalence combinée des troubles anxieux périnatale était de 19,6 % (range 1,2-53,1 ; $je^2 = 96,8\%$; $\tau^2 = 0,01$) chez toutes les femmes immigrantes. Les principaux facteurs de risque de dépression périnatale chez les femmes immigrantes étaient l'immigration récente (au cours de la dernière année), un faible soutien social et une mauvaise relation conjugale.
- Dans leur revue systématique bien menée de 2022, Zacher Kjeldsen et coll.¹⁰⁰ ont étudié l'association entre des antécédents familiaux de troubles psychiatriques et le risque de dépression du post-partum dans les 12 mois suivant l'accouchement. Ils ont inclus 26 études observationnelles (24 études de cohorte et 2 études cas-témoins) avec des données de 100 887 femmes. La méta-analyse montre un RC accru pour développer une dépression du post-partum chez les mamans ayant des antécédents familiaux de troubles psychiatriques (RC 2,08 ; IC à 95 % 1,67-2,59 ; $I^2 = 57,14\%$), correspondant à un risque relatif de 1,79 (IC à 95 % 1,52-2,09). C'est presque deux fois plus que chez les femmes sans antécédents psychiatriques familiaux. La prévalence moyenne de la dépression du post-partum dans la population générale est estimée à 15 %.
- La méta-analyse bien menée de Qiu et coll.¹⁰¹ de 2020 a étudié l'association entre une grossesse non planifiée et le risque de dépression du post-partum dans les 12

⁹⁹ Stevenson K, Fellmeth G, Edwards S, et al. The global burden of perinatal common mental health disorders and substance use among migrant women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2023;8(3):e203-e216.

¹⁰⁰ Zacher Kjeldsen MM, Bricca A, Liu X, et al. Family history of psychiatric disorders as a risk factor for maternal postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2022;79(10):1004-1013.

¹⁰¹ Qiu X, Zhang S, Sun X, Li H, Wang D. Unintended pregnancy and postpartum depression: A meta-analysis of cohort and case-control studies. *J Psychosom Res* 2020;138:110259.

mois suivant l'accouchement. Les auteurs ont inclus 30 études observationnelles avec des données de 65 454 femmes. La méta-analyse a montré un RC accru pour développer une dépression du post-partum lorsque les mamans avaient une grossesse non planifiée (RC 1,53 ; IC à 95 % 1,35-1,74 ; $p < 0,00001$) par rapport aux femmes qui avaient planifié leur grossesse. Les résultats montrent la nécessité de dépister les intentions de grossesse et d'intégrer la planification familiale comme priorité aux soins primaires pour assurer la santé mentale de la maman.

- Une revue systématique de Biaggi et coll.¹⁰² de 2016 d'études avec des preuves de qualité modérée a examiné les principaux facteurs de risque (psychosociaux, obstétricaux et environnementaux) du développement de l'anxiété et de la dépression en période prénatale. Les auteurs ont sélectionné 97 études et ont trouvé des facteurs de risque psychosociaux, environnementaux, obstétriques et des facteurs de risque liés à la grossesse pertinents à la fois pour l'anxiété et la dépression. Les principaux facteurs de risque étaient : le manque de partenaire ou de soutien social (29 vs 0) ; antécédents de maltraitance (abus) ou de violence domestique (29 vs. 0); antécédents personnels de maladie mentale (23 vs. 0); grossesse non planifiée ou non désirée (22 vs. 2); adversité dans la vie et stress intense (21 vs. 0); complications d'une grossesse antérieure ou actuelle ou fausse couche (17 vs. 4); faible niveau de scolarité (17 vs. 9); faible revenu (15 vs. 3) ; célibataires (14 vs. 5); tabagisme (actuel ou passé) (11 vs. 1); attitude négative/faible estime de soi ou faible confiance en soi (10 vs. 0); relation problématique avec le/la partenaire ou insatisfaction vis-à-vis de la relation (7 vs. 0); maltraitance dans l'enfance (8 vs. 0). Des résultats incohérents ont été trouvés pour le chômage (11 vs. 6); ethnie (7 vs. 4); jeune âge ou âge plus avancé (resp. 13 vs. 10 et 10 vs. 10); multiparité (5 vs. 10), nulliparité et primiparité (3 vs. 10); multigravité (2 vs. 2) et primigravité (1 vs. 2). Il n'y avait pas suffisamment de preuves pour tirer une conclusion sur la consommation d'alcool (2 vs. 0), consommation de substances (2 vs. 0), antécédents familiaux de problèmes mentaux (2 vs. 0), style parental (3 vs. 0), mode d'accouchement (2 vs. 1), chômage du partenaire (4 vs. 0)
- La revue systématique avec méta-analyse d'Anderson et coll. de 2017 a examiné la prévalence et le risque de troubles mentaux pendant la période périnatale chez les femmes immigrantes¹⁰³. Les auteurs ont effectué des recherches dans 6 bases de données et ont inclus 53 études. En raison de l'hétérogénéité, les études ont été regroupées par pays dans lequel elles ont été menées. Les études canadiennes ont montré un risque accru de symptômes prénatals (RC : 1,86 ; IC à 95 % 1,32-2,62)

¹⁰² Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord* 2016;191:62-77.

¹⁰³ Anderson FM, Hatch SL, Comacchio C, Howard LM. Prevalence and risk of mental disorders in the perinatal period among migrant women: a systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health* 2017;20(3):449-62.

et de la dépression du post-partum (RC : 1,98 ; IC à 95 % 1,57-2,49) chez les femmes immigrantes. Des études menées aux États-Unis ont révélé un risque réduit de symptômes de dépression prénatale (RC : 0,71 ; IC à 95 % 0,51-0,99) et d'autres études menées aux États-Unis et en Australie n'ont trouvé aucune association entre le statut d'immigrant et la dépression du post-partum. Les études ont montré que le manque de soutien social, l'appartenance à une minorité ethnique, un statut socio-économique inférieur, des problèmes de langue et un statut de réfugié ou de demandeur d'asile étaient des facteurs augmentant le risque de trouble mental périnatal.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de la recommandation :

- Évaluation globale des effets et de la certitude des preuves pour les critères de jugement critiques : la recommandation est basée sur 5 revues systématiques (dont 1 de qualité modérée et 4 de bonne qualité) et 4 revues systématiques et méta-analyses méthodologiquement bien menées avec un total de 1 488 études primaires. Les études primaires étant presque exclusivement de conception observationnelle, les preuves sont de faible certitude.
- Rapport bénéfices-risques : étant donné l'importance du bien-être mental de la maman, du nouveau-né, de toute la famille et, par extension, de la société, il est recommandé que le dépistage accorde une attention particulière aux groupes où la dépression post-partum est connue être plus prévalente, mais sans que ces groupes soient en eux-mêmes un facteur de risque de dépression post-partum. Cependant, il faut tenir compte du risque de tabou et/ou de stigmatisation de certains groupes. La vigilance permet de diagnostiquer et de prendre en charge plus rapidement la dépression du post-partum. Ceci est en faveur de la recommandation.
- Valeurs et préférences : en interrogeant la jeune maman, les prestataires de soins sont suffisamment en mesure d'identifier ces groupes. Les jeunes mamans peuvent être un peu moins réticentes vis-à-vis des prestataires de soins avec qui elles entretiennent une relation de confiance. Les questions sont les mêmes pour toutes les jeunes mamans, qu'elles appartiennent ou non à un groupe où la dépression post-partum est plus fréquente. En plus des questions, les prestataires de soins peuvent être plus vigilants chez les femmes qui (selon le dossier médical) appartiennent à un groupe où la dépression du post-partum survient plus souvent.
- Applicabilité : il s'agit d'une intervention qui demande certaines compétences. Une formation complémentaire est requise car il est probable que l'intervention ne soit pas suffisamment abordée dans la formation de base. En revanche, l'intervention ne nécessite aucun matériel ni ressources supplémentaires et est applicable en soins primaires en Belgique.

Conclusion : il existe de nombreuses preuves, mais de faible certitude, suggérant une association entre le risque de dépression du post-partum et les jeunes mamans qui appartiennent à un groupe présentant certaines caractéristiques, par rapport à celles qui n'appartiennent pas à ces groupes. Selon les études, ces femmes appartiennent aux groupes suivants : femmes ayant des antécédents (familiaux) de troubles psychiatriques, femmes qui sont confrontées à un événement stressant dans leur vie (voir *définitions*, page 16), femmes ayant une grossesse non désirée, femmes sans soutien social, femmes ayant un statut socio-économique inférieur, femmes appartenant à une minorité ethnique, femmes ayant des problèmes de langue et/ou ayant le statut de réfugié ou de demandeur d'asile, personnes LGBTQ2S et mamans adolescentes. Compte tenu de l'importance du bien-être mental, non seulement de la maman et du nouveau-né, mais aussi du reste du ménage et, par extension, de la société dans son ensemble, il est important de dépister la dépression du post-partum, en accordant une attention particulière aux femmes présentant une ou plusieurs caractéristiques pouvant être associées à un risque plus élevé de dépression du post-partum. Pendant leur grossesse, les femmes entretiennent souvent une relation particulière avec les professionnels de la santé. Elles sont habituellement entourées de (d'une équipe de) sage-femme(s) et peuvent facilement consulter leur médecin généraliste ou leur gynécologue. Ces prestataires de soins primaires sont donc idéalement placés pour connaître ces caractéristiques ou d'interroger leurs patientes à ce sujet.

Recommandation 5. Si vous suspectez la présence de troubles mentaux périnataux, tels qu'une dépression majeure ou un trouble anxieux (sur la base d'un dépistage par paliers ou de l'expertise clinique), renvoyez la jeune maman pour la pose d'un diagnostic et une prise en charge appropriée (**GPP**).

Ce GPP est basé sur le guide du NICE « Postnatal care » de 2021¹⁰⁴. Le GPP a été soumis à un panel d'experts et de parties prenantes lors d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au second tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Rapport bénéfices-risques : la suspicion d'une dépression majeure ou d'un trouble anxieux peut également être le résultat de l'expertise clinique des professionnels

¹⁰⁴ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

de la santé. Par conséquent, il n'est pas utile de renvoyer la patiente uniquement sur la base d'un score positif sur l'EDS.

- Valeurs et préférences : ne pas orienter la jeune maman vers une aide appropriée (pour le diagnostic et le traitement) en cas de suspicion d'une dépression majeure ou d'un trouble anxieux après avoir administré l'EDS ou par sa propre expertise, a un impact négatif sur la jeune maman puisqu'on discute de sa souffrance d'abord, pour ne rien entreprendre par la suite.
- Applicabilité : les prestataires de soins connaissent probablement des professionnels compétents au sein de leur réseau, mais ne disposent actuellement pas d'une vue d'ensemble de tous les professionnels compétents. Pour que cette recommandation soit facilement applicable en soins primaires en Belgique, il est nécessaire d'avoir une vue d'ensemble des structures locales et des professionnels ayant une expertise en matière de santé mentale périnatale.

Conclusion : ce GPP est basé sur l'opinion d'experts du guide du NICE et des experts impliqués dans l'élaboration de ce guide. Si une dépression majeure ou un trouble anxieux est suspecté, il est du devoir déontologique du prestataire de soins d'orienter la jeune maman pour une aide appropriée. La suspicion peut être basée sur un score EDS anormal ou sur le jugement clinique du prestataire de soins de santé basé sur son expertise. Ce GPP a été élaboré en concertation avec les experts et a été validé lors de la procédure Delphi.

Recommandation 6. Soyez attentif aux signes de violence domestique et, si nécessaire, proposez à la jeune maman une aide ou une orientation appropriée (GPP).

Ce GPP est basé sur le guide du NICE de 2021 « Postnatal care »¹⁰⁵ et se base sur un consensus et l'opinion d'experts. Le GPP a été soumis à un panel d'experts et de parties prenantes lors d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au second tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Rapport bénéfices-risques : les prestataires de soins impliqués entretiennent souvent une relation de confiance avec la jeune maman, aussi bien pendant la grossesse que pendant la période post-partum ; plusieurs prestataires de soins se rendent également au domicile de la jeune maman. Ils sont donc bien placés pour évaluer le risque de violence intrafamiliale (en interrogeant la patiente) et être attentifs aux signes de violence intrafamiliale. Il est logique qu'en cas de suspicion

¹⁰⁵ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

de violence intrafamiliale, une aide ou une orientation appropriée soit proposée. La période de maternité est une période de vulnérabilité pour le ménage. Il est donc très important d'être conscient du risque de violence intrafamiliale.

- Valeurs et préférences : ne pas offrir une aide appropriée en cas de signes de violence intrafamiliale est déontologiquement irresponsable. Il n'est pas évident pour la jeune maman d'accepter de l'aide ou d'être orientée (par honte ou à cause des tensions familiales). Les prestataires de soins de santé doivent en tenir compte. Il est important que la jeune maman reste aussi autonome que possible et puisse décider comment résoudre le problème.
- Applicabilité : cette recommandation est applicable en soins primaires en Belgique.

Conclusion : ce GPP est basé sur l'opinion d'experts du guide du NICE et des experts impliqués dans l'élaboration de ce guide. La grossesse et le post-partum sont des moments vulnérables pour le ménage. Les prestataires de soins doivent donc toujours être attentifs aux signes de violence intrafamiliale. Pendant la période du post-partum, certains prestataires de soins rendent visite au domicile de la jeune maman ou ont un contact plus étroit avec elle. Ceux-ci sont donc très bien placés pour évaluer le risque de violence intrafamiliale (en interrogeant la jeune maman) et être attentif aux signes. En cas de suspicion de violence intrafamiliale, le prestataire de soins discutera avec la jeune maman (et idéalement le/la partenaire) de la manière dont la situation peut être gérée et des instances auxquelles ils peuvent s'adresser. Ce GPP a été élaboré en concertation avec les experts et a été validé lors de la procédure Delphi.

Question clinique 4 : Quels soins sont nécessaires pour assurer la santé sexuelle de la maman (y compris la contraception/la planification familiale) pendant la période post-partum¹⁰⁶?

1. Santé sexuelle

Recommandations

1. Informer la jeune maman et son partenaire qu'un rétablissement physique (du col de l'utérus, de l'arrêt des lochies, d'une éventuelle déchirure ou épisiotomie) est nécessaire avant de reprendre les rapports sexuels avec pénétration. Ce rétablissement a généralement lieu au bout de 6-8 semaines, mais cela peut varier (**GPP**). Outre le rétablissement physique, il est tout aussi important que le couple soit mentalement ou relationnellement prêt à reprendre les rapports sexuels avec pénétration.
2. Informez la maman et son partenaire que la fonction sexuelle dans le post-partum est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux pouvant entraîner une diminution du désir sexuel, une dyspareunie et une insatisfaction sexuelle ; informez-les des solutions possibles (**GRADE 1C**). Les principaux facteurs sont les suivants :
 - Facteurs biologiques chez la femme :
 - Traumatisme périnéal (rupture, épisiotomie, incontinence, faiblesse des muscles du plancher pelvien...) ;
 - Allaitement (sécheresse vaginale, sensibilité accrue des mamelons, fuite de lait).
 - Facteurs psychologiques chez la femme et son partenaire :
 - Dépression postpartum;
 - Anxiété (peur de réveiller ou de ne pas entendre le bébé, de dyspareunie, d'une grossesse non planifiée) ;
 - Image de soi négative due à un corps qui a changé suite à la grossesse ;
 - Fatigue ;
 - Relation interpersonnelle entre les partenaires (désir associé, entre autres, au sentiment d'intimité et à l'expérience d'un soutien pratique et émotionnel).

¹⁰⁶ Bien que cette question clinique se concentre sur la période post-partum, le suivi de la santé sexuelle de la jeune maman (et de son partenaire) s'inscrit dans le cadre plus large de la période périnatale. Voir définitions à la page 8.

- Facteurs sociaux chez la femme et son partenaire :
 - Changement de rôle et adaptations à la parentalité ;
 - Responsabilité accrue ;
 - Hygiène de vie modifiée.
- 3. Informez la maman et son partenaire que la dyspareunie est fréquente dans le post-partum, quel que soit le mode d'accouchement, mais qu'elle diminue avec le temps (**GRADE 1B**).
- 4. Abordez le thème de la sexualité et orientez la jeune maman vers une aide spécialisée en cas de problèmes (**GPP**).

Explications

La sexualité est au cœur de la vie de chaque être humain ; la satisfaction sexuelle est associée à la qualité de vie ¹⁰⁷. La sexualité est un thème multidimensionnel déterminé par différents aspects. La vie sexuelle de la jeune maman et de son/sa partenaire est influencée, entre autres, par ¹⁰⁸ :

- le contexte :
 - le désir de grossesse ;
 - la grossesse ;
 - l'accouchement ;
 - la période post-partum ;
 - la vie de famille ;
- changements physiques chez la jeune maman :
 - traumatisme périnéal.
- changements hormonaux (également chez le/la partenaire) :
 - sécheresse vaginale due à l'allaitement ;
 - diminution du désir sexuel.
- changements psychologiques :
 - une faible estime de soi ;

¹⁰⁷ Branecka-Woźniak D, Wójcik A, Błażejewska-Jaśkowiak J, Kurzawa R. Sexual and life satisfaction of pregnant women. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(16).

¹⁰⁸

- Grussu P, Vicini B, Quatraro RM. Sexuality in the perinatal period: a systematic review of reviews and recommendations for practice. *Sex Reprod Healthc* 2021;30:100668.
- Hajimirzaie SS, Tehranian N, Razavinia F, et al. Evaluation of couple's sexual function after childbirth with the biopsychosocial model: a systematic review of systematic reviews and meta-analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2021;26(6):469-78.
- Serrano Drozdowskyj E, Gimeno Castro E, Trigo López E, et al. Factors influencing couples' sexuality in the puerperium: a systematic review. *Sex Med Rev* 2020;8(1):38-47.

- perte du sens de l'individualité en raison de la présence du bébé ;
- la transition vers la parentalité avec un nouveau rôle de maman/père/coparent ;
- influences socioculturelles : soutien social, attentes culturelles par rapport au rôle (femme/maman et homme/partenaire/père).
- changements dans la relation et le mode de vie dus aux soins du bébé et la recherche d'un nouvel équilibre dans le ménage.

Malheureusement, le thème de la sexualité connaît encore de nombreux tabous, aussi bien chez les professionnels de la santé que chez la femme (jeune maman) et son/sa partenaire. La recherche internationale suggère qu'il est nécessaire de renforcer les connaissances, les compétences et l'auto-efficacité des prestataires de soins de santé sur cette question ¹⁰⁹. Bien que ce guide se concentre sur la période post-partum (jusqu'à 8 semaines après l'accouchement), le thème de la sexualité devrait être abordé tout au long de la période prénatale (grossesse) et de la période postnatale jusqu'à 1 an après l'accouchement. Lorsqu'il aborde le sujet de la sexualité, le prestataire de soins de santé doit tenir compte, dans la mesure du possible, des sensibilités éventuelles de la jeune maman. Ces sensibilités peuvent provenir d'expériences antérieures de la jeune maman, de différences culturelles, de croyances religieuses,... Pour les outils permettant d'aborder la question de la sexualité, nous renvoyons le lecteur aux pages Internet suivantes : [Sexualité et santé - SSMG](#) et [Evras, éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle](#)

Cependant, les études sur la sexualité sont peu nombreuses et se concentrent principalement sur les troubles sexuels et rarement sur la fonction sexuelle au sens large. Il existe un besoin de mener des études sur la sexualité en général et plus spécifiquement dans la période périnatale. Il est frappant de constater que le peu de littérature se concentre sur les aspects somatiques tels que la douleur, les problèmes/dysfonctionnements sexuels..., et non sur d'autres aspects importants tels que le bien-être sexuel, l'intimité et les relations.

109

- Darooneh T, Ozgoli G, Keshavarz Z, Nasiri M. Educational programs and counseling models for improving postpartum sexual health: a narrative review. *Sexual and Relationship Therapy* 2022;1-17.
- Geuens S, Vermeulen J. From midwifery competencies on sexual wellbeing to teaching and training midwives on sexuality. In: Geuens S, Polona Mivšek A, Gianotten WL, editors. *Midwifery and sexuality*. Cham: Springer International Publishing; 2023: p. 325-34.
- McCann E, Brown M, Hollins-Martin C, et al. The views and experiences of LGBTQ+ people regarding midwifery care: A systematic review of the international evidence. *Midwifery* 2021;103:103102.

Changements physiques

RECUPERATION PHYSIQUE AVANT DE REPREDRE LES RAPPORTS SEXUELS AVEC PENETRATION

Les relations sexuelles avec pénétration ne peuvent être reprises que 6 à 8 semaines après l'accouchement. Cette période est nécessaire pour que le corps de la femme puisse récupérer. Après l'accouchement, le col de l'utérus doit se fermer complètement ; il peut y avoir une déchirure vaginale/rectale et/ou une épisiotomie. Les rapports sexuels avec pénétration avant cette période comportent un risque d'infection et de complications au niveau de la cicatrisation des plaies.

Le fait que les rapports sexuels avec pénétration soient physiquement possibles n'implique pas que les couples s'y sentent déjà prêts. En moyenne, les couples reprennent les rapports sexuels avec pénétration 6 mois après l'accouchement. Seulement 1 an après l'accouchement, la fréquence des rapports sexuels est généralement au même niveau qu'avant la grossesse ¹¹⁰. En revanche, 11 % des couples n'ont pas encore eu de rapports sexuels avec pénétration un an après l'accouchement. Il va sans dire que chaque couple a son propre rythme.

DYSFONCTION SEXUELLE

La dysfonction sexuelle est fréquente et diminue avec le temps ; 83% des couples souffrent de dysfonction sexuelle 2 mois après l'accouchement et 64% 6 mois après l'accouchement ¹¹¹.

Différentes causes sont possibles :

- Causes somatiques :
 - problèmes au niveau du système nerveux, par exemple dyspareunie
 - sécheresse vaginale.
- Causes mentales :
 - dépression ou plaintes dépressives ;
 - problèmes relationnels ;
 - anxiété.

Informar les couples sur les éventuels facteurs de risque leur permet de se préparer aux éventuels problèmes sexuels dans la période post-partum et peut avoir un effet préventif ¹¹².

¹¹⁰ Jawed-Wessel S, Sevic E. The impact of pregnancy and childbirth on sexual behaviors: a systematic review. *J Sex Res* 2017;54(4-5):411-23.

¹¹¹ Cattani L, De Maeyer L, Verbakel JY, et al. Predictors for sexual dysfunction in the first year postpartum: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2022;129(7):1017-1028.

¹¹² Cattani L, De Maeyer L, Verbakel JY, et al. Predictors for sexual dysfunction in the first year postpartum: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2022;129(7):1017-1028.

Le mode d'accouchement (vaginal, instrumenté ou par césarienne) ne détermine pas la satisfaction sexuelle en période post-partum ; la dysfonction sexuelle et la dyspareunie peuvent survenir avec n'importe quel mode d'accouchement ¹¹³. Outre les traumatismes périnéaux, il existe également un risque plus élevé de dyspareunie et de diminution de la fonction sexuelle ou de l'intimité sexuelle (moins de baisers, caresses, câlins, sexe oral, etc.) après un accouchement qui a été perçu comme négatif ou traumatisant.

DYSPAREUNIES

La dyspareunie est une cause majeure de dysfonctionnement sexuel et est fréquente dans la période post-partum. Les études montrent que la dyspareunie survient chez 42 % des jeunes mamans 2 mois après l'accouchement, chez 43 % entre 2 à 6 mois après l'accouchement et 22 % entre 6 à 12 mois après l'accouchement ; pour certaines, cela peut parfois prendre encore plus de temps ¹¹⁴.

La dyspareunie a des causes somatiques et psychologiques. Un traumatisme périnéal grave dû à une épisiotomie, une déchirure (3^e et 4^e degré) et les traumatismes du sphincter anal augmentent le risque de dyspareunie, tout comme les traumatismes physiques et psychologiques de l'accouchement tels que l'accouchement instrumenté (utilisation de ventouse et/ou de forceps) ¹¹⁵.

113

- Marvi N, Heidarian Miri H, et al. The association of mode of delivery and dyspareunia: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol* 2022;42(3):361-9.
- Fan D, Li S, Wang W, Tian G, et al. Sexual dysfunction and mode of delivery in Chinese primiparous women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17(1):408.
- Spaich S, Link G, Alvarez SO, et al. Influence of peripartum expectations, mode of delivery, and perineal injury on women's postpartum sexuality. *J Sex Med* 2020;17(7):1312-25.
- Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *Int Urogynecol J* 2014;25(1):5-14.

¹¹⁴ Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, et al. Prevalence of postpartum dyspareunia: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet* 2021;153(1):14-24.

115

- Andreucci CB, Bussadori JC, Pacagnella RC, et al. Sexual life and dysfunction after maternal morbidity: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;15:307.
- Cattani L, De Maeyer L, Verbakel JY, et al. Predictors for sexual dysfunction in the first year postpartum: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2022;129(7):1017-1028.
- Crookall R, Fowler G, Wood C, Slade P. A systematic mixed studies review of women's experiences of perineal trauma sustained during childbirth. *J Adv Nurs* 2018. doi: 10.1111/jan.13724. Epub ahead of print. PMID: 29791012.
- Manresa M, Pereda A, Bataller E, et al. Incidence of perineal pain and dyspareunia following spontaneous vaginal birth: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2019;30(6):853-68.

Les études montrent que l'entraînement des muscles du plancher pelvien peut avoir un effet favorable sur la dysfonction sexuelle pendant la période post-partum ¹¹⁶. La femme peut être adressée à un kinésithérapeute.

Après la guérison de l'épisiotomie ou de la déchirure, une cicatrice peut subsister. La paroi vaginale est alors moins élastique et peut être douloureuse lors des rapports sexuels. Suffisamment d'excitation et de préliminaires sexuels avant la pénétration sont essentiels pour ne pas se retrouver dans un cercle de douleur. Le massage du tissu cicatriciel (interne et externe) est important pour rendre la cicatrice plus souple et peut aider à soulager les douleurs à la pénétration.

Changements hormonaux (à cause de l'allaitement)

Pendant l'allaitement, le corps produit de la prolactine et de l'ocytocine. La prolactine stimule les glandes mammaires et supprime la production d'hormones ovariennes, réduisant temporairement la fertilité de la femme. En raison de la production réduite d'hormones par les ovaires, les taux d'œstrogènes et de testostérone dans le sang chutent. La testostérone est en partie responsable de la libido et du désir chez les femmes et les hommes.

L'œstrogène est important dans la lubrification et l'élasticité de la vulve et du vagin. La baisse du taux d'œstrogènes provoque une sécheresse vaginale ¹¹⁷. L'utilisation d'un lubrifiant peut être utile ¹¹⁸. Un lubrifiant à base d'eau peut être combiné avec un préservatif, contrairement à un lubrifiant à base d'huile. Ce dernier est par contre mieux en cas de cicatrice après une épisiotomie par exemple. Pour éviter l'installation d'un cercle vicieux de douleur, il est important, en plus d'un lubrifiant, d'initier un cycle de réponse sexuelle et une interaction émotionnelle et sexuelle. Le cycle de réponse

¹¹⁶

- Ferreira CH, Dwyer PL, Davidson M, et al. Does pelvic floor muscle training improve female sexual function? A systematic review. *Int Urogynecol J* 2015;26(12):1735-50.
- Hadizadeh-Talasaz Z, Sadeghi R, Khadivzadeh T. Effect of pelvic floor muscle training on postpartum sexual function and quality of life: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2019;58(6):737-47.
- Sobhgol SS, Priddis H, Smith CA, Dahlen HG. The effect of pelvic floor muscle exercise on female sexual function during pregnancy and postpartum: a systematic review. *Sex Med Rev* 2019;7(1):13-28.
- Wu YM, McInnes N, Leong Y. Pelvic floor muscle training versus watchful waiting and pelvic floor disorders in postpartum women: a systematic review and meta-analysis. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2018;24(2):142-9.

¹¹⁷ Alnuaimi K, Obeisat S, Almalik M, et al. A phenomenological study of Jordanian women's experience of sexual intercourse after giving birth. *Midwifery* 2020;88:102761.

¹¹⁸ Bucher MK, Spatz DL. Ten-year systematic review of sexuality and breastfeeding in medicine, psychology, and gender studies. *Nurs Womens Health* 2019;23(6):494-507.

sexuelle comprend le désir/l'excitation, le plateau, l'orgasme et la résolution. Le sexe comprend non seulement la pénétration, mais aussi les câlins, les caresses, les baisers, l'exploration des zones érogènes, la pénétration avec le(s) (bout des) doigt(s), la masturbation, le sexe oral.... Bien que la distinction soit généralement faite entre les préliminaires et la pénétration, les rapports sexuels peuvent avoir lieu sans pénétration. Il faut beaucoup de temps pour reconstruire l'interaction sexuelle. Le corps de la femme a besoin de plus de 6 semaines pour se remettre de l'accouchement. Les rapports sexuels avec pénétration ne reprennent généralement qu'après 6 semaines et ne sont pas (immédiatement) du même ordre qu'avant la grossesse.

Durant l'allaitement, le corps libère de l'ocytocine qui active le réflexe d'éjection et provoque la contraction de l'utérus. Pendant les rapports sexuels, l'ocytocine est également libérée, ce qui joue un rôle important dans la sensualité et l'atteinte de l'orgasme. L'ocytocine peut également activer le réflexe d'éjection pendant les rapports sexuels, provoquant une fuite de lait des seins. L'ocytocine ayant des fonctions différentes et provoquant des sentiments différents pendant l'alimentation et les rapports sexuels, la femme peut vivre cela comme déroutant ¹¹⁹. Il n'est pas facile de concilier les sentiments sexuels avec un bébé, que ce soit au niveau des seins qu'en arrière-plan ou encore jouant dans la tête de la femme quand il y a une interaction sexuelle entre les partenaires.

Il est évident que tous ces changements hormonaux peuvent rendre plus difficile l'atteinte d'un orgasme ¹²⁰. En outre, les seins sensibles, les seins qui sont plus gros en raison de la production de lait, les seins qui fuient et la stimulation excessive par un contact physique intensif avec le bébé peuvent également influencer l'expérience sexuelle de la femme.

Dans notre culture, les seins jouent également un rôle important dans la sexualité et l'excitation. Après l'accouchement, les seins assument une autre fonction, celle de nourrir le bébé. Cela peut être déroutant pour la femme et son/sa partenaire. Il est important que les couples parlent de ces sentiments et de cette nouvelle "fonction des seins". Les prestataires de soins ont également un rôle important dans la discussion de tous ces aspects et doivent être en mesure de proposer des solutions ¹²¹.

¹¹⁶ Serrano Drozdowskyj E, Gimeno Castro E, Trigo López E, et al. Factors influencing couples' sexuality in the puerperium: a systematic review. *Sex Med Rev* 2020;8(1):38-47.

¹²⁰

- Grussu P, Vicini B, Quatraro RM. Sexuality in the perinatal period: a systematic review of reviews and recommendations for practice. *Sex Reprod Healthc* 2021;30:100668.
- Serrano Drozdowskyj E, Gimeno Castro E, Trigo López E, et al. Factors influencing couples' sexuality in the puerperium: a systematic review. *Sex Med Rev* 2020;8(1):38-47.

¹²¹ Bucher MK, Spatz DL. Ten-year systematic review of sexuality and breastfeeding in medicine, psychology, and gender studies. *Nurs Womens Health* 2019;23(6):494-507.

Changements psychologiques et relationnels

L'arrivée d'un bébé entraîne un changement dans le ménage et demande un nouvel équilibre, même si ce n'est pas la première fois. Un bébé a besoin de soins constants, ce qui est fatigant et peut entraîner une privation de sommeil. La transition vers la parentalité est une quête à la fois pour la maman et son conjoint. D'autres facteurs peuvent également jouer un rôle, comme les soins pour d'autres enfants, le baby-blues, l'incertitude, le retour au travail (pour le conjoint et plus tard pour la jeune maman), les attentes de la famille et de la société du fonctionnement du ménage... La combinaison peut être assez intense pour les jeunes parents et avoir un impact négatif sur le bien-être sexuel.

La jeune maman et son/sa partenaire peuvent éprouver des sentiments différents :

- la jeune maman peut ne pas être sûre de son corps changé (par exemple affaissement des seins, relâchement du ventre, prise de poids...) et se trouver peu attirante.
- le/la partenaire peut développer un grand sens des responsabilités envers la femme et le bébé, éprouver une certaine jalousie envers le bébé qui demande beaucoup d'attention, avoir des attentes quant à la reprise des rapports sexuels avec pénétration...

Si les couples ne parlent pas de ces sentiments, cela peut entraîner des difficultés dans la relation (sexuelle). Une communication de qualité peut renforcer les liens émotionnels du couple et a un effet préventif sur les problèmes sexuels à long terme. Une base relationnelle solide est importante pour la confiance lors de l'expérience sexuelle, tout comme l'attention pour l'intimité, la (ré)exploration du corps de l'autre et la construction des actes sexuels. Il est important que les couples sachent que cela demande du temps et de l'attention des deux côtés.

Rôle du professionnel de la santé

Les prestataires de soins doivent reconnaître l'importance de la sexualité et informer les couples (femme ainsi que son/sa partenaire) des conséquences possibles de l'accouchement, des changements hormonaux, de l'impact de l'allaitement sur la sexualité, de l'impact d'un bébé sur la relation, des sentiments possibles qui influencent le bien-être sexuel et ce que les couples peuvent faire eux-mêmes pour y faire face¹²². Lorsqu'un couple s'inquiète de son bien-être sexuel, il doit pouvoir s'adresser à un professionnel de la santé, même si ce n'est pas un sujet facile.

¹²²

- Bucher MK, Spatz DL. Ten-year systematic review of sexuality and breastfeeding in medicine, psychology, and gender studies. *Nurs Womens Health* 2019;23(6):494-507.
- Rosenbaum TY, Padoa A. Managing pregnancy and delivery in women with sexual pain disorders. *J Sex Med* 2012;9(7):1726-35; quiz 36.

Les professionnels de la santé doivent être conscients que la douleur périnéale persistante peut entraîner des problèmes psychosexuels et des tensions autour de la sexualité. Outre l'accompagnement en cas de troubles sexuels au sens strict, les prestataires de soins primaires jouent également un rôle important au niveau de l'insatisfaction sexuelle.

L'insatisfaction sexuelle trouve aussi son origine dans le « décalage » des besoins du couple, notamment le moment où un des deux a envie d'avoir des rapports sexuels, envie de certains actes intimes ou sexuels... Cette envie est rarement identique pour les 2 partenaires. Ce décalage peut s'exacerber lors d'un moment de transition majeur comme la période périnatale. Il est tout à fait normal que les couples éprouvent des difficultés à cet égard et aient le besoin d'être informés, rassurés, conseillés et/ou accompagnés.

Malgré la baisse du désir sexuel/de la libido des femmes en période post-partum et le fait que la plupart des femmes ont moins envie de rapports sexuels avec pénétration, en particulier au cours des premières semaines, le besoin d'intimité et de connexion (sexuelles)(câlins, baisers, position des cuillères, contact peau à peau, caresses,...) n'en est pas moindre. Les partenaires/hommes commencent souvent à rechercher cette connexion émotionnelle à travers la sexualité (pénétration sexuelle) et expriment souvent leur amour pour leur partenaire à travers le sexe. La femme peut ne pas avoir envie d'avoir des rapports sexuels avec pénétration pour de nombreuses raisons (diminution du désir physiologique, focus sur le bébé, fatigue, sentiment d'absence de connexion émotionnelle) qui peuvent faire que le/la partenaire se sente rejeté et fasse preuve d'un désengagement émotionnel. Cela augmente le risque d'inadéquation.

Pour aborder le thème de la sexualité, les médecins peuvent utiliser le modèle PLISSIT.

En cas de problème, la jeune maman doit être orientée vers une aide spécialisée (gynécologue, sexologue). Pour l'entraînement des muscles du plancher pelvien, ayant un effet favorable sur la fonction sexuelle dans la période post-partum, la femme peut être adressée à un.e kinésithérapeute. Cependant, l'offre de soins pour la femme et son/sa partenaire ne doit pas se limiter à cela.

Des informations pour professionnels de la santé et patients sont disponibles sur :

- <https://enviedamour.aviq.be/ressources>
- <https://www.aviq.be/fr/sensibilisation-et-promotion/operateurs-de-promotion-de-la-sante/centres-locaux-de-promotion-de-la-sante>
- [Love Attitude: Centres de planning familial agréés en Wallonie et à Bruxelles](#)
- <https://www.handicaps-sexualites.be/>
- <https://www.aditiwb.be/qui-sommes-nous/>
- <https://www.sofelia.be/qui-sommes-nous/>
- <https://fcppf.be/>

- <https://fcpc.be/>
- <https://www.planningfamilial.net/qui-sommes-nous/presentation/>
- [La Leche League Belgique](#)

Brochures ONE :

- <https://www.one.be/public/brochures/brochuredetail/brochure/un-bebe-et-apres/>
- <https://www.one.be/public/brochures/brochuredetail/brochure/la-contraception-apres-la-naissance-dun-bebe/>

Argumentaire

Recommandation 1. Informez la jeune maman et son/sa partenaire qu'un rétablissement physique (du col de l'utérus, de l'arrêt des lochies, d'une éventuelle déchirure ou épisiotomie) est nécessaire avant de reprendre les rapports sexuels avec pénétration. Ce rétablissement a généralement lieu au bout de 6-8 semaines, mais cela peut varier (**GPP**). Outre le rétablissement physique, il est tout aussi important que le couple soit mentalement ou relationnellement prêt à reprendre les rapports sexuels avec pénétration.

Ce GPP est basé sur le guide du NICE 'Postnatal care' de 2021¹²³ et se fonde sur un consensus et l'avis d'experts. Ce GPP a été soumis dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi à un panel d'experts et de parties prenantes et a été validée au second tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de ce GPP :

- Rapport bénéfices-risques: le rapport est en faveur du GPP, car il est important pour la jeune maman et son/sa partenaire de savoir quand ils peuvent reprendre en toute sécurité les rapports sexuels avec pénétration. Il reste important de préciser que la reprise des rapports sexuels avec pénétration nécessite non seulement une récupération physique, mais aussi que la jeune maman et son/sa partenaire doivent s'y sentir psychologiquement prêts tous les deux.
- Valeurs et préférences : il peut reposer un tabou sur la sexualité tant chez les professionnels que chez les patients. C'est précisément pour cette raison qu'il est important de fournir des informations claires sur la reprise des rapports sexuels avec pénétration, afin que cela se passe en toute sécurité.

¹²³ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

- Applicabilité : ce GPP s'applique aux soins primaires en Belgique.

Conclusion: les parties prenantes (patients et prestataires de soins) trouvent nécessaire de fournir des informations claires sur la reprise des rapports sexuels avec pénétration. Par conséquent, nous abordons le moment où les rapports sexuels avec pénétration peuvent physiquement être reprises, c'est-à-dire après la guérison du col de l'utérus, de la déchirure ou de l'épisiotomie, et lorsque les lochies ont cessé. La période de rétablissement dure généralement de 6 à 8 semaines, mais peut varier. Il est important de souligner que le rétablissement n'est pas uniquement physique, mais que les deux partenaires doivent également s'y sentir prêts psychologiquement. Ce GPP est le résultat d'une discussion entre experts et a été approuvé au cours d'une procédure de consensus Delphi.

Recommandation 2. Informez la maman et son partenaire que la fonction sexuelle dans le post-partum est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux pouvant entraîner une diminution du désir sexuel, une dyspareunie et une insatisfaction sexuelle ; informez-les des solutions possibles (**GRADE 1C**). Les principaux facteurs sont les suivants :

- Facteurs biologiques chez la femme :
 - Traumatisme périnéal (rupture, épisiotomie, incontinence, faiblesse des muscles du plancher pelvien...)
 - Allaitement (sécheresse vaginale, sensibilité accrue des mamelons, fuite de lait).
- Facteurs psychologiques chez la femme et son partenaire :
 - Dépression postpartum;
 - Anxiété (peur de réveiller ou de ne pas entendre le bébé, de dyspareunie, d'une grossesse non planifiée) ;
 - Image de soi négative due à un corps qui a changé suite à la grossesse ;
 - Fatigue (impact souvent > chez les femmes qui allaitent) ;
 - Relation interpersonnelle entre les partenaires (désir associé, entre autres, au sentiment d'intimité et à l'expérience d'un soutien pratique et émotionnel).
- Facteurs sociaux chez la femme et son partenaire :
 - Changement de rôle et adaptations à la parentalité ;
 - Responsabilité accrue ;
 - Hygiène de vie modifiée.

Cette recommandation provient du guide du NICE « Postnatal care » de 2021 ¹²⁴. Or, les experts et les parties prenantes impliqués au développement de ce guide ont jugé que cette recommandation ne répondait pas aux besoins de soins des patients ni à ce que les prestataires de soins jugeaient nécessaire. Par conséquent, une recherche documentaire complémentaire a été menée sur la sexualité dans la période post-partum, plus spécifiquement sur les facteurs influençant la sexualité dans le post-partum et la survenue de dyspareunie dans le post-partum. Cette recherche a permis d'identifier les preuves scientifiques suivantes :

- Dans leur revue systématique bien menée de 2021, Cattani et coll. ¹²⁵ ont étudié les facteurs de risque de dysfonctionnement sexuel dans la première année après l'accouchement. La revue a inclus des études comparatives utilisant des questionnaires validés et la terminologie ICS/IUGA pour dysfonction sexuelle, dyspareunie et sécheresse vaginale. La qualité et le risque de biais des études incluses ont été évalués à l'aide de l'échelle de Newcastle-Ottawa ; l'hétérogénéité des études a été évaluée à l'aide de l'I² de Higgins. Les résultats ont montré que la lésion du sphincter anal était associée à un risque accru de dysfonctionnement sexuel (RC 3 ; IC à 95 % 1,28-7,03) et de dyspareunie (RC 1,92 ; IC à 95 % 1,47-2,52). L'épisiotomie était associée à la dyspareunie (RC 1,64, IC à 95 % 1,25-2,14), mais pas à la dysfonction sexuelle (RC 1,90, IC à 95 % 0,94-3,84). Par rapport à l'accouchement vaginal, la césarienne a réduit le risque de dyspareunie (RC 0,68, IC à 95 % 0,54-0,86), mais pas le risque de dysfonction sexuelle (RC 1,14, IC à 95 % 0,89-0,86). 1,46). L'accouchement vaginal instrumenté augmentait le risque de dysfonctionnement sexuel (RC 1,70, IC à 95 % 1,05-2,76), mais aucune différence n'a été observée pour la dyspareunie (RC 1,82, IC à 95 % 0,88-3,75). Les auteurs concluent que le traumatisme périnéal, plutôt que le mode d'accouchement, augmente le risque de dysfonctionnement sexuel au cours de la première année suivant l'accouchement.
- La revue systématique bien menée de 2018 par Crookall et coll. ¹²⁶ a examiné des études qualitatives, quantitatives et à méthodes mixtes sur les expériences des femmes par rapport aux traumatismes périnéaux pendant l'accouchement et leur impact sur le bien-être émotionnel. Onze études qualitatives, 22 études quantitatives et 1 étude à méthodes mixtes ont été incluses dans la revue. Cinq thèmes ont été dégagés de la synthèse thématique des études :

¹²⁴ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

¹²⁵ Cattani L, De Maeyer L, Verbakel JY, et al. Predictors for sexual dysfunction in the first year postpartum: a systematic review and meta-analysis. BJOG 2022;129(7):1017-1028.

¹²⁶ Crookall R, Fowler G, Wood C, Slade P. A systematic mixed studies review of women's experiences of perineal trauma sustained during childbirth. J Adv Nurs 2018. doi: 10.1111/jan.13724. Epub ahead of print. PMID: 29791012.

- études qualitatives : (1) mystère du traumatisme périnéal ; (2) la misère de la suture périnéale ; (3) le périnée dans la période postnatale ; (4) la normalisation et sentiment de rejet ; (5) l'adaptation à une nouvelle normalité (gestion et compromis);
- études quantitatives : (1) expérience de l'accouchement (n=4) ; (2) fonction sexuelle (n=12) ; (3) fonctionnement social (n=2) ; (4) bien-être psychologique (n=8) et (5) qualité de vie (n=5).

Deux études qualitatives décrivent comment l'incontinence affecte le fonctionnement social et sexuel et que les problèmes sexuels après un traumatisme périnéal sont complexes et multifformes. Douze études quantitatives ont étudié l'impact d'un traumatisme périnéal sur la fonction sexuelle et ont utilisé différentes méthodes de mesure. Ceci explique probablement pourquoi les chercheurs ont parfois trouvé une association avec un dysfonctionnement sexuel et parfois non. L'impact du traumatisme périnéal est plus important au cours des premiers mois et disparaît chez la plupart des femmes avec le temps.

- La revue systématique bien menée de Grussu et coll. ¹²⁷ a inclus 11 études examinant le fonctionnement sexuel pendant la grossesse et après l'accouchement. Les résultats ont été divisés en 2 catégories : santé sexuelle pendant la grossesse et santé sexuelle dans la période post-partum. L'activité sexuelle a repris environ 6 à 8 semaines après l'accouchement, pour se rétablir complètement après 6 mois. En même temps, par rapport à avant la grossesse, une modification du fonctionnement sexuel a été observée durant les 3 premiers mois post-partum (plus de douleurs périnéales et de dyspareunie, moins de désir sexuel, diminution de l'excitation sexuelle, orgasmes moins intenses et plus courts), avec une amélioration progressive dans les six premiers mois post-partum. Le fonctionnement sexuel modifié est lié au mode d'accouchement (l'accouchement par voie vaginale provoque plus souvent un traumatisme périnéal et une dyspareunie), à l'allaitement et aux changements hormonaux (seins plus gros, sécheresse vaginale, désir sexuel réduit, allaitement exclusif ou non et la durée des tétées) et à la dépression du post-partum. Ainsi, les prestataires de soins devraient informer adéquatement les couples des fluctuations normales de l'activité sexuelle, de l'intérêt, du désir et de la réceptivité au cours de la grossesse et après l'accouchement. Le conseil conjoint est à préférer.
- La revue systématique des revues systématiques et des méta-analyses de Hajimirzaie et coll. de 2021 ¹²⁸, qui a été méthodologiquement bien menée, vise à développer un modèle biopsychosocial pour l'évaluation du fonctionnement

¹²⁷ Grussu P, Vicini B, Quatraro RM. Sexuality in the perinatal period: a systematic review of reviews and recommendations for practice. *Sex Reprod Healthc* 2021;30:100668.

¹²⁸ Hajimirzaie SS, Tehranian N, Razavinia F, et al. Evaluation of couple's sexual function after childbirth with the biopsychosocial model: a systematic review of systematic reviews and meta-analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2021;26(6):469-478.

sexuel des couples dans la période post-partum. Les auteurs ont inclus 9 revues systématiques publiées entre 2010 et 2019, dont 5 comprenaient une méta-analyse ou une méta-synthèse. Toutes les études ont examiné les facteurs biologiques, 5 études ont examiné les facteurs psychologiques et 5 études ont examiné les facteurs sociaux. En raison du type d'études et de la différence des méthodes de mesure utilisées, il n'a pas été possible de combiner les résultats. Les études incluses ont révélé que les facteurs suivants étaient associés à un dysfonctionnement sexuel dans le post-partum :

1. Les facteurs liés au fonctionnement sexuel de la femme dans le post-partum :

○ Facteurs biologiques :

- Mode d'accouchement/morbidité grave : 12 mois après l'accouchement, la dyspareunie était toujours présente indépendamment de la présence d'un traumatisme périnéal. Les accouchements vaginaux peuvent entraîner des traumatismes périnéaux (déchirures périnéales de grade III ou IV, troubles des muscles du plancher pelvien, atteinte (étirement ou parfois déchirure) du nerf pudendal, incontinence urinaire et/ou fécale). Un dysfonctionnement sexuel et une qualité de vie réduite en période post-partum ont été plus souvent observés avec un accouchement vaginal instrumenté (ventouse ou forceps). La césarienne ne s'est pas avérée être un facteur de protection contre la dysfonction sexuelle post-partum. Au contraire, les femmes ayant accouché par voie vaginale avaient des scores moyens plus élevés pour le désir, l'orgasme et la satisfaction sexuelle.
- Allaitement : les faibles niveaux d'œstrogènes, de progestérone et d'androgènes et des niveaux élevés de prolactine et d'ocytocine peuvent entraîner une diminution de la lubrification vaginale, une réduction de la congestion des vaisseaux sanguins, une sécheresse vaginale, une atrophie de l'épithélium vaginal, une sensibilité accrue des mamelons et des fuites de lait. En conséquence, le désir sexuel peut diminuer, avec une augmentation possible de la dyspareunie et de l'insatisfaction sexuelle.

○ Facteurs psychologiques :

- Dépression du post-partum : les changements psychologiques post-partum et la dépression peuvent jouer un rôle important dans la dysfonction sexuelle post-partum et diminuer la satisfaction sexuelle. De plus, les antidépresseurs en soi ont également un effet inhibiteur sur la libido.
- Fatigue : peut être causée par les soins du bébé, la production de lait et la privation de sommeil et a un impact sur la reprise des rapports

sexuels, le désir et les relations intimes (en particulier chez les femmes qui allaitent).

- Anxiété : l'anxiété face au nouveau rôle/changement de rôle de parent, la peur de réveiller le bébé ou de ne pas l'entendre, la peur de la dyspareunie lors de la reprise des rapports sexuels ont un impact sur la fonction sexuelle, le désir, les orgasmes et les relations intimes dans le post-partum. Un facteur de risque indépendant de la dysfonction sexuelle en période post-partum est la peur d'une nouvelle grossesse non planifiée.
- Image de soi : une image de soi négative après l'accouchement, associée à la prise de poids, aux changements des seins, aux vergetures et varices, à la privation de sommeil et au sentiment de ne pas être attrayante, a un impact sur la fonction sexuelle, le désir et les relations intimes dans le post-partum.
- Autres : la plupart des femmes continuent leurs activités sexuelles habituelles après l'accouchement. Les rapports sexuels douloureux et la dyspareunie avant l'accouchement sont associés à un retard dans la reprise des rapports sexuels, à une augmentation de la dyspareunie, à une diminution du désir et à une insatisfaction sexuelle pendant la puerpéralité. La durée de la relation, l'inactivité sexuelle au premier trimestre de la grossesse, le moment du premier rapport sexuel et la fréquence des rapports sexuels (coït) après l'accouchement peuvent impacter la fonction sexuelle dans le post-partum.
- Facteurs sociaux : les transitions vers de nouveaux rôles et les adaptations à la parentalité, les responsabilités accrues, les changements de mode de vie, les idées ethniques à l'égard de la sexualité et des relations sexuelles influencent le fonctionnement sexuel dans le post-partum.
- Relations interpersonnelles : le désir sexuel des femmes après l'accouchement était le plus fortement associé à leur perception de leur degré de proximité ou d'intimité avec leur partenaire et à leur perception du désir sexuel de leur partenaire. La quantité de soutien (en particulier émotionnel et pratique) et la discussion de l'anxiété et du stress peuvent jouer un rôle dans la santé sexuelle et augmenter le désir l'un pour l'autre.

2. Les facteurs liés au fonctionnement sexuel de l'homme dans le post-partum ¹²⁹ :

¹²⁹ Bien que le fonctionnement sexuel masculin en période périnatale soit une question importante, nous ne l'abordons pas en détail dans ce guide car l'accent est mis sur la période postnatale jusqu'à 8 semaines après l'accouchement. Vous trouverez plus d'informations sur le fonctionnement sexuel masculin dans l'ouvrage suivant : Geuens S, Mivsek AP, Gianotten WL. Midwifery and Sexuality. Springer: 2023. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-031-18432-1> (Open Access).

- Facteurs sociaux : les défis de la paternité et de l'adaptation aux changements de rôle, à l'augmentation des responsabilités et au statut socioculturel peuvent impacter le fonctionnement sexuel et la satisfaction des hommes pendant la période post-partum. Il n'y a pas d'association significative entre le mode d'accouchement et le dysfonctionnement sexuel du partenaire masculin dans le post-partum.
- Facteurs psychologiques :
 - vivre l'accouchement comme traumatisant peut avoir un impact important sur le fonctionnement sexuel ;
 - la crainte d'occasionner des douleurs à son/sa partenaire.
- Facteurs biologiques: modification du taux d'hormones (testostérone, prolactine et ocytocine).

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de la recommandation :

- Évaluation globale des effets et certitude des données probantes pour les critères de jugement critiques : faible certitude des données probantes, mais nombreuses et cohérentes ; il semble peu probable que de nouvelles preuves modifient les facteurs de risque de dysfonctionnement sexuel dans le post-partum. De nouvelles études peuvent révéler davantage de causes.
- Rapport bénéfices-risques : le fait d'informer la femme et son/sa partenaire le plus tôt possible sur les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui influencent la sexualité dans le post-partum permet au couple de savoir où ils en sont et ce qui est normal et ce qui ne l'est pas. Ces connaissances ont un effet préventif, et permettent de réduire les éventuels problèmes sexuels dus à des facteurs psychologiques (stress, anxiété...) et d'améliorer les attentes concernant la sexualité, la sexualité elle-même (avec fourniture de conseils nécessaires) et la qualité de vie. La recommandation présente des avantages évidents et aucun inconvénient.
- Valeurs et préférences : il peut y avoir un tabou sur la sexualité, tant chez les bénéficiaires de soins que chez le professionnel de la santé. Les facteurs mentionnés permettent au professionnel de la santé d'aborder le sujet. Les bénéficiaires de soins ont été informés sans avoir dû surmonter leurs réticences. Il s'agit d'informations générales qui ne sont pas susceptibles d'entrer en conflit avec les valeurs et les préférences des patients ou des prestataires de soins de santé.
- Applicabilité : applicable en soins primaires en Belgique.

Conclusion : il existe 4 revues systématiques récentes (2018-2022) méthodologiquement bien menées d'études observationnelles décrivant les facteurs de risque de dysfonction sexuelle post-partum. Ces facteurs peuvent être subdivisés

selon le modèle biopsychosocial, avec 1) les *facteurs biologiques* chez la femme (traumatisme périnéal dû par exemple à une déchirure, une épisiotomie, une incontinence et/ou un affaiblissement des muscles du plancher pelvien), 2) les *facteurs psychologiques* chez la femme et son/sa partenaire, comme la dépression du post-partum, l'anxiété (par exemple la peur de ne pas se réveiller ou ne pas entendre le bébé, la peur de la dyspareunie, d'une grossesse non planifiée...), une image de soi négative due au changement du corps après la grossesse, la fatigue (souvent plus prononcée chez les femmes qui allaitent) et la relation entre les partenaires (désir associé, entre autres, au sentiment d'intimité et au vécu d'un soutien pratique et émotionnel), 3) les *facteurs sociaux* chez la femme et son/sa partenaire tels que le changement de rôle, les adaptations à la parentalité, la responsabilité accrue et le mode de vie modifié. Cette approche permet d'avoir des attentes réalistes, une prise de conscience de la part de la jeune maman et de son/sa partenaire, et peut prévenir l'insatisfaction sexuelle. La recommandation a reçu un GRADE 1C.

Recommandation 3. Informez la maman et son/sa partenaire que la dyspareunie est fréquente dans le post-partum, quel que soit le mode d'accouchement, mais qu'elle diminue avec le temps (**GRADE 1B**).

La recommandation provient du guide du NICE « Postnatal care » de 2021¹³⁰. Or, les experts et les parties prenantes impliqués au développement de ce guide ont jugé que cette recommandation ne répondait pas aux besoins de soins des patients ni à ce que les prestataires de soins jugeaient nécessaire. Par conséquent, une recherche documentaire complémentaire a été menée sur la sexualité dans la période post-partum, plus spécifiquement sur les facteurs influençant la sexualité dans le post-partum et la survenue de dyspareunie dans le post-partum. Cette recherche a permis d'identifier les preuves scientifiques suivantes :

- La revue systématique bien menée de Banaei et coll. de 2021¹³¹ a inclus 22 études observationnelles avec 11.457 femmes et a examiné la prévalence de la dyspareunie en période post-partum. Les auteurs ont évalué l'hétérogénéité des études et le biais de publication à l'aide du test I² de Higgins et du test d'Egger-Begg, respectivement. La prévalence globale estimée de la dyspareunie était de 35 % (IC à 95 % 29 %-41 %), et de 42 % (IC à 95 % 26 %-60 %) à 2 mois, 43 % (IC à 95 % 36 %-50 %) entre 2-6 mois et 22 % (IC à 95 % 15 %-29 %) entre 6 et 12 mois après l'accouchement. Il n'y avait pas de biais significatif au niveau des données

¹³⁰ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

¹³¹ Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, et al. Prevalence of postpartum dyspareunia: a systematic review and meta-analysis. Int J Gynaecol Obstet 2021;153(1):14-24.

concernant la prévalence de la dyspareunie post-partum ($p=0,466$). La prévalence de la dyspareunie a progressivement diminué à mesure que la durée du post-partum augmentait.

- La revue systématique bien menée de Manresa et coll.¹³² de 2019 avec méta-analyse a étudié l'incidence des douleurs périnéales et de la dyspareunie à la suite d'un accouchement vaginal spontané avec périnée intact, associé à un traumatisme périnéal (1er ou 2e degré) ou à une épisiotomie. Dix-huit études ont été incluses (8 RCT et 10 études non randomisées), qui ont toutes rapporté l'incidence de douleurs périnéales ou de dyspareunie après un accouchement vaginal spontané. Neuf études avaient des données sur la dyspareunie chez 1.468 femmes susceptibles d'être utilisées pour la méta-analyse (97,7 % du total). Douze études avaient des données sur la douleur périnéale chez 2.113 femmes susceptibles d'être utilisées pour la méta-analyse (67,4 % du total). Une méta-analyse a pu être réalisée pour 16 études (3.133 femmes). Les résultats montrent que l'incidence de douleur périnéale est presque identique pour toutes les femmes au jour 2 post-partum, indépendamment de la présence d'un traumatisme périnéal. Entre 4 et 10 jours après l'accouchement, l'incidence de la douleur périnéale diminuait de manière significative, que ce soit en présence ou non d'un traumatisme périnéal. L'épisiotomie était associée au taux le plus élevé de douleur périnéale. L'incidence de la dyspareunie était élevée lors de la reprise des rapports sexuels après un accouchement vaginal spontané avec périnée intact. À 12 mois, les femmes présentaient toujours une dyspareunie indépendamment de la présence d'un traumatisme périnéal. Les auteurs concluent que les femmes après un accouchement vaginal spontané éprouvent des douleurs périnéales et une dyspareunie, indépendamment de la présence ou non d'un traumatisme périnéal, mais que l'incidence est plus élevée en cas de traumatisme périnéal.
- La revue systématique bien menée avec méta-analyse de Marvi et coll.¹³³ de 2022 a étudié l'association entre le mode d'accouchement et la dyspareunie sur la base de 23 études épidémiologiques publiées jusqu'en juillet 2019. Le RC de la dyspareunie de n'importe quel mode d'accouchement par rapport à l'accouchement intact (sans épisiotomie, déchirure...) était de 1,63 avec un IC à 95 % de 1,39 à 1,92) ($p<0,000$). Le I^2 était de 50,2 % ($p = 0,00$), ce qui montre qu'il existe des différences importantes entre les études incluses. Pour faire face à cette hétérogénéité, un modèle à effets aléatoires a été utilisé pour le mode et la durée de l'accouchement. La dyspareunie différait selon le mode d'accouchement, mais la différence n'était pas statistiquement significative. Concernant le mode d'accouchement, une différence a été trouvée entre un accouchement vaginal

¹³² Manresa M, Pereda A, Bataller E, et al. Incidence of perineal pain and dyspareunia following spontaneous vaginal birth: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2019;30(6):853-868.

¹³³ Marvi N, Heidarian Miri H, et al. The association of mode of delivery and dyspareunia: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol* 2022;42(3):361-369.

instrumenté et une césarienne, mais elle n'était pas non plus significative. D'autres études avec une taille d'échantillon plus grande et faisant une meilleure distinction entre le mode d'accouchement et la durée de l'accouchement sont nécessaires.

Considérations

- Évaluation globale des effets et certitude des données probantes pour les critères de jugement critiques : faible certitude des données probantes, mais fréquentes et cohérentes ; il semble peu probable que de nouvelles preuves contredisent le fait que la dyspareunie est fréquente dans le post-partum et diminue avec le temps. Vu l'inclusion d'un total de 25.727 femmes, on peut parler d'un effet de taille significatif. En conséquence, la qualité des preuves est passée de C à B, malgré le type d'études.
- Rapport bénéfices-risques : informer la femme et son/sa partenaire le plus tôt possible de la fréquence, mais aussi de la diminution de la dyspareunie, permet à la femme et son/sa partenaire de savoir où ils en sont. Ces connaissances ont un effet préventif, et permettent de réduire les éventuels problèmes sexuels dus à des facteurs psychologiques (stress, anxiété...) et d'améliorer les attentes concernant la sexualité et la qualité de vie. La recommandation présente des avantages évidents et aucun inconvénient.
- Valeurs et préférences : il s'agit d'informations générales qui ne sont pas susceptibles d'entrer en conflit avec les valeurs et les préférences des patients ou des prestataires de soins de santé. Les prestataires de soins doivent être sensibilisés au thème de la sexualité dans le cadre des soins post-partum.
- Applicabilité : applicable en soins primaires en Belgique.

Conclusion : il existe 3 revues systématiques récentes (2019-2022) méthodologiquement bien menées dont 2 avec une méta-analyse incluant au total 25.727 femmes. Vu le grand nombre de femmes incluses, il s'agit d'un effet de taille significatif. En conséquence, la qualité des preuves est passée de C à B, malgré le type d'études. Les études montrent que, quel que soit le mode d'accouchement, la dyspareunie est fréquente dans le post-partum et diminue avec le temps. Il s'agit de connaissances importantes qui peuvent rassurer la maman et son/sa partenaire. Elles permettent de prévenir l'anxiété, l'insatisfaction sexuelle et une qualité de vie réduite. La recommandation a reçu un GRADE 1B.

Recommandation 4. Abordez le thème de la sexualité et orientez la jeune maman vers une aide spécialisée en cas de problèmes (**GPP**).

Ce GPP est basé sur le guide du NICE de 2021 « Postnatal care »¹³⁴ et se base sur un consensus et l'opinion d'experts. Le GPP a été soumis à un panel d'experts et de parties prenantes lors d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Rapport bénéfices-risques : le rapport est clairement en faveur de la recommandation car une discussion précoce sur la sexualité permet de prévenir les problèmes et d'abaisser le seuil de demande d'aide supplémentaire de la part de la jeune maman et de son/sa partenaire.
- Valeurs et préférences : la sexualité peut être un sujet tabou tant pour les prestataires de soins que pour les bénéficiaires de soins. Les prestataires de soins peuvent avoir besoin d'une formation pour aborder le thème de la sexualité en général et plus particulièrement dans le post-partum, afin de se familiariser avec le sujet. Si les prestataires de soins se sentent incapables de gérer cet aspect de manière appropriée ou n'ont pas suffisamment d'expertise pour ce faire, il est important qu'ils se sentent soutenus pour orienter le bénéficiaire de soins vers une aide spécialisée. En fonction des besoins (somatiques, psychologiques, éducatifs...), les patients peuvent être orientés vers des sexologues, des médecins (généralistes et gynécologues) et des kinésithérapeutes compétents.
- Applicabilité : ce GPP est applicable en soins primaires en Belgique à condition de maîtriser les techniques de communication nécessaires pour entamer une conversation sur la sexualité. Comme il existe des sexologues qui travaillent spécifiquement avec les couples dans le post-partum, une orientation est possible. Il y a des doutes concernant la disponibilité de suffisamment de prestataires compétents et concernant le coût que cela représente pour les patients.

Conclusion : les parties prenantes impliquées dans l'élaboration de ce guide (patients et professionnels de la santé) ont indiqué que la sexualité en général, mais surtout en période post-partum, est un sujet important qui n'est pas suffisamment abordé dans les guides de pratique actuels. Les experts ont conclu que les prestataires de soins devraient certainement aborder le thème de la sexualité et, si nécessaire, orienter leurs patients vers une aide spécialisée. Cette aide est disponible en Belgique. Ce GPP a été élaboré en concertation avec les experts et a été validé lors de la procédure Delphi.

¹³⁴ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

2. Planification familiale

Recommandations

1. Discutez avec la jeune maman et son/sa partenaire des méthodes contraceptives possibles, de leurs préférences, de l'observance attendue et de leur situation personnelle (**GPP**).
2. Une femme qui a accouché il y a moins de 21 jours n'a pas besoin de contraception (**GRADE 1C**).
3. Conseillez à une femme qui a accouché il y a plus de 21 jours de ne pas avoir de rapports sexuels avec pénétration ou d'utiliser une contraception supplémentaire, sauf en cas d'utilisation de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) (**GRADE 1C**).
4. Informez la jeune maman qui allaite que la méthode MAMA n'est fiable que dans les conditions strictes suivantes : allaitement exclusif et à la demande, aménorrhée et < 6 mois post-partum (**GRADE 1B**).
5. Ne prescrivez de préférence pas la pilule combinée aux femmes qui allaitent <6 semaines après l'accouchement (**GRADE 2B**).
6. Déconseillez aux femmes d'attendre d'utiliser une contraception jusqu'à ce que les règles reprennent à cause du risque accru de grossesse non planifiée (**GRADE 1B**).

Explications

Principes généraux

La planification familiale est une part importante des soins de santé et a un impact sur la maman et son/sa partenaire, le ménage et la société. La planification familiale dans la période post-partum est définie par l'OMS comme la prévention des grossesses non désirées et des grossesses successives très rapprochées durant les 12 premiers mois qui suivent l'accouchement.

En discutant de la planification familiale et des méthodes de contraception possibles, il faut tenir compte des antécédents médicaux de jeune maman, de l'allaitement et d'un éventuel désir d'une nouvelle grossesse ¹³⁵. Idéalement, le contraceptif est choisi en fonction de la préférence de la jeune maman et de son/sa partenaire. Ainsi, le couple assume une responsabilité conjointe en matière de planification familiale.

¹³⁵ Dam A, Yeh PT, Burke AE, Kennedy CE. Contraceptive values and preferences of pregnant women, postpartum women, women seeking emergency contraceptives, and women seeking abortion services: A systematic review. *Contraception* 2022;111:39-47.

En principe, une femme qui a accouché il y a moins de 21 jours ne doit pas utiliser de contraception ¹³⁶. En revanche, une femme qui a accouché il y a plus de 21 jours peut être à nouveau fertile ; en effet, l'ovulation redémarre en moyenne 39 jours après l'accouchement chez les femmes qui n'allaitent pas ¹³⁷. Pour éviter une grossesse non planifiée ou consécutive, le couple doit utiliser quelque forme de contraception, telle qu'une préparation hormonale, un dispositif intra-utérin (DIU), la méthode barrière, une méthode naturelle de planification familiale ou la stérilisation. Le tableau 5 présente un aperçu des contraceptifs possibles, assortis de leur indice de Pearl.

Tableau 5. Fiabilité pratique des méthodes contraceptives (indice de Pearl) et points d'attention ¹³⁸.

	Indice de Pearl	Points d'attention
Contraceptifs combinés	<ul style="list-style-type: none"> • Pilule combinée (0,3-0,5) • Anneau vaginal (0,7) • Patch contraceptif (0,7) 	PAS <6 semaines si <ul style="list-style-type: none"> • allaitement • risque accru de thrombose veineuse profonde
contraceptifs progestatifs	<ul style="list-style-type: none"> • Minipilule (1-5) • Pilule hypodermique (0,3-0,6) • Implanon (0,03) 	Piqûre contraceptive > 6 semaines en cas d'allaitement
Planification Familiale Naturelle (PFN)/méthodes classiques	<ul style="list-style-type: none"> • Méthode calendrier (25) • Méthode Billings (15-35) • Méthode des températures (2-7) • NFP/symptothermique (7-16) • Coït interrompu (6-38) 	
Méthodes de barrière	<ul style="list-style-type: none"> • Préservatif (2-28) • Préservatif féminin (5-15) 	
DIU	<ul style="list-style-type: none"> • Stérilet hormonal (0,1- 0,2) • Stérilet en cuivre (0,2-0,5) 	

¹³⁶ Peremans L van Leeuwen E, Delvaux N, et al. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Hormonale anticonceptie. Huisarts Nu 2012;41:S1-S32.

¹³⁷ Raccach-Tebeka B, Plu-Bureau G. [Post-partum contraception: Guidelines for clinical practice]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2015;44(10):1127-34.

¹³⁸

- World Health Organization Department of Sexual and Reproductive Health and Research (WHO/SRH) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP) KS. Family Planning - A global handbook for providers. Baltimore and Geneva: CCP and WHO; 2022.
- Draaiboek Consult seksuele gezondheid – deeldraaiboek 11 – anticonceptie. RIVM, 2016. À consulter sur: <https://lci.rivm.nl/sites/default/files/2018-11/Consult%20seksuele%20gezondheid%20-%20Deeldraaiboek%2011%20-%20Anticonceptie.pdf>

	Indice de Pearl	Points d'attention
Méthode LAM	<ul style="list-style-type: none"> • 0 à 4 mois (0,3) • 5-6 mois (3-16) 	Règles strictes : <ul style="list-style-type: none"> • Allaitement exclusif • Allaitement à la demande • Aménorrhée • <6 mois après l'accouchement

Discutez avec la jeune maman de l'effet et de l'utilisation des contraceptifs et de leur indice de Pearl respectif. Ci-dessous quelques outils permettant de choisir le contraceptif approprié :

- <https://www.mescontraceptifs.be/>
- <https://www.bruxelles-j.be/amour-sexualite/comment-choisir-une-methode-contraceptive-qui-te-convienne/>
- [Choisir sa première contraception - Gyn&co \(gynandco.be\)](http://gynandco.be)

Contraception hormonale

Lors de l'initiation de la contraception hormonale, il faut toujours tenir compte non seulement du post-partum, mais aussi des contre-indications absolues. Il faut aussi toujours vérifier si la jeune maman a repris des rapports sexuels avec pénétration et n'est pas à nouveau enceinte. La contraception hormonale englobe les associations d'œstroprogestatives et les progestatifs (voie orale).

ASSOCIATIONS D'ŒSTROPROGESTATIFS

Les associations d'œstroprogestatifs sont disponibles en Belgique sous forme de pilule combinée (contraceptifs oraux combinés ou COC), d'anneau vaginal et de patch transdermique et sont des contraceptifs très fiables avec un indice de Pearl compris entre 0,35 et 0,7.

Étant donné que ces préparations contiennent également des œstrogènes, il est nécessaire de prendre en compte :

- l'influence possible sur l'allaitement : cet impact n'est pas certain ; on suppose que la production de lait après 6 semaines est de toute façon suffisamment stable pour ne pas être irrémédiablement influencée par les œstrogènes¹³⁹. Par conséquent, ces préparations sont généralement déconseillées pendant les 6 premières semaines après l'accouchement chez la femme qui allaite (allaitement exclusif).

139

- Lopez LM, Grey TW, Stuebe AM, et al. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2015(3):CD003988.
- Tepper NK, Phillips SJ, Kapp N, et al. Combined hormonal contraceptive use among breastfeeding women: an updated systematic review. *Contraception* 2016;94(3):262-74.

En cas d'allaitement mixte, s'il n'y a pas d'autre option, les COC peuvent être administrés.

- le risque accru possible de thromboembolie veineuse (TEV) dans la période post-partum : chez les jeunes mamans obèses et à mobilité réduite, il existe un risque accru de thromboembolie veineuse (TEV) au cours des 6 premières semaines après l'accouchement (thrombose veineuse profonde (TVP) ou embolie pulmonaire (EP)). L'utilisation de préparations combinées n'est dans ce cas pas recommandée dans les 6 premières semaines du post-partum.

PROGESTATIFS

Les progestatifs sont disponibles en Belgique sous forme de minipilule ou pilule progestative seule, de piqûre contraceptive (sous-cutanée ou intramusculaire) et d'implant contraceptif, également appelé bâtonnet. Le stérilet hormonal est discutée ci-dessous.

La minipilule ou la pilule progestative seule a un indice de Pearl de 1 à 5, ce qui est nettement inférieur à celui de la pilule combinée. Afin de maintenir une fiabilité optimale, une attention particulière doit être accordée à son utilisation : à prendre strictement chaque jour, à la même heure, sans semaine d'arrêt. L'Indice de Pearl de la piqûre contraceptive et du bâtonnet est également très bas. L'utilisatrice ne peut pas influencer le fonctionnement, ce qui garantit sa fiabilité.

Il n'existe aucune preuve que les préparations progestatives aient un effet négatif sur la production de lait ¹⁴⁰. Par conséquent, elles peuvent déjà être commencés <6 semaines après l'accouchement chez les femmes qui allaitent. Pour la piqûre contraceptive, il est recommandé à la femme allaitante d'attendre 6 semaines après l'accouchement.

Si une préparation hormonale est commencée 3 à 4 semaines après l'accouchement, aucune mesure supplémentaire n'est nécessaire. Il en va de même lorsque la jeune maman commence à prendre une préparation hormonale le premier jour de ses règles. En revanche, des mesures complémentaires (abstinence ou méthode barrière) sont nécessaires si la jeune maman commence à prendre la préparation hormonale à une heure différente, et ce pendant 2 jours pour la pilule progestative seule, 7 jours pour la pilule combinée (mais 9 jours pour Qlaira®).

Il faut exclure une grossesse si la préparation n'a pas été prise pendant les règles et que les rapports sexuels avec pénétration ont déjà été repris.

¹⁴⁰

- Peremans L van Leeuwen E, Delvaux N, et al. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Hormonale anticonceptie. Huisarts Nu 2012;41:S1-S32.
- Phillips SJ, Tepper NK, Kapp N, et al. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. Contraception 2016;94(3):226-52.

Le stérilet ou dispositif intra-utérin (DIU)

Il existe deux types de dispositifs intra-utérins (DIU) sur le marché : le stérilet hormonal et le stérilet en cuivre. Les deux sont très fiables. L'indice de Pearl pour le stérilet hormonal est de 0,1-0,2 et pour le stérilet au cuivre de 0,2-0,5.

De la recherche documentaire complémentaire ressort que le DIU est une méthode de contraception sûre pendant la période post-partum, y compris chez les femmes qui allaitent. Le DIU peut être posé aussi bien chez les femmes ayant accouché par voie vaginale que chez les femmes ayant subi une césarienne. Le moment du placement dépend de la situation de la jeune maman. En principe, le DIU peut être placé immédiatement après l'accouchement. Cependant, selon certaines études, le risque d'expulsion est jusqu'à trois fois plus élevé <6 semaines après l'accouchement et le risque de perforation utérine serait légèrement augmenté ¹⁴¹.

Beaucoup de jeunes mamans ne voudront pas le placement rapide d'un DIU (< 48 heures après l'accouchement). Il faut donc en discuter avant l'accouchement. L'avantage d'une contraception efficace peut l'emporter sur le risque accru d'expulsion dans certaines situations :

- Les jeunes mamans en situation précaire et/ou ayant un risque plus élevé de manquer un rendez-vous de suivi destiné à initier une contraception (mamans adolescentes, réfugiées...)
- Les jeunes mamans qui souhaitent une solution immédiate et ne veulent plus devoir s'occuper de la mise en route de la contraception ;
- Les jeunes mamans avec une faible observance thérapeutique.

Méthodes naturelles et méthodes barrières

Il est important de discuter avec le couple du risque accru d'une grossesse non planifiée avec les méthodes naturelles. Les méthodes de barrière telles que le préservatif masculin, le diaphragme ou le préservatif féminin sont également moins

¹⁴¹

- Raccach-Tebeka B, Plu-Bureau G. [Post-partum contraception: Guidelines for clinical practice]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2015;44(10):1127-34. 78.
- Lopez LM, Bernholc A, Hubacher D, et al. Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2015(6):CD003036.
- Goldstuck ND, Steyn PS. Intrauterine contraception after cesarean section and during lactation: a systematic review. *Int J Womens Health* 2013;5:811-8.
- Sonalkar S, Kapp N. Intrauterine device insertion in the postpartum period: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2015;20(1):4-18.
- Berry-Bibee EN, Tepper NK, Jatlaoui TC, et al. The safety of intrauterine devices in breastfeeding women: a systematic review. *Contraception* 2016;94(6):725-38.
- Sothornwit J, Werawatakul Y, Kaewrudee S, et al. Immediate versus delayed postpartum insertion of contraceptive implant for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;4(4):CD011913.
- Abdelhakim AM, Sunoqrot M, Amin AH, et al. The effect of early vs. delayed postpartum insertion of the LNG-IUS on breastfeeding continuation: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2019;24(5):327-36.

efficaces que d'autres méthodes (contraception hormonale ou DIU) pour prévenir une grossesse.

Le couple doit également être informé de la possibilité d'une contraception d'urgence et de son utilisation après un rapport sexuel avec pénétration non protégé :

- En tant que méthode de contraception, la pilule d'urgence n'est pas fiable et n'est pas efficace à 100 %. Plus elle est prise tôt après un rapport sexuel avec pénétration non protégé, plus elle est efficace. La "pilule du lendemain" est disponible en pharmacie sans ordonnance.
- La pilule d'urgence classique doit être prise <72 heures (3 jours). EllaOne™ peut être prise jusqu'à 120 heures (5 jours) après un rapport sexuel avec pénétration non protégé.
- On peut également opter pour un DIU au cuivre, à placer <5 jours après un rapport sexuel avec pénétration non protégé.

Les couples doivent également savoir qu'ils peuvent opter pour une interruption de grossesse en cas de grossesse non planifiée et non désirée ¹⁴².

METHODE D'ALLAITEMENT ET D'AMENORRHEE (MAMA)

Pendant les 6 premiers mois d'allaitement, la femme peut choisir la MAMA (ou Méthode d'Allaitement et d'Aménorrhée) à condition que des règles strictes soient respectées ¹⁴³. Pendant la période d'allaitement, la maman est moins fertile, mais la méthode MAMA n'est efficace que si les conditions suivantes sont remplies :

- La femme doit allaiter exclusivement au sein : le bébé est allaité à la demande (c'est-à-dire pas à heures fixes), jour et nuit, avec des intervalles ne dépassant idéalement pas les 4 heures (maximum 1 fois par 24 heures on peut laisser 6 heures entre les deux tétées) ;
- Le bébé ne reçoit aucune nourriture complémentaire, sauf éventuellement un peu d'eau et des vitamines. Une alimentation complémentaire résulte en des tétées plus courtes, à des taux de prolactine plus bas et donc à l'ovulation ;
- En cas de pertes de sang >8 semaines après l'accouchement, le risque de conception est plus élevé ; une méthode de contraception supplémentaire doit alors être utilisée ¹⁴⁴. Conseillez aux femmes qui allaitent de ne pas attendre la

¹⁴² Hassoun D. [Natural Family Planning methods and barrier: CNGOF Contraception Guidelines]. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;46(12):873-82.

¹⁴³ Peremans L van Leeuwen E, Delvaux N, et al. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Hormonale anticonceptie. *Huisarts Nu* 2012;41:S1-S32.

¹⁴⁴ Peremans L van Leeuwen E, Delvaux N, et al. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Hormonale anticonceptie. *Huisarts Nu* 2012;41:S1-S32.

menstruation pour commencer une contraception vu le risque plus élevé de grossesse non planifiée¹⁴⁵.

METHODE DU CALENDRIER OU PLANIFICATION FAMILIALE NATURELLE (PFN)

Toutes les femmes ne peuvent ou ne veulent pas utiliser une contraception hormonale ou toujours utiliser une méthode de barrière. En plus du DIU au cuivre, elles peuvent choisir la méthode du calendrier ou la planification familiale naturelle (PFN). La méthode du calendrier consiste à calculer la période fertile sur la base du premier jour des dernières règles. Cette méthode n'est possible qu'avec un cycle menstruel très régulier.

Avec la PFN, le couple prend en compte les changements physiques pour déterminer la période fertile (ovulation). Les changements suivants indiquent une période de fertilité :

- Augmentation de la température corporelle ;
- Glaire cervicale filante ressemblant à du blanc d'œuf ;
- Col de l'utérus plus souple et plus ouvert.

Les tests d'ovulation sur l'urine peuvent également être utilisés pour connaître la période de fertilité.

Le cycle menstruel naturel est préservé, mais le risque d'une grossesse non planifiée est plus important. Cette méthode requiert également des connaissances, de l'expérience et de l'autodiscipline. Ces méthodes ne sont pas recommandées pour les femmes ayant un cycle irrégulier.

Stérilisation

S'il n'y a plus de désir de grossesse ou si une prochaine grossesse n'est médicalement pas justifiée, la femme peut déjà opter pendant la grossesse pour une stérilisation qui sera réalisée au cours de la césarienne (planifiée). La stérilisation peut également être programmée dans la période post-partum. La stérilisation masculine est également possible, mais sort du cadre de ce guide.

Argumentaire

Recommandation 1. Discutez avec la jeune maman et son/sa partenaire des méthodes contraceptives possibles, de leurs préférences, de l'observance attendue et de leur situation personnelle (**GPP**).

¹⁴⁵ Hassoun D. [Natural Family Planning methods and Barrier: CNGOF Contraception Guidelines]. Gynecol Obstet Fertil Senol 2018;46(12):873-82.

Ce GPP est basé sur le guide du NICE « Postnatal care » ¹⁴⁶ de 2021 et se base sur un consensus et l'opinion d'experts, et est adapté au contexte des soins primaires en Belgique. Le GPP a été soumis à un panel d'experts et de parties prenantes lors d'une procédure de consensus Delphi ; il a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- Rapport bénéfices-risques : en faveur de la recommandation puisque la discussion de tous les contraceptifs possibles et courants, leurs avantages et leurs inconvénients, tout en tenant compte de la situation personnelle de la femme et de l'observance thérapeutique, permet à la femme (et éventuellement son/sa partenaire) de faire un choix éclairé.
- Valeurs et préférences : idéalement, la contraception est discutée avec le/la partenaire ; de cette façon, le choix et la responsabilité sont partagés. Étant donné que c'est la jeune maman qui devra utiliser la contraception ou qui risque une grossesse non planifiée, le/la partenaire ne peut aucunement imposer de décision non soutenue par la jeune maman. Il semble y avoir une tendance à utiliser plutôt la contraception sans hormones. Il est donc important d'informer les patients des possibilités, y compris les éventuels conseils et écueils, de manière égale. Malgré un indice de Pearl plus élevé, le patient doit être motivé pour prendre une décision éclairée de manière autonome.
- Applicabilité : cette recommandation est applicable en soins primaires en Belgique.

Conclusion : les parties prenantes (patientes et prestataires de soins) impliqués dans l'élaboration de ce guide ont souligné que la contraception au sens large doit être discutée en prenant en compte toutes les options contraceptives (hormonales et non hormonales). Il est important d'impliquer le/la partenaire pour que la responsabilité soit partagée ; cependant, le but n'est pas que le/la partenaire impose un choix à la jeune maman. Les contraceptifs discutés ci-dessus sont disponibles en Belgique. Des outils pratiques sont disponibles pour discuter de ces informations et de faire un choix. La recommandation est applicable en soins primaires en Belgique. Ce GPP est le résultat d'une discussion avec les experts et a été validé lors de la procédure Delphi.

¹⁴⁶ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

Recommandations 2-6.

2. Une femme qui a accouché il y a moins de 21 jours n'a pas besoin de contraception (**GRADE 1C**).
3. Conseillez à une femme qui a accouché il y a plus de 21 jours de ne pas avoir de rapports sexuels avec pénétration ou d'utiliser une contraception supplémentaire, sauf en cas d'utilisation de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) (**GRADE 1C**).
4. Informez la jeune maman qui allaite que la méthode MAMA n'est fiable que dans les conditions strictes suivantes : allaitement exclusif et à la demande, aménorrhée et < 6 mois post-partum (**GRADE 1B**).
5. Ne prescrivez de préférence pas la pilule combinée aux femmes qui allaitent < 6 semaines après l'accouchement (**GRADE 2B**).
6. Déconseillez aux femmes d'attendre d'utiliser une contraception jusqu'à ce que les règles reprennent à cause du risque accru de grossesse non planifiée (**GRADE 1B**).

Les recommandations ci-dessus ont été reprises du guide de pratique « Contraception hormonale » élaborée par Domus Medica et validé par le Cebam ¹⁴⁷, avec rapport de suivi en 2019 ¹⁴⁸. Nous renvoyons le lecteur au guide de pratique original pour l'argumentaire.

¹⁴⁷ Peremans L van Leeuwen E, Delvaux N, et al. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Hormonale anticonceptie. Huisarts Nu 2012;41:S1-S32.

¹⁴⁸ [Opvolgrapport Richtlijn Hormonale anticonceptie, 2019](#)

Question clinique 5 : Quelles informations et quel suivi de l'alimentation du nouveau-né sont nécessaires pendant la période post-partum ?

1. Principes généraux

Recommandation

Discutez de l'allaitement maternel avant et après la naissance : donnez des informations à ce sujet et offrez un soutien pour permettre aux parents de faire un choix éclairé. Lorsque vous discutez de l'alimentation du nouveau-né, reconnaissez les préoccupations émotionnelles, sociales, financières et environnementales des parents concernant les options d'alimentation et respectez leurs choix (**GRADE 1C**).

Explications

Le Service public fédéral de santé publique en Belgique suit les stratégies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'UNICEF concernant la promotion de l'allaitement maternel. Il encourage "*l'allaitement exclusif pendant 6 mois et la poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans ou plus*" en raison de ses nombreux avantages par rapport au lait artificiel pour la santé de la maman et du bébé ¹⁴⁹.

Il est conseillé de discuter des facilitateurs et des obstacles à l'allaitement maternel avec les jeunes mamans. L'objectif est d'aider les parents à comprendre l'importance de l'allaitement maternel. Ceci permet de mieux soutenir l'initiation et la poursuite de l'allaitement maternel. La santé de la maman et la santé de l'enfant en profitent.

Les avantages suivants peuvent être mis en évidence :

- Avantage nutritionnel pour le bébé, car l'allaitement est une alimentation naturelle et complète pour un bébé en bonne santé et est unique à la relation maman-enfant ;
- Avantage pour la santé du bébé, par exemple moins de maladies respiratoires et gastro-intestinales, risque réduit de syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) ;
- Avantages pour la santé de la femme, par exemple réduction du risque de cancer de l'ovaire et du sein plus tard dans la vie ;
- Effet réconfortant et calmant sur le bébé ;

¹⁴⁹ [Allaitement, naturellement. Pourquoi? | SPF Santé publique \(belgium.be\)](#)

- Prévention de l'obésité chez le bébé.

Malgré l'importance de l'allaitement maternel, les familles doivent savoir que l'alimentation artificielle est une alternative lorsque l'allaitement maternel n'est pas souhaité et/ou n'est pas possible. Ce choix est libre et le prestataire de soins doit le respecter. Les familles optant pour une alimentation artificielle doivent être traitées sur un pied d'égalité en accordant une attention aux informations et en prévoyant un soutien pratique.

Argumentaire

Cette recommandation a été reprise et adaptée du guide de pratique du NICE « Postnatal care » de 2021 ¹⁵⁰. Le guide du NICE se base sur 2 recommandations différentes, étayées par divers « evidence reviews » (voir ci-dessous). Compte tenu de leur lien, les auteurs ont décidé de fusionner les deux recommandations :

- L'Evidence Review Q' décrit, sur la base d'une recherche qualitative, quels sont les facilitateurs et obstacles rencontrés pour initier et maintenir l'allaitement maternel. Les auteurs soulignent que les avantages de l'allaitement maternel pour la santé sont généralement connus, mais qu'il est nécessaire de savoir ce que les femmes pensent pour les soutenir dans leur choix. Divers thèmes ont été abordés : niveau de soutien de la part de la famille et des amis, santé du sein (par exemple, mastite), exactitude des informations, bien-être émotionnel, quantité de sommeil, temps disponible et douleur. Une évaluation à l'aide de l'approche GRADE-CERQual a été réalisée pour la synthèse et l'évaluation des preuves. La qualité des données probantes pour les divers (sous-)thèmes dans les études incluses variait de faible à élevée. Il en ressort que les connaissances et la notion des bienfaits de l'allaitement maternel pour la jeune maman et le bébé sont des facteurs qui motivent à allaiter. Les informations pertinentes pour aider et soutenir les parents dans la prise de décision à ce sujet comprennent : (1) la production d'anticorps, (2) la plus grande proximité émotionnelle et le sentiment d'intimité (par rapport au tirage du lait) et (3) l'importance de l'allaitement maternel, même pour une période plus courte (par exemple seulement 4 mois dans le cadre de la reprise du travail). Il n'est pas clair si l'argument financier (l'allaitement est bon marché) contribue à la décision d'allaiter.
- L'Evidence Review T' décrit, sur la base d'une recherche qualitative, les informations et le soutien que les femmes trouvent utiles en ce qui concerne l'alimentation artificielle. L'allaitement maternel a des avantages connus complémentaires par rapport à l'alimentation artificielle, mais certaines femmes choisissent consciemment l'alimentation artificielle ou ont du mal à allaiter adéquatement. Divers thèmes de fond ont été identifiés, qui sont abordés plus en

¹⁵⁰ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

détail dans la section « alimentation artificielle » (voir page 130). Une évaluation à l'aide de l'approche GRADE-CERQual a été réalisée pour la synthèse et l'évaluation des preuves. La qualité des données probantes pour les divers (sous-)thèmes dans les études incluses variait de faible à élevée. Il en ressort que les parents se sentent parfois stigmatisés et jugés par les prestataires de soins de santé lorsqu'ils optent pour une alimentation artificielle plutôt que pour l'allaitement maternel. Les femmes ne veulent pas se sentir coupables ou mises sous pression ou étiquetées comme étant un mauvais parent parce qu'elles ont opté pour une alimentation artificielle. Les professionnels de la santé doivent respecter le choix fait par les parents, que ce soit l'allaitement maternel ou l'alimentation artificielle (ou formes mixtes). Les prestataires de soins doivent également prendre en compte :

- les préoccupations émotionnelles, telles que le soutien possible pour gérer le fait qu'il est impossible d'allaiter ;
- les préoccupations sociales, telles que le soutien possible dans le contexte familial ;
- les préoccupations financières, telles que le coût du matériel relatif à l'alimentation artificielle ;
- les préoccupations liées à l'environnement : quel est le meilleur environnement pour nourrir le bébé et que faire lorsqu'on n'est pas chez soi ?

Une recherche documentaire complémentaire a identifié plusieurs études qualitatives :

- L'étude descriptive de Hvatum et coll.¹⁵¹ de 2017 confirme, sur la base d'entretiens semi-structurés avec 12 jeunes mamans norvégiennes, que le fait de ne pas donner le sein conduit souvent à la stigmatisation, à des sentiments de culpabilité et de honte. Par conséquent, les prestataires de soins doivent, de manière nuancée et en tenant compte de la situation de la maman, non seulement mettre en évidence les avantages de l'allaitement maternel, mais également expliquer la différence entre le lait maternel et le lait artificiel. Ils doivent également avoir des connaissances suffisantes au sujet de l'alimentation artificielle et être capables d'expliquer comment l'utiliser et la préparer correctement. Cependant, il n'est pas possible de généraliser ces résultats aux femmes belges, puisqu'en Norvège plus de 96% des femmes commencent l'allaitement maternel et 80% allaitent encore à 6 mois post-partum. Dans une telle culture favorisant l'allaitement, les femmes qui n'allaitent pas se considèrent probablement plus vite comme une exception.

¹⁵¹ Hvatum I, Glavin K. Mothers' experience of not breastfeeding in a breastfeeding culture. J Clin Nurs 2017;26(19-20):3144-3155.

- L'étude exploratoire d'Appleton et coll. ¹⁵² de 2018 basée sur des entretiens semi-structurés de 24 femmes en post-partum en Australie décrit que les mamans nourrissant leur bébé au lait artificiel sont influencées par un certain nombre de facteurs, y compris les informations sur l'emballage du lait artificiel et les démarches commerciales du fabricant lors du choix d'une formule particulière. D'autres facteurs sont : l'interprétation des signaux du bébé (faim et satiété) et la quantité de lait restant dans le biberon. Les mamans souhaitent plus d'informations sur l'alimentation artificielle, mais n'ont pas accès aux conseils professionnels ni au soutien offert par des professionnels. Comme l'environnement social promeut l'allaitement maternel comme la meilleure option, les femmes éprouvent parfois un sentiment de stigmatisation par rapport à l'alimentation artificielle. Les informations sur l'alimentation artificielle non sollicitées compromettent l'allaitement maternel ; des informations sur l'alimentation artificielle peuvent être fournies lorsque les (futurs) parents indiquent qu'ils souhaitent des informations à ce sujet ¹⁵³.
- L'étude exploratoire de 2012 de Wirihana et coll. ¹⁵⁴ basée sur 7 entretiens semi-structurés ont exploré, environ 4 semaines après l'accouchement, les expériences des femmes non allaitantes et leurs perceptions des soins prodigués. Les jeunes mamans ont évoqué des domaines importants dans lesquels leurs besoins n'étaient pas satisfaits. L'un des domaines concernait le besoin d'une éducation de qualité à propos de l'alimentation artificielle, même si le professionnel de la santé ne soutient pas la décision de ne pas allaiter.
- L'étude qualitative, descriptive et transversale de 2017 de Wennberg et coll. ¹⁵⁵ a examiné les discussions des mamans sur les forums sur l'Internet au sujet de l'introduction du lait artificiel. En ce qui concerne l'alimentation du bébé, l'analyse montre que les mamans balancent principalement entre les attentes sociales et la confiance en leurs propres capacités de parent. À plusieurs reprises, les professionnels de la santé ont insisté pour que les femmes allaitent au sein, ce qui leur a donné un sentiment de violation de leur intégrité. En outre, elles ont signalé

¹⁵² Appleton J, Laws R, Russell CG, et al. Infant formula feeding practices and the role of advice and support: an exploratory qualitative study. *BMC Pediatr* 2018;18(1):12.

¹⁵³

- International code of marketing of breast-milk substitutes. Geneva: WHO, 1981. [Nutrition and Food Safety \(who.int\)](https://www.who.int/nutrition/publications/infant-feeding)
- Rollins N, Piwoz E, Baker P, et al.; 2023 Lancet Breastfeeding Series Group. Marketing of commercial milk formula: a system to capture parents, communities, science, and policy. *Lancet* 2023;401(10375):486-502.

¹⁵⁴ Wirihana LA, Barnard A. Women's perceptions of their healthcare experience when they choose not to breastfeed. *Women Birth* 2012;25(3):135-41.

¹⁵⁵ Wennberg AL, Jonsson S, Zadik Janke J, Hörnsten Å. Online perceptions of mothers about breastfeeding and introducing formula: qualitative study. *JMIR Public Health Surveill* 2017;3(4):e88.

un manque de volonté ou d'occasion de discuter de l'alimentation artificielle et la fourniture de conseils contradictoires. Les prestataires de soins semblent ne pas être suffisamment ouverts aux choix et aux situations souvent stressantes auxquelles sont confrontées les jeunes mamans. Les forums sur l'Internet peuvent aider les professionnels de la santé à connaître les aspects auxquels les mamans sont confrontés.

- L'étude qualitative de Llorente-Pulido de 2021 ¹⁵⁶ a examiné sur la base d'entretiens approfondis avec 20 sages-femmes quels facteurs biopsychosociaux peuvent faciliter ou entraver l'allaitement maternel exclusif. Ces facteurs se situent à différents niveaux : professionnel, communautaire, relationnel et individuel. Le succès ou l'échec de l'allaitement maternel dépend donc non seulement de facteurs individuels chez la maman elle-même, mais de facteurs à tous les niveaux ; ceux-ci doivent donc être abordés de manière intégrée.
- L'étude qualitative et descriptive de 2018 de Zhang et coll. ¹⁵⁷, menée en Chine, met en évidence, sur la base de 32 entretiens approfondis et de 10 discussions de groupe, les différents besoins et problèmes des mamans tout au long du « parcours de l'allaitement ». Pendant la grossesse, la plupart des mamans avaient l'intention d'allaiter, mais éprouvaient un besoin d'être mieux préparées à l'allaitement maternel, y compris aux problèmes associés. Un soutien professionnel en temps opportun et des conseils individuels à la maternité sont essentiels pour renforcer la confiance des mamans et éviter l'introduction prématurée d'une alimentation autre que l'allaitement maternel. Dès le retour au domicile, le soutien actif des professionnels de la santé est nécessaire pour permettre aux mamans de gérer toute difficulté éventuelle liée à l'allaitement. Lors du retour au travail, un soutien plus large de l'environnement est nécessaire pour permettre aux mamans de continuer à allaiter (exclusivement) au sein. Le parcours de soutien pourrait être adapté aux besoins spécifiques des mamans dans chacune de ces phases, impliquant les professionnels de santé concernés, les membres de la famille ainsi que les outils de télécommunication modernes. Les prestataires de soins doivent offrir une éducation à la santé adaptée à la famille. Ceci nécessite une formation complémentaire.
- L'étude qualitative danoise de 2015 de Kornborg et coll. ¹⁵⁸ a interrogé à l'aide d'un questionnaire ouvert par écrit 280 mamans primipares 6 mois après

¹⁵⁶ Llorente-Pulido S, Custodio E, López-Giménez et al. Barriers and facilitators for exclusive breastfeeding in women's biopsychosocial spheres according to primary care midwives in Tenerife (Canary Islands, Spain). *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(7):3819.

¹⁵⁷ Zhang Y, Jin Y, Vereijken C, et al. Breastfeeding experience, challenges and service demands among Chinese mothers: A qualitative study in two cities. *Appetite* 2018;128:263-270.

¹⁵⁸ Kornborg H, Harder I, Hall EO. First time mothers' experiences of breastfeeding their newborn. *Sex Reprod Healthc* 2015;6(2):82-7.

l'accouchement sur leurs expériences concernant l'allaitement maternel. Les résultats montrent la nécessité d'accompagner les femmes primipares allaitantes dans le passage vers la maternité, dans l'apprentissage à lire les signaux du bébé, à bien prendre le sein, de renforcer la confiance des jeunes mamans dans leur capacité de prendre soin de leur bébé et de produire suffisamment de lait. Ces besoins demandent une attention particulière de la part des prestataires de soins de santé. Une approche personnelle et ciblée sur la famille est essentielle.

Considérations

- Évaluation globale des effets et certitude des données probantes pour les critères de jugement critiques : cette recommandation est basée sur 2 'evidence reviews' du NICE d'études qualitatives. Leur qualité varie de faible à élevée. Nous concluons donc à une faible certitude des preuves.
- Rapport bénéfices-risques : en faveur des recommandations ; il n'y a aucun inconvénient à donner des conseils lorsque les parents s'inquiètent et à ce que les professionnels de la santé reconnaissent les préoccupations des parents.
- Valeurs et préférences : bien que l'allaitement maternel est à privilégier en raison des avantages supplémentaires pour la santé du bébé et de la maman, les parents doivent avoir la possibilité de discuter de et de prendre en compte toutes les options d'alimentation. Divers facteurs peuvent jouer un rôle dans le choix pour l'allaitement maternel ou pour l'alimentation artificielle ; les prestataires de soins doivent en tenir compte. Ces choix ne sont pas toujours faciles pour les parents. Le premier choix n'est pas non plus toujours réalisable. Comme les femmes se sentent parfois jugées dans leur choix, il est important que les professionnels de la santé restent toujours respectueux face au choix final ¹⁵⁹.
- Applicabilité : cette recommandation est applicable en soins primaires en Belgique.

Conclusion : il existe une faible certitude de preuves concernant les principes généraux de l'alimentation du bébé, sur la base de 2 « evidence reviews » du NICE et de quelques études qualitatives issues de la recherche complémentaire. Puisque le rapport bénéfices-risques est en faveur de la recommandation et que la recommandation est applicable dans le contexte belge et prend en compte divers facteurs environnementaux personnels des familles, les auteurs ont décidé de formuler une recommandation forte (GRADE 1C).

¹⁵⁹ National Guideline Alliance, p.o.t.R. and College of Obstetricians and Gynaecologists, Postnatal care, in [T] Formula feeding information and support. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence. p. 92.

2. Allaitement maternel

2.1. **Apporter un soutien**

Recommandations

1. Si souhaité, donnez au/à la partenaire des informations sur la manière dont il/elle peut soutenir l'allaitement maternel (**GRADE 2C**).
2. Informez les femmes et leurs partenaires de leurs droits en matière d'allaitement, c'est-à-dire le droit d'allaiter dans l'espace public, le droit à des pauses d'allaitement pendant le travail, jusqu'à 9 mois après l'accouchement (**GPP**).
3. Encouragez la maman à avoir un contact peau à peau précoce avec son bébé afin que l'allaitement puisse commencer lorsque les deux y sont prêts (**GRADE 1B**).
4. Offrez un soutien et une éducation à l'allaitement maternel, en utilisant une variété d'interventions (**GRADE 1B**).
5. Fournissez des soins d'allaitement en face à face adaptés aux besoins individuels de la maman, appuyés par des informations écrites, numériques ou téléphoniques et assurez la continuité (**GRADE 1C**).

Explications

Impliquer et soutenir le/la partenaire

Les partenaires ont souvent l'impression de manquer de connaissances et de compréhension de l'allaitement et veulent savoir comment soutenir au mieux leur conjointe qui allaite. La plupart de leurs connaissances proviennent de livres ou de leurs partenaires. Les partenaires eux-mêmes souhaitent plus d'informations à ce sujet, même avant la naissance.

Un manque d'attention accordée à ces besoins peut conduire à un manque de connaissances et de notion de la part du partenaire, pouvant avoir un effet négatif sur l'allaitement maternel. Le/la partenaire peut se sentir inférieur et, par conséquent, offrir moins de soutien à la jeune maman. Le prestataire de soins peut discuter avec le/la partenaire de la façon dont il peut établir, autrement que par l'allaitement, un lien avec le bébé. Exemples : aider le bébé à prendre le sein et contact peau à peau. Activer le/la partenaire dans son rôle de soutien commence par la connaissance de l'importance de l'allaitement maternel. L'enseignement de ces connaissances précède l'entretien sur la façon dont le/la partenaire peut soutenir la maman qui allaite et comment il peut créer un lien avec le bébé. Étant donné que seule la jeune

maman peut allaiter, le/la partenaire peut apprendre à apporter son soutien d'autres façons, par exemple en s'occupant d'autres tâches et en appréciant le temps que la maman consacre à l'allaitement.

En Belgique, les personnes ont le droit d'allaiter n'importe quand, n'importe où (dans les espaces publics) ¹⁶⁰. Le professionnel de la santé peut attirer l'attention sur ce point. L'allaitement ne doit en aucun cas conduire à l'isolement social. La Belgique a non seulement une législation en ce qui concerne le congé d'allaitement, mais aussi en ce qui concerne la combinaison 'travail et allaitement'. Par exemple, chaque jeune maman a le droit de prendre des pauses d'allaitement au travail jusqu'à 9 mois après l'accouchement. Ces facteurs contribuent à prolonger l'allaitement maternel.

La jeune maman a droit à l'accompagnement de la sage-femme dans la première année post-partum, y compris lors de la reprise du travail, par exemple en établissant un schéma de tirage du lait. D'autres prestataires de soins peuvent également fournir des informations et discuter des options de tirage du lait. Kind en Gezin ¹⁶¹ et l'ONE ('Office de la Naissance et de l'Enfance) ont des avis à ce sujet ¹⁶².

Soutenir la femme allaitante

Il existe une grande variation au niveau de l'expertise en matière d'allaitement parmi les prestataires de soins de santé qui s'occupent des mamans et des bébés. Ceci peut résulter en des niveaux variables de soutien à l'allaitement. Les consultantes en lactation peuvent jouer un rôle important dans le soutien à l'allaitement et contribuer à la poursuite de l'allaitement. [Infor-Allaitement](#) promeut et soutient l'allaitement maternel. Le site Internet permet de trouver des consultantes en lactation dans votre région et propose également des formations aux consultantes en lactation.

Pour fournir un soutien adéquat à l'allaitement, les prestataires de soins de santé doivent être correctement formés et :

- avoir des connaissances à propos de la production de lait, du transfert efficace du lait et de la bonne prise du sein ;
- savoir comment encourager et soutenir les femmes ayant des problèmes d'allaitement fréquents ;
- avoir des connaissances sur les médicaments sûrs (prescription et utilisation) ;

¹⁶⁰ SPF Santé publique. Mythes et vérités sur l'allaitement. Allaitement, naturellement 2016; Available from: [Mythes et vérités sur l'allaitement | SPF Santé publique \(belgium.be\)](#).

¹⁶¹ [Afkolven | Kind en Gezin](#).

¹⁶² ONE (office de la naissance et de l'enfance). L'allaitement maternel. 2022; Available from: <https://www.one.be/public/grossesse/sante/lallaitement-maternel/>

- reconnaître certaines pathologies, donner des conseils appropriés et orienter les patients vers les services compétents, le cas échéant.

Le soutien à l'allaitement comprend les aspects suivants :

- établir dès que possible un contact peau à peau entre la maman et l'enfant; ceci a un effet positif sur le début et la durée du premier allaitement (y compris l'allaitement exclusif) ;
- attention à accorder aux expériences personnelles, aux préférences et aux valeurs de la jeune maman ;
- attitude respectueuse face aux expériences antérieures d'allaitement, aux influences culturelles, à l'espace personnel des femmes et leur sentiment d'intimité, tout en créant un environnement sûr qui se prête à faire des observations. Nous conseillons de demander la permission explicite pour ce faire ;
- avoir l'œil pour la grande variété d'émotions, y compris les sentiments de culpabilité, de pression, d'échec et d'aliénation ;
- rassurer ;
- prévoir suffisamment de temps : si les femmes ressentent le manque de temps, la communication est précipitée, didactique, à sens unique et non adaptée à leurs besoins. Dans ce cas, elles n'osent pas demander de l'aide ;
- des encouragements et un renforcement positif, mais aussi oser discuter de l'allaitement maternel pour que la femme gagne confiance en elle.

Les mamans peuvent bénéficier d'un soutien par les pairs : elles peuvent partager leurs expériences, recueillir des informations et nouer des contacts sociaux (ce qui peut représenter une ressource complémentaire de conseils et de soutien). Voici quelques exemples d'initiatives :

- La ligue des familles organise des ateliers pour parents (<https://liguedesfamilles.be/ateliers-des-parents>) ;
- La maison des parents solo s'adresse aux familles monoparentales ([Maison des Parents Solos](#)) ;
- [Les matins parentaux](#) offrent un soutien à la parentalité et dans le cadre du burn-out parental ;
- La [Brussels Childbirth Trust \(BCT\)](#) dispose de plusieurs réseaux sociaux et de soutien, chacun traitant d'un sujet particulier entre autres le groupe « new mums » (nouvelles mamans). Ces groupes rassemblent les personnes se trouvant dans des situations similaires ;
- La [Leche League Belgique](#) organise des rencontres entre parents et propose également un accompagnement individuel.
- Les activités collectives en consultations ONE et les séances de groupes organisées par les psychologues de premières lignes en Consultation ONE : <https://my.one.be/information/consultations>

Les infos et le soutien offerts par les professionnels au sujet de l'allaitement ont des effets positifs avérés sur l'initiation de l'allaitement (allaitement mixte et exclusif). L'accent est mis principalement sur l'accompagnement en face à face. D'autres formes de communication, telles que les contacts en ligne ou par téléphone, peuvent fournir un soutien supplémentaire, mais ne doivent pas remplacer le soutien en face à face. Il n'est d'ailleurs pas certain qu'un soutien offert à distance ait une valeur ajoutée. En effet, les problèmes d'allaitement sont souvent sous-estimés, ce qui fait que les femmes ont moins tendance à rechercher de l'aide. Les visites à domicile restent utiles pour les observations directes. L'accompagnement offert à distance en dehors des heures de bureau peut être utile, car elle augmente la flexibilité et l'accessibilité. Cependant, les obstacles possibles sont la confidentialité, la sécurité, les restrictions de localisation (déplacement) et le coût (temps supplémentaire).

Les jeunes mamans apprécient l'accompagnement personnalisé et la continuité offerte par le prestataire de soins. Ceci leur donne la possibilité de parler de leurs sentiments et de leurs difficultés en toute sécurité. Les femmes apprécient les encouragements et une approche aimable et sans jugement. En consultant toujours le même prestataire de soins, les problèmes sont immédiatement pris en charge.

Thèmes à discuter dans le cadre du soutien à l'allaitement :

- les divers avantages pour la santé de la maman et de l'enfant ;
- comment se passe la production du lait maternel, quelle quantité est produite à un stade précoce et le principe de l'offre/demande d'allaitement ;
- allaitement réactif ¹⁶³ : c'est-à-dire que la maman répond aux signaux de son bébé et à son propre désir de nourrir le bébé. L'allaitement réactif s'inscrit dans la notion que l'alimentation est plus que nourrir, mais comprend également le fait d'offrir de l'amour et du réconfort ;
- signaux du bébé ¹⁶⁴ : sucer les doigts, serrer les poings, bouger et se tortiller, les mouvements oculaires rapides sont des signes que le bébé est prêt pour la tétée. Nourrir à ce moment est idéal car le bébé est encore calme ; les pleurs sont le dernier signe de faim et à ce stade, le bébé peut être trop bouleversé pour téter.
- la fréquence à laquelle les bébés doivent généralement être nourris et pendant combien de temps, en tenant compte des variations individuelles ;
- différentes positions pour nourrir le bébé et comment l'aider à prendre le sein ;
- comment la jeune maman peut savoir que le bébé boit bien et ingère donc suffisamment de lait (il n'est pas possible de « suralimenter » un bébé) ;

¹⁶³ <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2017/12/Responsive-Feeding-Infosheet-Unicef-UK-Baby-Friendly-Initiative.pdf>

¹⁶⁴ <https://www.breastfeedinginsheffield.co.uk/mum-and-baby/baby-feeding-cues/>

- tirer le lait maternel (à la main ou avec un tire-lait) dans le cadre de l'allaitement maternel et dans quelle mesure c'est utile ; stockage et préparation en toute sécurité ; les dangers d'un oreiller d'alimentation ;
- les changements normaux des seins pendant la grossesse et après l'accouchement ;
- douleur pendant l'allaitement et quand rechercher de l'aide ;
- complications de l'allaitement (par exemple, mastite ou abcès du sein) et quand rechercher de l'aide ;
- stratégies pour faire face à la fatigue pendant l'allaitement ;
- une alimentation complémentaire avec du lait artificiel est parfois possible, mais n'est généralement pas recommandée ;
- comment l'allaitement peut impacter l'image du corps et l'identité de la femme ;
- les informations peuvent changer à mesure que le bébé grandit ;
- la possibilité de reprendre l'allaitement après une pause d'allaitement ;
- l'utilisation sécuritaire des médicaments pendant l'allaitement.

Les professionnels de la santé doivent être conscients que les mamans de jeune âge et les mamans à faible revenu ou issues de milieux défavorisés peuvent avoir besoin de plus de soutien et d'encouragement pour commencer et poursuivre l'allaitement. Les jeunes mamans peuvent rencontrer d'autres obstacles à l'allaitement et de ce fait avoir plus tendance à opter pour l'alimentation artificielle parce qu'elles se sentent seules à la maternité et ne peuvent pas compter sur le soutien de leurs pairs, par exemple. Chez ces femmes, un suivi étroit par le prestataire de soins s'impose.

Argumentaire

Recommandation 1: Si souhaité, donnez au/à la partenaire des informations sur la manière dont il/elle peut soutenir l'allaitement maternel (**GRADE 2C**).

Cette recommandation a été reprise du guide du NICE « Postnatal care » de 2021¹⁶⁵ et est basée sur une « evidence review » qui se base sur des études qualitatives ('Evidence Review Q). Cette « evidence review » décrit quels facilitateurs et obstacles sont rencontrés pour démarrer et poursuivre l'allaitement. Les auteurs soulignent que les avantages de l'allaitement maternel pour la santé sont généralement connus, mais qu'il est nécessaire de savoir ce que les femmes pensent pour les soutenir dans leur choix. Divers thèmes ont été abordés : niveau de soutien de la part de la famille et des amis, santé du sein (par exemple, mastite), exactitude des informations, bien-être émotionnel, quantité de sommeil, temps disponible et douleur. Une évaluation à

¹⁶⁵ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

l'aide de l'approche GRADE-CERQual a été réalisée pour la synthèse et l'évaluation des preuves. La qualité des données probantes pour les divers (sous-)thèmes dans les études incluses variait de faible à élevée. L'« evidence review » montre que les opinions, les expériences et le soutien pratique du partenaire et des membres de la famille ont une influence importante sur l'allaitement maternel, de manière à la fois positive et négative. Par exemple, le lait artificiel est parfois considéré comme un moyen de partager les responsabilités de l'alimentation avec d'autres personnes ou de créer des liens avec le bébé. Ceci peut être une raison importante pour opter pour une alimentation artificielle au lieu d'allaiter le bébé au sein. Le/la partenaire peut soutenir de différentes manières (*voir explications*) et/ou la jeune maman peut tirer son lait. L'allaitement maternel peut également causer des tensions supplémentaires dans le couple.

Aucune étude complémentaire n'a été trouvée pour étayer cette recommandation.

Considérations

- Évaluation globale des effets et certitude des données probantes pour les critères de jugement critiques : cette recommandation est basée sur 'Evidence Review Q' du NICE qui se base sur des études qualitatives. Leur qualité varie de faible à élevée. Nous concluons donc à une faible certitude des preuves.
- Rapport bénéfices-risques : en faveur des recommandations. Impliquer le/la partenaire et les proches dans l'allaitement peut d'une part avoir un impact positif sur la relation et faciliter l'allaitement, mais d'autre part aussi avoir un impact négatif sur la relation et causer des problèmes relationnels. Une formation complémentaire des professionnels de la santé peut être nécessaire, ainsi qu'une autre façon de travailler pouvant s'accompagner d'un investissement en temps plus important. Aucun coût majeur n'est prévu ; or, il peut varier en fonction de l'application des recommandations (par exemple, prévoir des séances d'information individuelles ou en groupe, des brochures ou une approche sur mesure). Donner des informations et offrir un soutien ne représentent qu'un faible coût qui est compensé par les grands avantages ¹⁶⁶.
- Valeurs et préférences : il est bien possible que toutes les femmes ne souhaitent pas que leur partenaire/leurs proches soient impliqués et/ou que le/la partenaire/les proches eux-mêmes le refusent. Il peut également y avoir une divergence dans les attentes et les souhaits.
- Applicabilité : applicable dans les soins primaires en Belgique.

Conclusion : Il existe une faible certitude de preuves concernant le fait d'informer le/la partenaire comment soutenir sa conjointe à l'allaitement, basée sur 1 « evidence

¹⁶⁶ National Guideline Alliance, p.o.t.R.C.o.O.a.G., Postnatal care, in [Q] Breastfeeding facilitators and barriers. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence

review » du NICE d'études qualitatives. Compte tenu des valeurs et des préférences, cette recommandation peut avoir des conséquences à la fois positives et négatives. Le rapport bénéfices-risques est en faveur de la recommandation, mais beaucoup dépend de la manière dont la recommandation est appliquée. Par conséquent, les auteurs ont décidé de formuler une recommandation faible (GRADE 2C).

Recommandation 2: Informez les femmes et leurs partenaires de leurs droits en matière d'allaitement, c'est-à-dire le droit d'allaiter dans l'espace public, le droit à des pauses d'allaitement pendant le travail, jusqu'à 9 mois après l'accouchement (**GPP**).

Ce GPP a été repris en partie du guide du NICE 'Postnatal care' de 2021 ¹⁶⁷. La recommandation originale du NICE est étayé par une 'evidence review' d'études qualitatives ('Evidence Review Q) et a été formulée sur la base des connaissances et de l'expérience du Comité du NICE. En ce qui concerne les dimensions de l'allaitement dans les espaces publics, cette 'evidence review' met en évidence le manque d'intimité pendant le séjour à l'hôpital après l'accouchement, l'allaitement en présence d'autres personnes (préoccupations, points de vue et expériences), l'utilisation d'infrastructures privatives dans les espaces publics et l'isolement social. Certaines femmes considèrent l'allaitement dans l'espace public comme quelque chose d'inapproprié ou pour lequel l'infrastructure n'est pas suffisante pour allaiter en paix. Les sentiments de honte, la réticence et le manque d'intimité peuvent être des obstacles potentiels à l'allaitement et peuvent même amener la femme à s'isoler. La recommandation initiale stipulait que les femmes et leurs partenaires devaient être informés de leur droit d'allaiter dans l'espace public. Cette recommandation a été adaptée au contexte belge et formulée de manière plus large, avec une attention particulière pour la jeune maman en milieu de travail, par rapport aux pauses d'allaitement jusqu'à 9 mois après l'accouchement. Le GPP reformulé a été soumis à un panel d'experts et de parties prenantes lors d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de ce GPP :

- Évaluation globale des effets et certitude des preuves : faible certitude des preuves basée sur le guide du NICE. La recommandation a été reformulée et repose sur un consensus formel au sein du groupe d'élaboration de ce guide.
- Rapport bénéfices-risques : en faveur de la recommandation. La recommandation met l'accent sur le droit d'allaiter dans l'espace public et le droit à des pauses

¹⁶⁷ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

d'allaitement au travail jusqu'à 9 mois après l'accouchement, ce qui contribue à prolonger l'allaitement.

- Valeurs et préférences :
 - Certaines femmes éprouvent de la gêne lorsqu'elles allaitent dans l'espace public ; la mention du droit à allaiter dans l'espace public peut empêcher la femme de s'isoler pour allaiter ;
 - Mentionner le droit aux pauses d'allaitement au travail peut abaisser le seuil de décision de poursuivre l'allaitement après la reprise du travail.
- Applicabilité : applicable dans les soins primaires en Belgique.

Conclusion : le niveau de certitude des preuves concernant l'allaitement dans l'espace public est faible. D'une part, le GPP est basé sur les connaissances et l'expérience du comité du NICE qui a formulé la recommandation originale. Après amendement par les auteurs, il a été soumis à un panel d'experts et de parties prenantes par le biais d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Recommandation 3: Encouragez la maman à avoir un contact peau à peau précoce avec son bébé afin que l'allaitement puisse commencer lorsque les deux y sont prêts (**GRADE 1B**).

Cette recommandation a été adaptée du guide du NICE « Postnatal care »¹⁶⁸ de 2021 sur la base d'une « evidence review » (S)¹⁶⁹ montrant une maximalisation des avantages des recommandations concernant l'allaitement maternel quand elles sont appliquées le plus tôt possible après la naissance. Le Comité du NICE n'a trouvé aucune preuve scientifique spécifique par rapport au contact peau à peau précoce. La recommandation originale du NICE est basée sur l'avis d'experts et est conforme à la recommandation de l'OMS.

La recherche complémentaire a permis d'identifier les études pertinentes suivantes :

- La revue systématique de 2016 de Moore et coll.¹⁷⁰ de bonne qualité a étudié les effets d'un contact peau à peau immédiat ou précoce entre la maman et le nouveau-né en bonne santé par rapport à l'initiation habituelle de ce contact. 38 études ont été incluses dans l'analyse (n = 3.472 participants). Les sous-analyses

¹⁶⁸ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

¹⁶⁹ National Guideline Alliance, p.o.t.R.C.o.O.a.G., Postnatal care, in [S] Breastfeeding information and support. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence. [Breastfeeding information and support - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557021/)

¹⁷⁰ Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev 2016;11(11):CD003519.

montrent que le contact peau à peau augmente de 24 % les chances d'allaiter pendant 1 à 4 mois (RR de 1,24 ; IC à 95 % 1,07-1,43). Avec un contact peau à peau immédiat ou précoce, les mamans ont allaité en moyenne 63,73 jours de plus.

- La méta-analyse de Karimi et coll.¹⁷¹ de 2019 de bonne qualité a inclus 9 études avec un total de 597 participants dans le groupe d'intervention et 553 dans le groupe témoin, et a examiné l'effet du contact peau à peau entre la maman et le nouveau-né immédiatement après la naissance sur le taux de réussite et sur la durée du premier allaitement. Le contact peau à peau immédiatement après la naissance multiplie par 2,8 les chances de succès du premier allaitement (DM 1,90 ; RC : 2 771 ; IC à 95 % 1,587-4,838) et prolonge la durée de l'allaitement de 27 jours en moyenne (DM 26,627 ; IC à 95 % 1,070-52,184).
- La méta-analyse de Karimi et coll.¹⁷² de 2020 de bonne qualité a inclus 8 études avec un total de 511 participants dans le groupe d'intervention et 508 participants dans le groupe témoin et a étudié l'effet du contact peau à peau immédiatement après la naissance sur l'allaitement exclusif. Le contact peau à peau immédiatement après la naissance a eu un effet positif significatif sur l'allaitement maternel exclusif, avec une probabilité de 120 % plus élevée (RC : 2.19 ; IC à 95 % 1,66-2,00). Le contact peau à peau augmente de 2,5 fois plus les chances d'allaiter exclusivement entre la sortie de la maternité et 3 mois après l'accouchement (RC 2,47 ; IC 95 % 1,76-3,48) et de 1,7 fois plus les chances d'allaiter exclusivement 3 à 6 mois après l'accouchement (RC 1,71 ; IC à 95 % 1,05-2,78).

Considérations

- Évaluation globale des effets et certitude des données probantes pour les critères de jugement critiques : certitude modérée des preuves.
- Rapport bénéfices-risques : en faveur des recommandations. Comme pour les recommandations précédentes, une formation supplémentaire des prestataires de soins de santé peut s'avérer nécessaire. L'application des recommandations peut nécessiter un investissement en temps supplémentaire ; ainsi, le temps limité des professionnels de la santé peut constituer un obstacle à la mise en œuvre de la recommandation¹⁷³. Le besoin de continuité dans le suivi de l'allaitement par le

¹⁷¹ Karimi FZ, Sadeghi R, Maleki-Saghooni N, Khadivzadeh T. The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. Taiwan J Obstet Gynecol 2019;58(1):1-9.

¹⁷² Karimi FZ, Miri HH, Khadivzadeh T, Maleki-Saghooni N. The effect of mother-infant skin-to-skin contact immediately after birth on exclusive breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. J Turk Ger Gynecol Assoc 2020;21(1):46-56.

¹⁷³ National Guideline Alliance, p.o.t.R.C.o.O.a.G., Postnatal care, in [S] Breastfeeding information and support. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence. [Breastfeeding information and support - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](https://www.nice.org.uk/guidance/ng191/chapter/Recommendations#breastfeeding-information-and-support)

prestataire de soins peut avoir un impact sur l'organisation. Aucune preuve économique n'a été trouvée, mais on peut s'attendre à un petit coût supplémentaire pour la formation et l'investissement en temps supplémentaire, entre autres. Les avantages (pour la santé) de ces recommandations l'emportent sur les inconvénients ¹⁷⁴.

- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicable dans les soins primaires en Belgique.

Conclusion : les recommandations visent à soutenir et à améliorer les pratiques actuelles d'allaitement, avec un effet possible (changement) sur l'organisation de l'offre de soins, mais sans surcoût significatif. Elles sont principalement basées sur des recherches qualitatives qui explorent les expériences des femmes et des prestataires de soins. Nous concluons à une certitude modérée des preuves, mais avec un rapport bénéfique/risque en faveur de la recommandation.

Recommandation 4: Offrez un soutien et une éducation à l'allaitement maternel, en utilisant une variété d'interventions (**GRADE 1B**).

Cette recommandation a été adaptée du guide du NICE « Postnatal care » de 2021 ¹⁷⁵ sur la base d'une « evidence review »(S) ¹⁷⁶ montrant que les femmes apprécient un soutien pratique et des informations sur l'allaitement, les attentes y relatives et les mécanismes physiologiques sous-jacents. Ces informations leur permettent de faire la distinction entre ce qui est normal et ce qui ne l'est pas et quand elles doivent rechercher de l'aide. Les inquiétudes concernant une production de lait suffisante et le bon déroulement de l'allaitement doivent être pris en charge. Les femmes préfèrent le langage parlé « ordinaire » aux termes techniques et cliniques. Certaines caractéristiques de l'allaitement, comme les mamelons douloureux, peuvent décourager les femmes si elles ne savent pas à l'avance que cette plainte est fréquente (et qu'on peut remédier à la cause). A l'inverse, une bonne connaissance de l'importance de l'allaitement permet de persévérer à des moments plus difficiles.

La recherche complémentaire a identifié les études pertinentes suivantes :

¹⁷⁴ National Guideline Alliance, p.o.t.R.C.o.O.a.G., Postnatal care, in [S] Breastfeeding information and support. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence. [Breastfeeding information and support - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#)

¹⁷⁵ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](#)

¹⁷⁶ National Guideline Alliance, p.o.t.R.C.o.O.a.G., Postnatal care, in [S] Breastfeeding information and support. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence. [Breastfeeding information and support - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#)

- La revue systématique de bonne qualité de Balogun et coll.¹⁷⁷ de 2016 a étudié l'effet des interventions promouvant l'allaitement maternel (campagnes promotionnelles et soutien) par les prestataires de soins sur l'initiation à l'allaitement par rapport aux soins habituels (groupe témoin). Les données de 23 études (n = 104 238 participants) ont été utilisées. L'éducation et le soutien à l'allaitement maternel par les prestataires de soins augmentent les chances d'initier l'allaitement de 43 % par rapport aux soins habituels (RR 1,43 ; IC 95 % 1,07-1,92). La revue a inclus toute intervention favorisant l'initiation de l'allaitement et ayant lieu avant le début du premier allaitement. Les exemples sont l'utilisation des multimédias, le soutien par les pairs, les organisations locales pour les femmes enceintes ou les femmes qui ont récemment accouché, l'utilisation de consultantes en lactation et divers programmes. La revue présentait quelques lacunes (conception de l'étude, hétérogénéité), nous obligeant de baisser le niveau de certitude des preuves.
- La méta-analyse de bonne qualité de 2016 de Patnode et coll.¹⁷⁸ décrit les avantages et les inconvénients des interventions d'allaitement sur les résultats de santé pour la maman et l'enfant, la quantité et la durée de l'allaitement et les inconvénients liés aux interventions. 52 études ont été incluses (n=66.757 participants). Les interventions individuelles en matière d'allaitement ont montré des associations favorables avec :
 - toute forme d'allaitement maternel ; ces interventions ont augmenté la probabilité d'allaiter pendant moins de 3 mois de 7 % (RR 1,07 ; IC à 95 % 1,03-1,11 ; 26 études, n = 11 588) et la probabilité d'allaiter pendant 3 à moins de 6 mois de 11 % (RR 1,11 ; IC à 95 % 1,04-1,18 ; 23 études, n = 8 942).
 - l'allaitement exclusif ; ces interventions ont augmenté la probabilité d'allaiter pendant moins de 3 mois de 21 % (RR 1,2 ; IC à 95 % 1,11-1,33 ; 22 études, n = 8 246), la probabilité d'allaiter pendant 3 à moins de 6 mois de 20 % (RR 1,20 ; IC à 95 % 1,05-1,38 ; 18 études, n = 7 027) et la probabilité d'allaiter pendant 6 mois de 16 % (RR 1,16, IC à 95 % 1,02-1,32, 17 études, n = 7 690).

Considérations

- Évaluation globale des effets et certitude des données probantes pour les critères de jugement critiques : niveau de certitude de preuve modérée.
- Rapport bénéfices-risques : en faveur des recommandations. Comme pour les recommandations précédentes, une formation supplémentaire des prestataires de soins de santé peut s'avérer nécessaire. L'application des recommandations peut nécessiter un investissement en temps supplémentaire ; ainsi, le temps limité

¹⁷⁷ Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, et al. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;11(11):CD001688.

¹⁷⁸ Patnode CD, Henninger ML, Senger CA, et al. Primary care interventions to support breastfeeding: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2016;316(16):1694-1705. Erratum in: *JAMA* 2016;316(20):2155.

des professionnels de la santé peut constituer un obstacle à la mise en œuvre de la recommandation ¹⁷⁹. Le besoin de continuité dans le suivi de l'allaitement par le prestataire de soins peut avoir un impact sur l'organisation. Aucune preuve économique n'a été trouvée, mais on peut s'attendre à un petit coût supplémentaire pour la formation et l'investissement en temps supplémentaire, entre autres. Les avantages (pour la santé) de ces recommandations l'emportent sur les inconvénients ¹⁸⁰.

- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicable dans les soins primaires en Belgique.

Conclusion : les recommandations visent à soutenir l'allaitement et à améliorer les pratiques actuelles en la matière, avec un éventuel effet (changement) sur l'organisation de l'offre de soins, mais sans surcoût significatif. Elles sont principalement basées sur des études qualitatives qui évaluent les expériences des femmes et des professionnels de la santé. Les auteurs ont conclu à un niveau de certitude des preuves modéré avec un rapport bénéfice/risque en faveur de la recommandation.

Recommandation 5: Fournissez des soins d'allaitement en face à face adaptés aux besoins individuels de la maman, appuyés par des informations écrites, numériques ou téléphoniques et assurez la continuité (**GRADE 1C**).

Cette recommandation a été adaptée du guide du NICE « Postnatal care » de 2021 ¹⁸¹ sur la base d'une « evidence review » (S) ¹⁸² montrant que les femmes apprécient un soutien pratique et des informations sur l'allaitement, les attentes y relatives et les mécanismes physiologiques sous-jacents. Ces informations leur permettent de faire la distinction entre ce qui est normal et ce qui ne l'est pas et quand elles doivent rechercher de l'aide. Les inquiétudes concernant une production de lait suffisante et le bon déroulement de l'allaitement doivent être pris en charge. Les femmes préfèrent le langage parlé « ordinaire » aux termes techniques et cliniques. Certaines

¹⁷⁹ National Guideline Alliance, p.o.t.R.C.o.O.a.G., Postnatal care, in [S] Breastfeeding information and support. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence. [Breastfeeding information and support - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#)

¹⁸⁰ National Guideline Alliance, p.o.t.R.C.o.O.a.G., Postnatal care, in [S] Breastfeeding information and support. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence. [Breastfeeding information and support - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#)

¹⁸¹ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](#)

¹⁸² National Guideline Alliance, p.o.t.R.C.o.O.a.G., Postnatal care, in [S] Breastfeeding information and support. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence. [Breastfeeding information and support - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#)

caractéristiques de l'allaitement, comme les mamelons douloureux, peuvent décourager les femmes si elles ne savent pas à l'avance que cette plainte est fréquente (et qu'on peut remédier à la cause). A l'inverse, une bonne connaissance de l'importance de l'allaitement permet de persévérer à des moments plus difficiles.

La recherche complémentaire a identifié les études pertinentes suivantes :

- La revue systématique de D'haenens et coll. ¹⁸³ de bonne qualité a étudié l'effet de la « continuité des soins » sur la santé physique et mentale de la maman et de l'enfant. Dix articles ont été inclus portant sur des mamans en bonne santé qui ont accouché ou des nouveau-nés nés après une grossesse de 37 à 42 semaines. Les résultats montrent que les effets de la continuité des soins sur les résultats post-partum pour la maman et l'enfant sont généralement positifs, bien que pas toujours significatifs. Les facteurs de confusion sont entre autres le statut socio-économique des participantes.
- La revue systématique de McFadden et coll. ¹⁸⁴ de 2017 de bonne qualité a examiné diverses méthodes de soutien à l'allaitement, leur timing et leurs modalités (par exemple, en face à face ou par téléphone), ainsi que l'efficacité des prestataires de soins impliqués à cet égard et leur formation. Les données de 73 études ont été analysées (n=74.656 paires maman-enfant). Les résultats combinés confirment que toute forme de soutien réduit de 10 % le risque que les femmes arrêtent l'allaitement maternel mixte ou exclusif à 6 mois (RR : 0,91 ; 95%-BI 0,88-0,95; 51 études). Des résultats similaires ont été observés pour l'arrêt de l'allaitement à 4 à 6 semaines ; le risque a diminué de 13 % (RR : 0,87 ; 95%-BI 0,80-0,95; 33 études). Une réduction de 12 % du risque d'arrêt de l'allaitement exclusif a également été constatée à 6 mois (RR : 0,88 ; IC à 95 % 0,85-0,92 ; 46 études) et de 22% après 4 à 6 semaines (RR : 0,79 ; 95%-BI 0,71-0,89; 32 études). Compte tenu de la grande hétérogénéité (diverses interventions), la certitude des données probantes a été revue à la baisse. Les analyses de sous-groupes suggèrent que le soutien en face à face est associé à de meilleurs taux d'allaitement exclusif que le soutien téléphonique seul ou une forme mixte. Plus de contacts (rendez-vous planifiés) ont un effet similaire, tout comme la durée du contact.
- La revue systématique de 2013 de Lavender et coll. ¹⁸⁵ de bonne qualité a étudié les effets d'un soutien téléphonique pendant la grossesse et au cours des 6

¹⁸³ D'haenens F, Van Rompaey B, Swinnen E, et al. The effects of continuity of care on the health of mother and child in the postnatal period: a systematic review. *Eur J Public Health* 2020;30(4):749-760.

¹⁸⁴ McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;2(2):CD001141. Update in: *Cochrane Database Syst Rev* 2022;10:CD001141.

¹⁸⁵ Lavender T, Richens Y, Milan SJ, et al. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2013(7):CD009338.

premières semaines post-partum, par rapport aux soins habituels, sur les résultats pour la maman et l'enfant. 27 RCT ont été inclus (n=12.256 participants) avec 'la satisfaction maternelle' comme l'un des principaux critères de jugement. Le contact téléphonique peut augmenter la satisfaction des femmes à l'égard du soutien post-partum, mais les preuves ne sont ni solides ni concluantes. Des recherches supplémentaires sont nécessaires. Il n'y a aucune preuve que le contact téléphonique puisse réduire l'anxiété maternelle pendant la grossesse (données de 2 études ; n=386 femmes ; SMD -0,09 ; IC à 95 % 0,29-0,11) ni après l'accouchement (données de deux études ; n=702 femmes ; RR 0,50 ; IC à 95 % 0,17-1,46). Une étude a examiné les niveaux de stress des jeunes mamans à l'aide du 'Parenting Stress Index' administré 3 mois après l'accouchement. Les femmes ayant reçu un soutien téléphonique présentaient 70 % moins de risque de scores de stress élevés (n=94 femmes ; RR 0,30 ; IC à 95 % 0,09-1,00 ; p=0,05), tandis que les femmes ayant reçu un soutien téléphonique en plus des soins habituels, sont 21 % plus susceptibles de continuer l'allaitement (exclusif et mixte) à 6 mois (données de 5 études ; n=691 femmes ; RR : 1,21 ; IC à 95 % 1,06-1,38).

Considérations

- Évaluation globale des effets et certitude des données probantes pour les critères de jugement critiques : faible niveau de certitude des preuves.
- Rapport bénéfices-risques : en faveur des recommandations. Comme pour les recommandations précédentes, une formation supplémentaire des prestataires de soins de santé peut s'avérer nécessaire. L'application des recommandations peut nécessiter un investissement en temps supplémentaire ; ainsi, le temps limité des professionnels de la santé peut constituer un obstacle à la mise en œuvre de la recommandation ¹⁸⁶. Le besoin de continuité dans le suivi de l'allaitement par le prestataire de soins peut avoir un impact sur l'organisation. Aucune preuve économique n'a été trouvée, mais on peut s'attendre à un petit coût supplémentaire pour la formation et l'investissement en temps supplémentaire, entre autres. Les avantages (pour la santé) de ces recommandations l'emportent sur les inconvénients ¹⁸⁷.
- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir.

¹⁸⁶ National Guideline Alliance, p.o.t.R.C.o.O.a.G., Postnatal care, in [S] Breastfeeding information and support. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence. [Breastfeeding information and support - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#)

¹⁸⁷ National Guideline Alliance, p.o.t.R.C.o.O.a.G., Postnatal care, in [S] Breastfeeding information and support. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence. [Breastfeeding information and support - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#)

- **Applicabilité** : applicable dans les soins primaires en Belgique. Cependant, selon la situation, il peut être impossible de fournir à la fois un soutien en face à face et garantir la continuité du prestataire de soins

Conclusion : les recommandations visent à soutenir et à améliorer les pratiques actuelles d'allaitement, avec un effet possible (changement) sur l'organisation de l'offre de soins, mais sans surcoût significatif. Elles sont principalement basées sur des études qualitatives qui évaluent les expériences des femmes et des professionnels de la santé. Nous avons conclu à une faible certitude des preuves, mais avec un rapport bénéfices-risques en faveur des recommandations (GRADE 1C).

2.2. Évaluation de l'allaitement maternel

Recommandations

2. Évaluation de l'allaitement :

- Explorez (**GPP**) :
 - les préoccupations des parents au sujet de l'alimentation de leur bébé ;
 - la fréquence et la durée des tétées ;
 - si le bébé tète de façon rythmique et avale de manière audible ;
 - si le bébé est satisfait après l'avoir nourri ;
 - si le bébé se réveille pour le nourrir ;
 - la prise ou la perte de poids du bébé ;
 - le nombre de couches humides et sèches ;
 - l'état des seins et des mamelons de la jeune maman ;
 - si le bébé pleure avant ou après l'allaitement ;
 - si la femme ressent de la douleur lors de l'allaitement.
- Observez un moment d'allaitement dans les premières 24 heures après la naissance, et au moins un autre moment d'allaitement au cours de la première semaine (de préférence plusieurs) (**GPP**).

3. Prenez des mesures supplémentaires en cas de préoccupations persistantes concernant l'allaitement (**GPP**).

Explications

Le professionnel de la santé doit avoir les aptitudes et les compétences nécessaires pour évaluer l'allaitement maternel et identifier et discuter des préoccupations éventuelles. L'UNICEF dispose de plusieurs outils pour évaluer l'allaitement maternel ¹⁸⁸.

¹⁸⁸ UNICEF. Breastfeeding Assessment Tools. 2022; Available from: [Breastfeeding assessment tool - maternity \(unicef.org.uk\)](https://www.unicef.org/maternity/breastfeeding-assessment-tool)

En outre, il est conseillé d'observer deux moments d'allaitement au cours de la première semaine. Prenez le temps nécessaire.

En cas de préoccupations, des observations ou des mesures supplémentaires peuvent être nécessaires :

- Ajuster la position et la prise du sein ;
- Donner du lait tiré avec un contenant adapté ;
- Orienter en cas de besoin d'un soutien supplémentaire, comme une consultation en lactation ou un soutien par les pairs ;
- Examen de la bouche, de la morphologie et de la posture générale de l'enfant (torticolis éventuel ou frein éventuel) ;
- Adresser à une consultante en lactation, une sage-femme (à domicile) et/ou un médecin (pédiatre).

Argumentaire

Ces GPP ont été repris du guide de pratique « Postnatal care » du NICE de 2021 ¹⁸⁹ et sont basés sur l'« Evidence review R » du NICE. Cette 'Evidence review' décrit comment la littérature a été recherchée concernant les observations ou les outils cliniques pouvant prédire avec précision les difficultés d'allaitement dans le but de les prévenir grâce à une ou plusieurs interventions précoces. Seules 3 études ont été trouvées, présentant un risque de biais grave/très grave et d'autres lacunes majeures. Les recommandations ont donc été élaborées par un Comité du NICE sur la base d'un consensus, de l'expertise et de l'expérience. Le Comité reconnaît l'importance de certains éléments critiques d'une bonne évaluation de l'allaitement par un professionnel de la santé. Ceux-ci sont conformes aux principes de l'outil d'évaluation de l'allaitement maternel de l'initiative « Amis des bébés » de l'UNICEF ¹⁹⁰. Aucune preuve scientifique complémentaire n'a été trouvée. Les recommandations du NICE ont été adaptées au contexte belge et soumises à un panel d'experts et de parties prenantes lors d'une procédure de consensus Delphi. Elles ont été validées au premier tour.

Considérations

- Rapport bénéfices-risques : en faveur des recommandations. L'évaluation et l'observation de l'allaitement maternel sont importantes, surtout s'il y a des problèmes concernant l'alimentation, le poids ou le vécu. Aucune preuve

¹⁸⁹ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

¹⁹⁰ [Breastfeeding assessment tool - maternity \(unicef.org.uk\)](https://www.unicef.org/infancia/breastfeeding-assessment-tool-maternity)

d'impact économique n'a été trouvée ; un investissement supplémentaire en temps de la part des prestataires de soins est à prévoir.

- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicable dans les soins primaires en Belgique.

Conclusion : aucune preuve n'a été trouvée pour étayer les recommandations. Le GPP est donc basé sur un consensus. Malgré l'investissement en temps supplémentaire possible, l'évaluation de l'allaitement et l'observation de l'allaitement sont des aspects importants dans les soins, surtout s'il y a des problèmes concernant l'alimentation, le poids ou le vécu.

3. Alimentation artificielle

Recommandations

1. Discutez de l'alimentation artificielle avec les parents qui envisagent ou sont obligés de donner une alimentation artificielle, en tenant compte du fait que les bébés peuvent recevoir, en plus de l'allaitement maternel ou du lait tiré, une alimentation artificielle partielle (**GRADE 1C**).
2. Prodiguez de préférence des soins relatifs à l'alimentation artificielle en face à face adaptés aux besoins individuels de la jeune maman, complétés par des informations écrites, numériques et/ou fournies par téléphone (**GRADE 2C**).
3. Aidez les parents qui envisagent de compléter l'allaitement maternel avec du lait artificiel ou de passer de l'allaitement maternel à l'allaitement artificiel à prendre une décision éclairée (**GRADE 1C**).

Explications

Bien que l'allaitement maternel soit préféré, le lait artificiel seul ou combiné à l'allaitement est également possible. Les prestataires de soins doivent respecter ce choix. Les informations qu'ils fournissent sur l'alimentation artificielle sont donc sans jugement, à l'appui et neutres.

En Fédération Wallonie Bruxelles, les mamans sortent de la maternité avec un fascicule explicatif sur l'allaitement ou l'alimentation artificielle. Les PEP's et les sage-femmes reprennent cette information lors de leurs visites à domicile.

Les informations sur l'alimentation artificielle doivent inclure les éléments suivants :

- Les différences entre le lait maternel et l'alimentation artificielle ;

- Les préparations pour nourrissons sont la seule alimentation artificielle dont les bébés ont besoin pendant leur première année de vie, à moins qu'il n'y ait des besoins médicaux spécifiques ;
- Comment stériliser le matériel alimentaire et préparer l'alimentation artificielle en toute sécurité, avec une démonstration pratique si nécessaire ;
- Aux femmes qui souhaitent allaiter leur bébé et envisagent une supplémentation en lait artificiel : les effets potentiels de la supplémentation sur le succès de l'allaitement et comment maintenir une production de lait suffisante.

Le soutien à l'alimentation artificielle comprend les aspects suivants :

- Donnez des conseils sur :
 - l'alimentation artificielle réactive : c'est-à-dire que la maman réagit aux signaux de son bébé et à son propre désir de nourrir le bébé. L'alimentation réactive s'inscrit dans la notion que l'alimentation est plus que nourrir, mais comprend également le fait d'offrir de l'amour et du réconfort ;
 - la fréquence de l'alimentation artificielle ;
 - comment reconnaître les signaux de faim et de satiété : il est possible de « suralimenter » un bébé nourri au lait artificiel ;
 - d'autres moyens que l'alimentation pour réconforter et calmer le bébé ;
 - créer un lien avec le bébé pendant l'alimentation par biberon par le contact peau à peau, le contact avec les yeux et en limitant le nombre de personnes qui nourrissent le bébé régulièrement ;
 - la position du bébé pendant l'alimentation au biberon et les dangers d'un oreiller d'alimentation (« prop feeding »).
- Aidez à reconnaître les signaux de faim et de satiété ¹⁹¹ :
 - sucer les doigts, serrer les poings, bouger et se tortiller, les mouvements oculaires rapides sont des signes que le bébé est prêt pour être nourri ;
 - Nourrir le bébé à ce moment est idéal car le bébé est encore calme ;
 - Les pleurs sont le dernier signe de faim et à ce stade, le bébé peut être trop bouleversé pour boire.
- Observez un moment d'alimentation.

Argumentaire

Recommandation 1: Discutez de l'alimentation artificielle avec les parents qui envisagent ou sont obligés de donner une alimentation artificielle, en tenant compte du fait que les bébés peuvent recevoir, en plus de l'allaitement maternel ou du lait tiré, une alimentation artificielle partielle (**GRADE 1C**).

¹⁹¹ <https://www.breastfeedinginsheffield.co.uk/mum-and-baby/baby-feeding-cues/>

Cette recommandation a été reprise du guide de pratique du NICE « Postnatal care » de 2021 ¹⁹² et est basée sur l'« Evidence review T » du guide du NICE ¹⁹³ qui se base sur des études qualitatives. Cette 'Evidence review' montre que les femmes qui nourrissent au lait artificiel se sentent insuffisamment soutenues. Les informations, brochures et discussions existantes semblent se concentrer principalement sur l'allaitement maternel. De plus, il existe peu d'informations nuancées sur les préparations pour nourrissons sans continuer à privilégier l'allaitement maternel. Les choix alimentaires peuvent avoir un impact émotionnel important sur les parents. Les prestataires de soins doivent offrir un soutien quel que soit le choix final des parents. Il est souhaitable d'entamer la discussion sur l'alimentation artificielle et de fournir des informations à ce sujet avant la naissance et de continuer après la naissance.

La recherche complémentaire a identifié les études qualitatives pertinentes suivantes :

- Dans leur étude qualitative et descriptive norvégienne de 2017, Hvatum et coll. ¹⁹⁴ ont interrogé 12 jeunes mamans norvégiennes par le biais d'entretiens individuels semi-structurés sur leurs expériences concernant le fait de ne pas nourrir au sein dans une culture favorisant l'allaitement maternel. Trois grands thèmes ressortent de l'analyse : (1) le désir de s'adapter à cette culture; (2) le sentiment d'avoir enfreint la loi et (3) le manque d'informations (ou informations trop peu nuancées). Du troisième thème ressort que trop peu d'informations, des informations trop simples et incorrectes sont fournies sur l'alimentation artificielle. L'objectif doit être de prodiguer des soins et une éducation de haut niveau.
- L'étude d'Appleton et coll. ¹⁹⁵ de 2018 explore les pratiques d'alimentation artificielle des parents – et les facteurs qui les influencent – et les sources d'informations qu'ils utilisent. L'analyse thématique de 24 entretiens téléphoniques semi-structurés (n=24) montre qu'il existe un besoin de conseils pour parvenir à une décision éclairée. À l'heure actuelle, l'offre d'informations/de conseils est insuffisante pour aider les parents à cet égard.

¹⁹² Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

¹⁹³

- Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)
- National Guideline Alliance, p.o.t.R. and College of Obstetricians and Gynaecologists, Postnatal care, in [T] Formula feeding information and support. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence. p. 92.

¹⁹⁴ Hvatum I, Glavin K. Mothers' experience of not breastfeeding in a breastfeeding culture. J Clin Nurs 2017;26(19-20):3144-3155.

¹⁹⁵ Appleton J, Laws R, Russell CG, et al. Infant formula feeding practices and the role of advice and support: an exploratory qualitative study. BMC Pediatr 2018;18(1):12.

- La recherche qualitative de Wirihana et coll. ¹⁹⁶ de 2012 explore, à partir de 4 entretiens individuels semi-structurés qui ont eu lieu environ 4 semaines après l'accouchement, les expériences postnatales de femmes qui n'allaitent pas. L'étude vise à mieux comprendre leur perception des soins et à les accompagner dans leur choix. L'analyse montre que les femmes se sentent mal à l'aise à demander de l'aide et que l'éducation proposée est fragmentée. Elles comptent sur les prestataires de soins de santé pour offrir cette éducation.
- L'étude ethnographique de 2017 de Wennberg et coll. ¹⁹⁷ a examiné les discussions des mamans sur les forums sur l'Internet au sujet de leur perceptions quant à l'introduction du lait artificiel. Les principales conclusions étaient le fait que les femmes recevaient souvent des conseils contradictoires, que les prestataires de soins de santé privilégiaient systématiquement l'allaitement maternel et avaient des préoccupations lorsque les parents optaient pour une alimentation artificielle. Les auteurs arrivent à la conclusion que des expériences positives avec les prestataires de soins peuvent écarter la peur, la honte et la culpabilité et faciliter la décision d'opter pour une alimentation artificielle.

Considérations

- Évaluation globale des effets et certitude des données probantes pour les critères de jugement critiques : cette recommandation est basée sur l' « evidence review T » du NICE T qui se base sur des études qualitatives. La qualité des études varie de faible à élevée. Nous concluons donc à une faible certitude des preuves. La recherche complémentaire dans la littérature a identifié 4 études qualitatives supplémentaires qui étaient la recommandation.
- Rapport bénéfices-risques : en faveur des recommandations. Comme pour les recommandations précédentes, une formation complémentaire des prestataires de soins de santé peut s'avérer nécessaire pour acquérir une expertise et les connaissances suffisantes concernant l'alimentation artificielle. L'application des recommandations peut nécessiter un investissement supplémentaire en temps. Le besoin de continuité dans le suivi de l'allaitement par le prestataire de soins peut avoir un impact sur l'organisation. Aucune preuve économique n'a été trouvée, mais on peut s'attendre à un léger surcoût, entre autres pour la formation et l'investissement supplémentaire en temps. Les avantages (pour la santé) de ces recommandations l'emportent sur les inconvénients.
- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir.

¹⁹⁶ Wirihana LA, Barnard A. Women's perceptions of their healthcare experience when they choose not to breastfeed. *Women Birth* 2012;25(3):135-41.

¹⁹⁷ Wennberg AL, Jonsson S, Zadik Janke J, Hörnsten Å. Online Perceptions of Mothers About Breastfeeding and Introducing Formula: Qualitative Study. *JMIR Public Health Surveill* 2017;3(4):e88.

- Applicabilité : applicable dans les soins primaires en Belgique.

Conclusion : la recommandation vise à soutenir et à améliorer la pratique actuelle en matière d'alimentation artificielle, avec un éventuel effet (changement) sur l'organisation de l'offre de soins, mais sans surcoût significatif. Elle est principalement basée sur des études qualitatives qui évaluent les expériences des femmes et des professionnels de la santé. Nous concluons à une faible certitude des preuves, mais avec un rapport bénéfice/risque en faveur de la recommandation (GRADE 1C).

Recommandation 2: Prodiguez de préférence des soins relatifs à l'alimentation artificielle en face à face adaptés aux besoins individuels de la jeune maman, complétés par des informations écrites, numériques et/ou fournies par téléphone (**GRADE 2C**).

Cette recommandation a été reprise du guide de pratique du NICE « Postnatal care » de 2021 ¹⁹⁸ et est basée sur l'« Evidence review T » du guide du NICE ¹⁹⁹ qui se base sur des études qualitatives. Cette 'Evidence review' montre que les femmes qui nourrissent au lait artificiel apprécient le plus un soutien offert en face à face. Des informations complémentaires peuvent être utiles. Les informations doivent être pratiques : sur une alimentation artificielle sûre et sur la manière d'interpréter et de réagir au comportement et aux signes du bébé. L'importance de la continuité du prestataire de soins a également été soulignée. Différents prestataires de soins de santé fournissent souvent des informations contradictoires, ce qui laisse les femmes confuses et découragées. Les mamans qui ont opté pour l'alimentation artificielle ont trouvé peu d'informations sur les différents types de lait artificiel et leurs valeurs nutritionnelles, sur la manière sûre de préparer le lait artificiel et sur les quantités. Les mamans tentant d'allaiter n'étaient pas conscientes des effets indésirables potentiels d'une alimentation artificielle complémentaire sur le succès de l'allaitement. Elles se sentaient insuffisamment soutenues dans ce domaine, car toutes les informations existantes semblaient se concentrer sur l'allaitement maternel.

¹⁹⁸ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

¹⁹⁹

- Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)
- National Guideline Alliance, p.o.t.R. and College of Obstetricians and Gynaecologists, Postnatal care, in [T] Formula feeding information and support. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence. p. 92.

La recommandation du NICE sur le soutien en face à face et/ou soutien numérique est basée sur l'étude à méthodes mixtes de 2009 par Roberts et coll.²⁰⁰ portant sur un échantillon de femmes qui ont soit donné le sein (n=49 ; 54 %), soit nourri au lait artificiel (n=32 ; 35 %), soit les deux (n=10 ; 11 %). L'étude était basée sur un questionnaire (n=91) et 20 entretiens téléphoniques semi-structurés individuels (« purposively selected ») 6 à 8 semaines après l'accouchement pour déterminer si une assistance par vidéo après la sortie de l'hôpital est une méthode utile pour soutenir l'alimentation du nouveau-né. L'étude a analysé les opinions des femmes concernant une situation hypothétique. Les participantes ont exprimé des inquiétudes quant à l'impact de la technologie sur le soutien actuel. Elles ne veulent pas que la technologie remplace ou réduise les contacts en face à face. Le soutien numérique est considéré comme un bon ajout en dehors des heures de travail, les e-mails et les SMS étant considérés comme plus faciles et plus accessibles que la vidéo.

La recherche complémentaire a identifié les études pertinentes suivantes :

- La revue systématique de 2013 de Lavender et coll.²⁰¹ de bonne qualité étudie les effets de l'assistance téléphonique pendant la grossesse et au cours des 6 premières semaines post-partum, par rapport aux soins habituels, sur les résultats pour la maman et l'enfant. 27 RCT ont été inclus (n=12.256 participants) avec 'satisfaction maternelle' comme l'un des principaux critères de jugement. Deux études²⁰² rapportent des scores moyens de satisfaction à l'égard des soins pendant la grossesse : la satisfaction moyenne dans le groupe témoin (soins habituels) était plus faible (DMS 1,16 ; IC à 95 % 0,79-1,54 ; n = 132). Une autre étude de 1995²⁰³ décrit le nombre de femmes qui n'étaient pas satisfaites des soins prodigués ; il n'y avait pas de différences claires entre le groupe d'intervention et

²⁰⁰

- Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)
- Roberts, A., et al., The use of video support for infant feeding after hospital discharge: a study in remote and rural Scotland. *Maternal & Child Nutrition*, 2009. 5(4): p. 347-357.

²⁰¹ Lavender T, Richens Y, Milan SJ, et al. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2013(7):CD009338.

²⁰²

- Little M, Saul G, Testa K, Gaziano C. The influence of telephonic nursing care coordination on patient satisfaction in a predominantly low-income, high-risk pregnancy population. *Lippincotts Case Manag* 2002;7(1):15-23.
- Jareethum R, Titapant V, Chantra T, et al. Satisfaction of healthy pregnant women receiving short message service via mobile phone for prenatal support: A randomized controlled trial. *J Med Assoc Thai*;91(4):458-63.

²⁰³ Mongeon M, Allard R. Essai contrôlé d'un soutien téléphonique régulier donné par une bénévole sur le déroulement et l'issue de l'allaitement [Controlled study of a regular telephone support program given by volunteers on the establishment of breastfeeding]. *Can J Public Health* 1995;86(2):124-7.

le groupe témoin (RR 0,84 ; IC à 95 % 0,43-1,64 ; n = 181). Deux études rapportent ²⁰⁴ des scores moyens de satisfaction à l'égard de l'accompagnement en période postnatale. Le groupe d'intervention avait des scores moyens plus élevés (DMS 0,54 ; IC à 95 % 0,17-0,91 ; n = 119). Les auteurs de la revue systématique concluent qu'il n'y a pas suffisamment de preuves pour recommander un contact téléphonique de routine.

- La recherche descriptive et qualitative de Hennessy de 2020 ²⁰⁵ menée en Irlande a interrogé les parents (24 mamans et 5 pères) et les prestataires de soins primaires d'enfants de moins de 30 mois à l'aide d'entretiens semi-structurés. Les résultats montrent l'importance de l'accès aux services en cas de besoin et le besoin d'informations de haute qualité offertes en différents formats (en face à face, en ligne, individuel, en groupe). L'option du contact téléphonique a été considérée comme positive.
- L'étude à méthodes mixtes de Crossland et coll. de 2020 ²⁰⁶ évalue l'utilisation d'une application sur smart phone, d'un magazine et d'un DVD dans le cadre d'un soutien périnatal. L'étude consistait en des entretiens qualitatifs (n=30) et questionnaires auprès des mamans et des prestataires de soins, à la fois avant (n=161) et après (n=192) l'intervention. Les résultats montrent que la disponibilité continue de l'application et des vidéos offre des avantages et que l'utilisation de différentes sources d'information peut renforcer le lien entre la maman et l'enfant.
- L'étude descriptive de 2016 menée en Australie par Lupton et coll. ²⁰⁷ analyse la perception des femmes enceintes ou ayant accouché (n=36) au cours des 3 dernières années à propos de l'offre de médias numériques et les types d'informations qu'elles valorisent. Les auteurs concluent que les informations offertes par des applications et les médias en ligne redonnent aux femmes un sentiment de contrôle. L'avantage des médias numériques est leur grande accessibilité. De plus, c'est un moyen pour les femmes d'élargir leur réseau.

204

- Jareethum R, Titapant V, Chantra T, et al. Satisfaction of healthy pregnant women receiving short message service via mobile phone for prenatal support: A randomized controlled trial. *J Med Assoc Thai* 2008;91(4):458-63.
- Hoddinott P, Craig L, Maclennan G, et al; NHS Grampian and the University of Aberdeen FEST Project Team. The FEeding Support Team (FEST) randomised, controlled feasibility trial of proactive and reactive telephone support for breastfeeding women living in disadvantaged areas. *BMJ Open* 2012;2(2):e000652.

²⁰⁵ Hennessy M, Byrne M, Laws R, Heary C. "They Just Need to Come Down a Little Bit to your Level": a qualitative study of parents' views and experiences of early life interventions to promote healthy growth and associated behaviours. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(10):3605.

²⁰⁶ Crossland N, Thomson G, Moran VH. Impact of parenting resources on breastfeeding, parenting confidence and relationships. *Midwifery* 2020;81:102591.

²⁰⁷ Lupton D. The use and value of digital media for information about pregnancy and early motherhood: a focus group study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16(1):171.

- L'étude de 2016 de Hvatum et coll.²⁰⁸ souligne que les parents doivent avoir des connaissances suffisantes de l'utilisation correcte et sûre des préparations pour nourrissons. Par conséquent, les prestataires de soins doivent avoir ces connaissances pour pouvoir les transmettre aux parents. Les organismes gouvernementaux ont également une responsabilité à cet égard.
- L'étude de Wirihana et coll.²⁰⁹ de 2012 affirme qu'il est essentiel d'offrir une éducation sur la préparation et le stockage corrects des préparations pour nourrissons. Montrer comment préparer l'alimentation artificielle du nourrisson permet de réduire les risques associés à l'alimentation artificielle.

Pour la recommandation concernant le choix éclairé par rapport à l'alimentation artificielle, nous renvoyons le lecteur à l'argumentaire concernant la discussion du lait artificiel avec les parents (voir page 131).

Considérations

- Évaluation globale des effets et de la certitude des données probantes pour les critères de jugement critiques : cette recommandation est basée sur l'« evidence review T » du NICE d'études qualitatives. La qualité de ces études varie de faible à élevée ; nous concluons donc à une faible certitude des preuves. La recherche documentaire complémentaire a identifié 1 revue systématique, 1 étude à méthodes mixtes et 4 études qualitatives qui étaient davantage la recommandation.
- Rapport bénéfices-risques : en faveur des recommandations. Comme pour les recommandations précédentes, une formation complémentaire des prestataires de soins de santé peut s'avérer nécessaire pour acquérir une expertise et les connaissances suffisantes par rapport à l'alimentation artificielle. L'application des recommandations peut nécessiter un investissement supplémentaire en temps. Le besoin de continuité dans le suivi de l'allaitement par le prestataire de soins peut avoir un impact sur l'organisation. Aucune preuve économique n'a été trouvée, mais on peut s'attendre à un petit coût supplémentaire pour la formation et l'investissement en temps supplémentaire, entre autres. Les avantages (pour la santé) de ces recommandations l'emportent sur les inconvénients.
- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir.

²⁰⁸ Hvatum I, Glavin K. Mothers' experience of not breastfeeding in a breastfeeding culture. *J Clin Nurs* 2017;26(19-20):3144-3155.

²⁰⁹ Wirihana LA, Barnard A. Women's perceptions of their healthcare experience when they choose not to breastfeed. *Women Birth* 2012;25(3):135-41.

- **Applicabilité** : applicable en soins primaires en Belgique. Cependant, selon la situation, il peut être impossible de fournir à la fois un soutien en face à face et garantir la continuité du prestataire de soins.

Conclusion : la recommandation vise à soutenir et à améliorer la pratique actuelle en matière d'alimentation artificielle, avec un éventuel effet (changement) sur l'organisation de l'offre de soins, mais sans surcoût significatif. Elle est principalement basée sur des études qualitatives qui évaluent les expériences des femmes et des professionnels de la santé. Nous concluons à une faible certitude des preuves, mais avec un rapport bénéfice/risque en faveur de la recommandation (GRADE 2C).

Recommandation 3: Aidez les parents qui envisagent de compléter l'allaitement maternel avec du lait artificiel ou de passer de l'allaitement maternel à l'allaitement artificiel à prendre une décision éclairée (**GRADE 1C**).

Cette recommandation a été reprise du guide de pratique du NICE « Postnatal care » de 2021 ²¹⁰ et est basée sur l'« Evidence review T » du guide du NICE ²¹¹ qui se base sur des études qualitatives. Cette 'evidence review' montre que les prestataires de soins de santé devraient fournir aux femmes des informations nuancées et fondées sur des preuves qui leur permettent de prendre une décision éclairée sans se sentir coupables. Les femmes qui optent pour une alimentation artificielle ne veulent pas se sentir mises sous pression ou culpabilisées, avoir le sentiment d'être inadéquates ou d'avoir échoué. Les femmes ne veulent pas être réprimandées ou avoir l'impression de faire quelque chose de mal. Certaines femmes trouvent quand même un soutien auprès de prestataires de soins lorsqu'elles commencent l'alimentation artificielle. Dans l'ensemble, les femmes qui nourrissent au lait artificiel éprouvent un manque de soutien et un sentiment d'être « ignorées » en termes de soins postnatals, par rapport aux femmes qui allaitent. Le prestataire de soins peut faire une grande différence dans le passage de l'allaitement maternel à l'alimentation artificielle.

La recherche complémentaire n'a donné aucun résultat.

²¹⁰ Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

²¹¹

- Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)
- National Guideline Alliance, p.o.t.R. and College of Obstetricians and Gynaecologists, Postnatal care, in [T] Formula feeding information and support. 2021, NICE National Institute for Health and Care Excellence. p. 92.

Pour la recommandation concernant le choix éclairé par rapport à l'alimentation artificielle, nous renvoyons le lecteur à l'argumentaire concernant la discussion du lait artificiel avec les parents (voir page 131).

Considérations

- Évaluation globale des effets et de la certitude des données probantes pour les critères de jugement critiques : cette recommandation est basée sur l'evidence review T du NICE d'études qualitatives. La qualité de ces études varie de faible à élevée ; nous concluons donc à une faible certitude des preuves. La recherche complémentaire n'a donné aucun résultat.
- Rapport bénéfices-risques : en faveur des recommandations. Comme pour les recommandations précédentes, une formation complémentaire des prestataires de soins de santé peut s'avérer nécessaire pour acquérir une expertise et les connaissances suffisantes par rapport à l'alimentation artificielle. L'application des recommandations peut nécessiter un investissement supplémentaire en temps. Le besoin de continuité dans le suivi de l'allaitement par le prestataire de soins peut avoir un impact sur l'organisation. Aucune preuve économique n'a été trouvée, mais on peut s'attendre à un léger surcoût pour la formation et l'investissement supplémentaire en temps, entre autres. Les avantages (pour la santé) de ces recommandations l'emportent sur les inconvénients.
- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicable dans les soins primaires en Belgique.

Conclusion : la recommandation vise à soutenir et à améliorer la pratique actuelle en matière d'alimentation artificielle, avec un éventuel effet (changement) sur l'organisation de l'offre de soins, mais sans surcoût significatif. Elle est principalement basée sur des études qualitatives qui évaluent les expériences des femmes et des professionnels de la santé. Nous concluons à une faible certitude des preuves, mais avec un rapport bénéfice/risque en faveur de la recommandation (GRADE 1C).

[4. Suppression de la lactation](#)

Recommandation

Si la jeune maman ne souhaite pas allaiter ou souhaite arrêter l'allaitement maternel, discutez de la suppression de la lactation : donnez des informations et des conseils d'auto-assistance (**GPP**).

Explications

Il est important que les femmes sachent comment fonctionne la lactation et comment celle-ci peut être arrêtée et réduite progressivement. Explorez quel est l'impact émotionnel de l'arrêt de l'allaitement sur la jeune maman.

La prescription de médicaments pour arrêter la lactation n'est efficace que pendant la lactogénèse. Une fois que la production de lait a commencé, les médicaments sont moins efficaces et ont de nombreux effets secondaires. Par conséquent, aucun médicament n'est recommandé.

Donnez les informations suivantes concernant la suppression de la lactation :

- Fonctionnement de la production de lait, ce qui se passe lorsque la production de lait s'arrête et combien de temps il faut avant que la production de lait s'arrête définitivement ;
- Comment réduire progressivement l'allaitement maternel ;
- Avantages et inconvénients des différentes méthodes de suppression de la lactation ;
- Quand demander de l'aide.

Donnez à la jeune maman les conseils d'auto-assistance suivants :

- Éviter de stimuler les seins ;
- Porter un soutien-gorge qui soutient bien ;
- Utiliser des poches de glace (diminuent les douleurs et ralentissent le réflexe d'éjection) ;
- En cas de douleur : prendre des antidouleurs disponibles en vente libre ;
- Tirer le lait avec parcimonie pour réduire l'engorgement.

Argumentaire

Recommandation: Si la jeune maman ne souhaite pas allaiter ou souhaite arrêter l'allaitement maternel, discutez de la suppression de la lactation : donnez des informations et des conseils d'auto-assistance (**GPP**).

Ce GPP est basé sur le guide du NICE de 2021 « Postnatal care »²¹² :

- La recommandation originale comprenait une partie sur les médicaments destinés à arrêter la lactation. Cette partie n'a été adoptée suite aux avis d'experts et conformément au cadre belge. Au cours de la procédure de consensus Delphi, des commentaires ont été formulés concernant la prise en charge relative au spectre des mastites. Le tirage du lait pour réduire l'engorgement est sujet à débat.

²¹² Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk)

La prise en charge relative au spectre des mastites n'entre pas dans le champ d'application du présent guide de pratique. Nous renvoyons le lecteur au protocole clinique de l'Academy of Breastfeeding'²¹³.

- Le guide de pratique du NICE n'a trouvé aucune étude pertinente pour étayer la recommandation d'informer les femmes et les partenaires sur la suppression de la lactation. La recommandation est donc basée sur les connaissances et l'expertise des auteurs du guide du NICE. Cette recommandation a été soumise à un panel d'experts et de parties prenantes au cours d'une procédure de consensus Delphi et a été validée au premier tour.

Considérations

- Rapport bénéfices-risques : en faveur du GPP. Comme pour les recommandations précédentes, une formation complémentaire des prestataires de soins de santé peut s'avérer nécessaire pour acquérir une expertise et les connaissances suffisantes par rapport à la suppression de la lactation. Aucune preuve économique n'a été trouvée, mais on peut s'attendre à un petit surcoût pour la formation et l'investissement en temps supplémentaire, entre autres. Les avantages (pour la santé) de ce GPP l'emportent sur les inconvénients.
- Valeurs et préférences : peu de variabilité à prévoir.
- Applicabilité : applicable en soins primaires en Belgique.

Conclusion : la recommandation vise à soutenir et à améliorer les pratiques actuelles en matière de suppression de la lactation, avec un éventuel effet (changement) sur l'organisation de l'offre de soins, mais sans surcoût significatif. Elle est principalement basée sur des études qualitatives qui évaluent les expériences des femmes et des professionnels de la santé. Nous concluons à une faible certitude des preuves, mais avec un rapport bénéfice/risque en faveur du GPP.

²¹³ Mitchell KB, Johnson HM, Rodríguez JM, et al; Academy of Breastfeeding Medicine. Academy of Breastfeeding Medicine clinical protocol #36: the mastitis spectrum, Revised 2022. *Breastfeed Med* 2022;17(5):360-376. Erratum in: *Breastfeed Med* 2022;17(11):977-978.

GRADE

Dans ce texte est utilisée la classification GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation ²¹⁴). GRADE est une méthode développée par le groupe de travail GRADE pour avoir un aperçu pratique de la certitude des preuves scientifiques sous-jacentes et de la force de la recommandation à l'aide d'un codage uniforme. Les critères d'application de GRADE ont été révisés en 2016 ²¹⁵.

L'approche GRADE comprend deux étapes :

1. Une évaluation de la certitude des preuves scientifiques (pour tous les résultats qui ont été décisifs dans la formulation de la recommandation). Dans ce guide, la certitude des preuves est exprimée en 3 niveaux (élevée = A, modérée = B ou faible = C).
2. Une évaluation ou une gradation de la force de la recommandation, qui est exprimée par un chiffre (forte = 1 ou faible = 2).

Par exemple (voir tableau 6):

- 1A signifie que les avantages de la recommandation l'emportent clairement sur les inconvénients et que la recommandation est étayée par des études contrôlées randomisées bien menées ou des études observationnelles convaincantes.
- 2C signifie qu'il existe une incertitude quant aux avantages et aux inconvénients de la recommandation et qu'elle est « seulement » étayée par des études observationnelles ordinaires ou des études de cas.

Il existe aussi les points de bonne pratique (GPP). Il s'agit de recommandations fortes basées sur l'opinion d'experts et une procédure formelle de consensus (Delphi). Un GPP est formulé lorsqu'il n'y a que des preuves scientifiques indirectes, et que la recommandation est nécessaire pour fournir de bons soins

²¹⁴

- Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, et al, for the GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924-6.
- Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al, for GRADE Working Group. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMJ* 2008;336:995-8.

²¹⁵ Criteria for using GRADE 2016

http://www.gradeworkinggroup.org/docs/Criteria_for_using_GRADE_2016-04-05.pdf

et que les avantages sont clairs. Un GPP est donc toujours une recommandation forte, mais sans données probantes directes à l'appui.

Pour décider de formuler une recommandation forte ou faible, les avantages et les inconvénients, les préférences des patients et l'applicabilité ont été pris en compte en plus de la certitude des preuves. Le rapport coût-efficacité de chaque recommandation a également été évalué. Aucune étude spécifique n'a été trouvée pour examiner les coûts et les avantages. Sauf si explicité, le rapport coût-efficacité était toujours en faveur des recommandations formulées, ce que nous n'avons pas répété pour chaque recommandation.

Tableau 6 : Classification GRADE, signification des codes.

GRADE		Avantages par rapport aux inconvénients ou aux risques	Signification de la certitude des données probantes	Implications
1A	Forte recommandation, niveau élevé de certitude des données probantes	Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques	Notre confiance quant au fait que l'effet réel est proche de l'effet estimé est forte.	Forte recommandation, peut être appliquée chez la plupart des patients et dans la plupart des circonstances
1B	Forte recommandation, niveau modéré de certitude des données probantes		Nous sommes assez confiants dans l'effet estimé. Cet effet peut être proche de l'effet réel, mais il est aussi possible que l'écart entre eux soit important.	
1C	Forte recommandation, faible niveau de certitude des données probantes		Notre confiance dans l'effet estimé est limitée. L'effet réel peut être très différent de l'effet estimé.	Forte recommandation, mais cela peut changer si des données probantes de meilleure qualité deviennent disponibles.
2A	Faible recommandation, niveau élevé de certitude des données probantes	Équilibre entre les avantages et les inconvénients ou les risques	Nous sommes bien convaincus que l'effet réel est proche de l'effet estimé.	Faible recommandation, la meilleure action peut différer selon les circonstances, les patients ou les

2B	Faible recommandation, niveau modéré de certitude des données probantes		Nous sommes assez confiants dans l'effet estimé. Celui-ci peut être proche de l'effet réel, mais il est aussi possible que l'écart entre eux soit important.	valeurs sociales.
2C	Faible recommandation, faible niveau de certitude des données probantes	Incertitude sur les avantages ou les inconvénients - un équilibre entre les deux est possible	Notre confiance dans l'effet estimé est limitée. L'effet réel peut être très différent.	Recommandation très faible, les alternatives peuvent tout aussi bien être justifiées
GPP	Recommandation forte sans données probantes directes à l'appui (sans mention d'un GRADE).			

Agenda de recherche

Agenda de recherche concernant les informations et le soutien à offrir en période post-partum :

- Il est nécessaire de mener des recherches scientifiques sur le meilleur intervalle après la naissance pendant lequel l'examen de routine du nouveau-né et la première visite de suivi postnatal à domicile devraient avoir lieu ;
- Il est nécessaire de mener des recherches scientifiques sur l'effet de l'attachement émotionnel au nouveau-né sur la santé et le bien-être de l'enfant.

Agenda de recherche concernant les tests de dépistage chez le nouveau-né :

Il est nécessaire de mener des recherches scientifiques pour déterminer quelles sont les conditions pour lesquelles un dépistage ciblé et/ou une détection précoce ont un effet sur la santé et le développement ultérieurs du nouveau-né (y compris le développement psychomoteur et le développement de la parole).

Agenda de recherche concernant les soins de santé mentale maternelle :

- Il est nécessaire de mener des recherches scientifiques sur les facilitateurs et les obstacles qui favorisent ou empêchent la jeune maman et son partenaire de discuter de leurs problèmes de santé mentale ;
- Il est nécessaire de mener des recherches scientifiques sur une psychoéducation efficace et les conseils d'autogestion dans le cadre de la santé mentale maternelle ;
- Il est nécessaire de mener des recherches scientifiques sur les facilitateurs et les obstacles à la détection des problèmes mentaux en période périnatale ;
- Il est nécessaire de mener des recherches scientifiques sur la détection de la violence intrafamiliale.

Agenda de recherche concernant les soins de santé sexuelle maternelle et au planning familial :

Il est nécessaire de mener des recherches scientifiques sur le fonctionnement sexuel au sens large (pas seulement les troubles sexuels) au cours de la première année suivant l'accouchement et par la suite.

Agenda de recherche concernant l'alimentation du nouveau-né :

- Il est nécessaire de mener des recherches scientifiques portant sur les effets et les moyens d'informer le partenaire comme soutenir la jeune maman dans le cadre de l'allaitement maternel ;
- Il est nécessaire de mener des recherches scientifiques sur la méthode d'évaluation et d'observation de l'allaitement et sur son efficacité.

Conditions préalables pour la mise en œuvre du guide

Cette deuxième partie du guide porte principalement sur les compétences en communication du prestataire de soins (informer, s'interroger sur le bien-être mental, le contexte familial, la sexualité, etc.). Lors de la mise en œuvre du guide, il faudra donc être attentif à une bonne communication : entretien motivationnel, quelle communication dans le cadre d'une consultation normale (p. ex. dans le cadre d'une consultation de 15-20 minutes) et d'une consultation plus longue.

En outre, les éléments suivants sont importants pour faciliter la mise en œuvre de ce guide :

- La création et/ou la mise à disposition de matériel pédagogique.
- L'éducation/la formation des prestataires de soins sur :
 - la santé mentale et le bien-être mental, et le bien-être psychosocial en période post-partum, ainsi que leur accompagnement ;
 - l'utilisation du modèle de dépistage par paliers (santé mentale) ;
 - la santé sexuelle en période post-partum ;
 - comment aborder la sexualité en période post-partum.
- Les soins fournis par la sage-femme devraient être organisés de manière à inclure la tâche de soutien psychosocial en étroite collaboration avec la PEPs de l'ONE (par exemple, une seule sage-femme dédiée à la jeune maman et des contacts plus fréquents) ²¹⁶.
- Il est nécessaire d'avoir une vue d'ensemble des organismes locaux et des professionnels ayant une expertise en matière de santé mentale périnatale. Lors des réunions des parties prenantes du projet de mise en œuvre d'un label de qualité pour les sages-femmes, il a été signalé que la carte sociale intégrée dans 'Born in Belgium' était insuffisante ;
- La recherche internationale suggère qu'il est nécessaire de renforcer les connaissances, les compétences et l'auto-efficacité des sages-femmes en matière de sexualité ²¹⁷.
- Il est nécessaire d'avoir une vue d'ensemble des organismes locaux et des professionnels dans le cadre d'un renvoi en matière de sexualité.

Éléments d'évaluation ²¹⁸

²¹⁶ Coates D, Foureur M. The role and competence of midwives in supporting women with mental health concerns during the perinatal period: A scoping review. *Health Soc Care Community* 2019;27(4):e389-e405.

²¹⁷

- Darooneh T, Ozgoli G, Keshavarz Z, Nasiri M. Educational programs and counseling models for improving postpartum sexual health: a narrative review. *Sexual and Relationship Therapy* 2022;1-17.
- Geuens S, Vermeulen J. From midwifery competencies on sexual wellbeing to teaching and training midwives on sexuality. In: Geuens S, Polona Mivšek A, Gianotten WL, editors. *Midwifery and sexuality*. Cham: Springer International Publishing; 2023: p. 325-34.
- McCann E, Brown M, Hollins-Martin C, et al. The views and experiences of LGBTQ+ people regarding midwifery care: a systematic review of the international evidence. *Midwifery* 2021;103:103102.

²¹⁸ Les éléments d'évaluation ont été élaborés en collaboration avec la cellule Evaluation du Cebam. Le groupe de développement a examiné de manière critique les éléments fournis pour en vérifier la "faisabilité" et n'a retenu que ceux qui lui semblaient réalisables.

L'adhésion à un grand nombre de recommandations est difficile à mesurer étant donné que les aspects liés à la communication, au dépistage, au questionnement (par exemple évaluer le bien-être psychosocial lors de la première visite postnatale,...) dépendent généralement de l'enregistrement (codé) de ces aspects dans le dossier médical de la jeune maman.

Ci-dessous quelques éléments d'évaluation pratiques et mesurables :

- En rapport avec la question clinique 1 :
 - Pourcentage de jeunes mamans ayant eu un contact avec un prestataire de soins de santé dans les 24 heures suivant l'accouchement.
 - Pourcentage de nouveau-nés vus par une PEPs de l'ONE environ 2 semaines après la naissance.
- En rapport avec la question clinique 2 :
 - Pourcentage de nouveau-nés chez qui un médecin (pédiatre ou médecin généraliste ayant de l'expérience avec les nouveau-nés) a effectué l'examen à sept jours au cours des 7 à 10 jours suivant la naissance.
 - Pourcentage de nouveau-nés ayant fait l'objet d'un dépistage néonatal des troubles congénitaux et métaboliques.
 - Pourcentage de nouveau-nés chez qui un test de dépistage auditif a été effectué entre 2 et 4 semaines après la naissance.
- En rapport avec la question clinique 3 :
 - Pour les indicateurs de qualité pour les femmes vulnérables pendant la période périnatale, nous renvoyons le lecteur à la publication de D'haenens et coll. de 2020 ²¹⁹.
 - Pourcentage de jeunes mamans questionnées par rapport à leur santé mentale et leur bien-être pendant la période postnatale (*si enregistré dans le dossier BiB, intégré ou non au dossier médical*).
 - Pourcentage de jeunes mamans incluses dans un parcours régional de soins psychosociaux périnataux.
 - Pourcentage de jeunes mamans chez qui les violences intrafamiliales ont été recensées et notées dans le carnet de la grossesse (Flandre) ou dans les rapports présents sur le réseau de santé (Fédération Wallonie-Bruxelles).

²¹⁹ D'haenens F, Helsloot K, Lauwaert K, et al. Towards an integrated perinatal care pathway for vulnerable women: The development and validation of quality indicators. *Midwifery* 2020;89:102794.

- En rapport avec la question clinique 4 :
 - Pourcentage de jeunes mamans allaitantes n'utilisant pas de pilule combinée et/ou à qui une pilule combinée a été prescrite <6 semaines après l'accouchement.
 - Pourcentage de jeunes mamans utilisant une contraception et/ou à qui une contraception a été prescrite pendant la période précédant la reprise des règles.
 - Pourcentage de jeunes mamans enceintes à moins d'un an après l'accouchement.
 - Pourcentage de jeunes mamans ayant consulté un médecin généraliste ou un spécialiste pour des problèmes sexuels.
- En rapport avec la question clinique 5 :
 - Outils de mesure de l'allaitement maternel du SPF Santé publique : <https://www.health.belgium.be/fr/allaitement-maternel-0>
 - Pourcentage de jeunes mamans qui commencent à allaiter dans les 48 heures suivant l'accouchement.
 - Pourcentage d'allaitement exclusif ou mixte 6 à 8 semaines après l'accouchement.
 - Pourcentage de jeunes mamans ou de principaux soignants qui ont choisi l'alimentation artificielle et avec qui les informations à propos de l'alimentation artificielle a été discutée.
 - Satisfaction des jeunes mamans et des principaux soignants quant au soutien reçu concernant l'alimentation de leur bébé (*par questionnaire*).

Elaboration

Auteurs

Les auteurs de ce guide de pratique sont :

- Le professeur docteur Nicolas Delvaux, médecin généraliste à Lissewege, professeur de médecine générale à la KU Leuven-KULAK,
- Le professeur docteur Paul Van Royen, médecin généraliste à Anvers, professeur de médecine générale à l'université d'Anvers et président du WOREL,
- La docteure Katrien Van Thienen, médecin généraliste à Houthalen-Helchteren et collaboratrice scientifique du WOREL,
- Monsieur Sam Cordyn, infirmier associé à la Croix blanche-jaune flamande et collaborateur scientifique du WOREL,

- Mme. Tina Van Roy, infirmière à l'hôpital universitaire d'Anvers (UZA) et collaboratrice scientifique du WOREL,
- Madame Martine Goossens, coordinateur éditorial du WOREL,
- Madame Inge Tency, sage-femme, chargée de cours et chercheuse au sein de la formation des sages-femmes, Odisee Hogeschool, Gand, et présidente du groupe de travail relatif à la recherche scientifique de la Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV),
- La docteure Anneke Vercoutere, gynécologue, Hôpital Erasme, Bruxelles,
- Madame Florence D'haenens, sage-femme, chargée de cours et chercheuse, Erasmushogeschool Bruxelles,
- Mme. Griet Van de Velde, sage-femme, chargée de cours et chercheuse au sein de la formation des sages-femmes, Arteveldehogeschool Gand,
- Le professeur docteur Gunnar Naulaers, néonatalogue, UZ Leuven,
- Madame Hedwig Neels, kinesithérapeute, Université d'Anvers,
- Le professeur docteur Luc De Catte, gynécologue, UZ Leuven,
- Le docteur Marc Raes, pédiatre, président de l'Association belge de pédiatrie.

Méthodologie

Généralités

Ce guide de pratique clinique a été élaboré à la demande du groupe de travail pour le développement des guides de pratique clinique destinés à la première ligne (Werkgroep Richtlijnen Eerste Lijn, WOREL) conformément au manuel méthodologique développé par WOREL ²²⁰.

Une procédure Adapte a été utilisée ²²¹. Cette procédure comprend un certain nombre d'étapes spécifiques :

- La recherche systématique de guides de pratique clinique et l'évaluation de leur qualité méthodologique ;
- La vérification que le contenu (recommandations) de ces guides de pratique clinique correspond aux questions cliniques formulées ;

²²⁰ Dekker N, Goossens M, et al. Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 2). Anvers: WOREL, 2019. Disponible sur demande.

²²¹ <http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf> ADAPTE Manual and Recommendations for Use Feb 2010 Final.doc (g-i-n.net)

- L'évaluation de la cohérence méthodologique et clinique entre les recommandations et les données probantes scientifiques des guides de pratique clinique qui les étayent ;
- L'évaluation de l'acceptabilité et l'applicabilité des recommandations dans le contexte de soins belge ;
- L'adaptation sélective des recommandations pertinentes des guides de pratique clinique.

Les autres étapes (la formulation des questions cliniques, les mises à jour de la littérature, l'évaluation par les experts et les utilisateurs cibles et patients, mise en œuvre) se sont déroulées conformément au développement des nouveaux guides de pratique clinique.

Le rapport méthodologique avec le détail des démarches effectuées est disponible sur demande.

Recherche dans la littérature

Recherche de guides de pratique

Comme cette seconde partie constitue la suite de la première partie, il a été décidé de continuer à travailler avec le guide de pratique du NICE Soins postnatals [NG194] comme la base pour la procédure Adapte. La première partie a principalement utilisé la version du guide de 2015 ; pour la seconde partie, nous avons utilisé la mise à jour du guide du NICE publiée en 2021²²². Pour des informations méthodologiques sur la stratégie de recherche et de sélection des guides de pratique, nous renvoyons le lecteur à la partie 1 du guide.

La première partie du guide aborde la santé physique de la maman et de celle du nouveau-né. La seconde partie du guide se concentre sur les informations (générales et spécifiques, concernant l'alimentation du nouveau-né par exemple) et le soutien à fournir ; les examens et les tests de dépistage chez le nouveau-né ; la santé mentale et la santé sexuelle (y compris la contraception/le planning familial) de la jeune maman. La seconde partie du guide est donc la suite de la première partie. Une mise à jour du guide source du NICE a été publiée au cours du développement des deux parties. Cette mise à jour couvre tous les sujets de la première et la seconde partie de ce

²²² Postnatal care [NG194]. National Institute for Health and Care Excellence 2021; [Postnatal care \(nice.org.uk\)](https://www.nice.org.uk/guidance/ng194)

guide, mais les aborde de manière plus synthétique. Comme il s'agit du premier guide de pratique pluridisciplinaire sur le sujet en Belgique, le groupe de développement a choisi d'aborder autant de thèmes que possible.

Informations méthodologiques liées à la question clinique concernant le suivi de la santé mentale et du bien-être psychosocial pendant la période post-partum :

- Mandaté par le gouvernement flamand, le Vlaams Expertise Network Perinatal Mental Health (VEN PMG) a élaboré en 2018 un guide sur le dépistage et détection des troubles mentaux périnataux ²²³. Le VEN PMG a été fondé en 2018 dans le cadre du projet "santé mentale périnatale" en Flandre, et est subventionné par les autorités sanitaires flamandes. Les principaux objectifs du projet sont la mise en œuvre du guide développé et le développement de parcours de soins régionaux.
- Le guide sur le dépistage et détection des troubles mentaux périnataux n'a pas été trouvée (en raison de la nature du projet) lors de la recherche de guides sources. Ce guide a ensuite été fourni par An-Sofie Van Parijs, une des auteurs du présent guide et membre du groupe d'élaboration des recommandations.

Le guide sur le dépistage et détection des troubles mentaux périnataux apporte une réponse quasi complète à la question clinique 3. Son contenu est utile pour chaque fournisseur de soins qui travaille avec des jeunes mamans qui viennent d'accoucher. Ce guide n'ayant pas été retrouvé lors de la recherche systématique de guides (inter)nationaux et n'ayant pas été validé par le Cebam, ses recommandations n'ont pu être adoptées telles quelles. Compte tenu de la portée de notre question clinique et des groupes cibles de notre guide, il est fait référence à ce guide dans les notes explicatives qui assortissent les recommandations. Nous renvoyons le lecteur également aux annexes pratiques qui appuient les messages clés.

Extraction et évaluation de la cohérence des recommandations des guides sélectionnés

Au cours de cette étape, les recommandations du NICE ont été extraites pour les 5 questions cliniques de cette partie.

Pour toutes les recommandations assorties d'un GRADE, la stratégie de recherche utilisée, le résumé et l'interprétation des données probantes scientifiques et la cohérence entre l'interprétation des données probantes

²²³ Van Damme R, Van Parys A-S, et al. Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad. UZ Gent/universiteit Gent ; Karus, Vlaanderen is zorg, 2018.

scientifiques et les recommandations des guides de pratique clinique sélectionnés sont soigneusement évalués.

Recherche de littérature plus récente et de facteurs contextuels ("applicabilité")

Après l'analyse de la cohérence entre les recommandations des guides sélectionnés et les données probantes à l'appui, une recherche documentaire a été menée pour identifier la littérature plus récente susceptible de confirmer ou de modifier les recommandations extraites des guides sélectionnés.

Finalement, nous avons vérifié si les recommandations et les GPP étaient conformes aux informations factuelles belges et donc applicables dans le contexte des soins de santé belges.

Évaluation critique des articles trouvés à la suite de la recherche documentaire complémentaire ou de la recherche de novo

Les informations relatives à l'évaluation critique des articles sélectionnés (à la suite de la recherche complémentaire ou de la recherche de novo) sont présentées sous forme narrative dans le guide même (sections "Argumentaire" pour chaque recommandation) et peuvent être consultées dans le rapport méthodologique.

Préférences des patients

Trois experts du vécu ont été impliqués à l'élaboration de la deuxième partie de ce guide. Leur contribution a été prise en compte lors de la formulation des recommandations.

De plus, une recherche documentaire sur les préférences des patients a été entreprise. De plus amples informations sur la stratégie de recherche et les résultats sont disponibles dans le rapport méthodologique (*sur demande*). Les principales conclusions sont résumées ci-dessous :

1. Certaines études portant sur les préférences des patientes en matière d'examens en période post-partum montrent que les prestataires de soins de santé doivent tenir compte du fait que les femmes d'origines culturelles différentes ou les femmes de faible statut socio-économique sont moins susceptibles d'adhérer aux examens postnatals que les femmes autochtones ou les femmes de statut socio-économique élevé, et ce pour les raisons suivantes :
 - a. Les besoins en matière de soins de la jeune maman et les soins prodigués par les prestataires de soins ne sont pas en adéquation ;
 - b. Obstacles pratiques tels que l'horaire des rendez-vous et disponibilité limitée ;

- c. La prise en charge d'autres enfants ;
 - d. Les possibilités de transport.
2. Certaines études portant sur les préférences des patientes en matière d'information et d'éducation montrent la nécessité de centrer les soins du post-partum sur la patiente (c'est-à-dire des soins adaptés à la situation de la patiente plutôt que des soins offerts de manière standardisée).
- a. Les prestataires de soins de santé doivent être attentifs aux besoins individuels de la jeune maman et de son entourage ;
 - b. Les soignants doivent adapter leur langage au niveau d'alphabétisation de la personne en face d'eux.
 - c. Les patients doivent avoir accès à des informations fiables de différentes manières (contact avec les prestataires de soins, brochures, vidéos, sites Internet,...) ;
 - d. Les heures de rendez-vous doivent être flexibles et les prestataires de soins de santé doivent également tenir compte du temps du patient. Le fait que les prestataires de soins de santé semblent surchargés et veulent voir le plus grand nombre de patients possible, procure aux jeunes mamans le sentiment qu'ils veulent se débarrasser d'elles rapidement et que le temps de la patiente n'est pas important (tandis qu'elles se libèrent également pour se rendre en consultation).
3. Certaines études portant sur les préférences des patientes montrent que dans le cadre du dépistage de la dépression ou de l'anxiété dans le post-partum, il est important que les prestataires de soins expliquent à la jeune maman ce qui est évalué et pourquoi (*par exemple, le dépistage de problèmes courants dans le post-partum pouvant avoir des conséquences sévères pour la maman et l'enfant et qui peuvent être pris en charge*). Il est important que les prestataires de soins abordent ce sujet de manière neutre, sans que la jeune femme se sente stigmatisée (*pourquoi elle*) ou condamnée (*en ce qui concerne le résultat du dépistage ou ses démarches*). Il convient aussi de prendre en compte les compétences linguistiques de la patiente et de déterminer si elle est en mesure de subir un dépistage à ce moment-là (*a-t-elle le temps et la possibilité de se concentrer et n'est-elle pas distraite par les soins pour bébé*). En outre, il est important que les prestataires de soins de santé informent la jeune maman des résultats et mettent en place les interventions nécessaires.
4. Certaines études portant sur les préférences des patientes en matière de conseil contraceptif montrent que les jeunes mamans ont besoin d'informations sur leur mesure qui portent sur toutes les options contraceptives. Les jeunes femmes souhaitent que :
- a. leurs préférences personnelles soient prises en compte ;
 - b. la prise de décision ne fasse l'objet d'aucune pression ;

- c. leurs souhaits et leurs sentiments soient respectés ;
- d. le prestataire de soins coordonne avec la jeune maman le suivi (calendrier et fréquence) en matière de contraception en période du post-partum.

En outre, les programmes du Master en Médecine, du Master of Management and Policy of Health Care, Master of Nursing and Midwifery et du Master en médecine générale ont été consultés afin d'identifier des thèses et mémoires intéressants. Sur les 10 thèses et mémoires trouvés, 7 étaient pertinents pour la partie 2 du guide. Les résultats les plus importants sont décrits ci-dessous :

- Après l'introduction de séjours hospitaliers raccourcis, les mamans semblent être généralement satisfaites des soins de maternité et de l'information reçues à la maternité ²²⁴. Diverses études ont montré que la plupart des mamans étaient plus satisfaites des soins postnatals dispensés à l'unité de maternité que des soins postnatals à domicile ^{225,226}. Les soins postnatals à domicile se sont révélés fragmentés, et la première et la deuxième ligne ne sont pas alignées. Une collaboration et une communication intensifiées entre les différents prestataires de soins (hôpital et soins à domicile) s'imposent. Les mamans sont très satisfaites de l'intimité dont ils disposent à domicile ²⁰⁸. Les mamans rencontrant des difficultés financières ont ressenti le besoin de rester plus longtemps à l'unité de maternité, sauf si les mamans ont séjourné dans un centre d'asile ²⁰⁹.
- Plus de la moitié des parents déclarent avoir reçu trop peu d'informations. Non seulement les informations manquent, mais elles sont souvent contradictoires ou incorrectes ²²⁷. En raison de la durée réduite du séjour à la maternité, davantage de complications post-partum peuvent survenir à domicile. Il est important que les mamans reçoivent des informations suffisantes et correctes sur les problèmes rencontrés au cours des premières semaines après l'accouchement. À cette fin, une aide à la décision a été élaborée concernant les problèmes post-partum chez la maman afin de

²²⁴ Laats J. Postnatale tevredenheid bij verkorte ligduur in het Universitair Ziekenhuis Brussel: een kwantitatief, beschrijvend, cross-sectioneel onderzoek. Masterproef Verpleegkunde en Vroedkunde, 2019.

²²⁵ Abdeslam AB. Wat zijn de postnatale noden en behoeften van moeders zonder wettig verblijf of in procedure na kortverblijf in het Brussels stedelijk hoofdstedelijk Gewest. Masterproef Verpleegkunde en Vroedkunde, 2018.

²²⁶ Geerinck L. Women's satisfaction with the care received at the maternity ward of the University Hospital Brussels and at home: a cross-sectional study. Masterproef Management en Beleid van de Gezondheidszorg, 2017.

²²⁷ Cocquyt C. Zorgeloos naar huis, een beschrijvende studie omtrent de informatiebehoefte van kersverse ouders. Scriptie Vroedkunde, 2015.

soutenir les femmes qui viennent d'accoucher. Les femmes ont été interrogées sur l'utilité et l'utilisation de cette aide à la décision ²²⁸. Elles ont trouvé l'information utile. Les femmes se sont senties mieux informées et l'aide à la décision peut leur apporter un soutien. Parfois, les informations étaient encore insuffisantes. L'aide à la décision doit rester claire et simple et, si nécessaire, être adaptée aux femmes ayant un faible niveau de connaissances en matière de santé.

- L'autonomie dans la prise de décision, notamment le respect des choix et des préférences des femmes, est un aspect important du "respectful maternity care". Les femmes expérimentent une autonomie moyenne lorsqu'elles participent aux entretiens de prise de décision avec les prestataires de soins qui s'adressent aux mamans et aux enfants en Flandre ²²⁹. Les facteurs qui influencent l'autonomie et la participation aux entretiens de prise de décision sont l'éducation/les connaissances, la culture/l'ethnicité et le statut socio-économique.
- Les inégalités sociales en matière de santé, les sorties précoces de l'hôpital et l'accès limité aux soins postnatals sont plus fréquents chez les femmes n'ayant pas ou ayant un statut d'assurance/de résidence précaire, et chez les femmes appartenant à certains groupes ethniques ou vivant dans des conditions socio-économiques suboptimales ²³⁰. Ces mamans quittent la maternité plus tôt que les autres mamans (avec un statut d'assurance normal ou sans situation précaire). Les obstacles et les facteurs de stress étaient plus nombreux : mauvais logement, difficultés financières, administration complexe, grossesse non planifiée. Elles ont des besoins de première nécessité tels que logement, nourriture, sécurité et travail. Le besoin d'un soutien psychologique et d'une prise en charge à bas seuil, culturellement sensible, avec une personne de confiance qui garantit la continuité, est bien plus important que le besoin d'une simple consultation médicale. Malgré cela, ces mamans ont montré des stratégies d'adaptation différentes ²⁰⁹.

²²⁸ Alys E. Implementatie van een beslisshulp 'postpartumproblemen' in het zorgpad verkorte ligduur: visie van patiënt. Master Huisartsgeneeskunde, 2020.

²²⁹ Macedo A. Mate van autonomie bij de besluitvorming tijdens perinatale zorgen. Een cross-sectioneel onderzoek bij postpartum vrouwen in Vlaanderen. Master Management en Beleid van de Gezondheidszorg, 2020.

²³⁰ Cauwels E. Postnatale zorg voor moeder en kind in een precare situatie in België. Master Geneeskunde, 2018.

Les résultats pertinents de la recherche documentaire et des thèses et mémoires concernant les préférences des patients ont été intégrés dans le texte du guide, le cas échéant, à l'endroit où sont discutées les considérations qui ont guidé la formulation des recommandations.

Projet de texte

Sur la base des étapes précédentes, les recommandations/GPP ont été soit adoptées, soit formulées de novo. Une première version du guide a été rédigée (recommandations accompagnées de notes explicatives et d'une description des bases scientifiques (argumentaire) sur lesquelles elles s'appuient) et élaborée en fonction des résultats des recherches complémentaires et des recherches de novo.

Sur la base des commentaires recueillis lors des différentes réunions d'auteurs, de la procédure de consensus Delphi et de l'évaluation externe (voir ci-dessous), le projet de texte a été retravaillé et affiné. La version préliminaire a été évaluée par un comité de lecture du WOREL. Ce retour d'information a également donné lieu à des modifications au guide. Une dernière relecture par les auteurs a eu lieu en juin 2023 et s'est conclu par une réunion le 6 juillet 2023.

Procédure de consensus

Les recommandations ou les GPP pour lesquelles les preuves scientifiques étaient insuffisantes et/ou les aspects sur lesquels il n'y avait pas de consensus au sein du groupe d'auteurs ont été présentés sous forme de propositions à un panel composé du groupe d'auteurs (qui n'a pas participé à la rédaction des déclarations) et de stakeholders au cours d'une procédure Delphi (méthode Delphi modifiée) entre novembre 2022 et janvier 2023 en 3 tours. Les propositions faisant l'objet d'un consensus ont donné lieu à la formulation d'un GPP.

Les personnes suivantes ont participé à la procédure de consensus Delphi :

Répondant	Langue	Discipline
Alexandra Zecic	NL	Néonatalogue
An Deguchtenaere	NL	Pédiatre
An Eerdeken	NL	Néonatalogue
Annick Covents	NL	Pédiatre
Celeste Vincent	FR	Sage-femme
Celine Ridremont	FR	Pédiatre

Christel Geebelen	NL	Infirmière – consultante en lactation (K&G)
Clemence Vital Durand	FR	Sage-femme
Delia Canini	NL	Sage-femme - consultante en lactation
Emmi Vandamme	NL	Pédiatre
Evelyne Deguffroy	NL	Sage-femme (K&G)
Florence D'Haenens	NL	Sage-femme
Griet Vandavelde	NL	Sage-femme
Heidi Devos	NL	Pédiatre
Ines Rothman	NL	Sage-femme
Inge Tency	NL	Sage-femme
Isabelle Dehaene	NL	Gynécologue
Jacques Lombet	FR	Pédiatre (ONE)
Joke Muyldermans	NL	Sage-femme
Karen Vliegen	NL	Sage-femme
Kathleen Van Holen	NL	Sage-femme
Lies Versavel	NL	Sage-femme
Linde Beddegenoodt	NL	ervaringsdeskundige
Marc Raes	NL	Pédiatre
Marie-Jeanne Schoofs	NL	Infirmière (K&G)
Murielle Conradt	FR	Sage-femme
Niek Vervaeck	NL	Médecin généraliste
Philippe Alliet	NL	Pédiatre
Sarah Hulsmans	NL	Experte en santé reproductive Sensoa
Tine Cornelissen	NL	Médecin généraliste (K&G)

Les résultats des tours Delphi sont disponibles sur demande.

Evaluation externe

La nouvelle version retravaillée sur la base des commentaires du groupe d'auteurs, a ensuite été – après approbation interne au sein de WOREL (examen critique de la méthodologie) – soumise à un panel composé du groupe d'auteurs et de stakeholders pour évaluation externe par écrit en août 2023.

L'examen externe visait principalement à identifier les obstacles potentiels à la mise en œuvre des recommandations. Les commentaires écrits ont été recueillis et les derniers points de discussion ont été abordés lors d'une réunion des parties prenantes le 25 septembre 2023.

Les auteurs et parties prenantes suivants ont participé à l'évaluation externe :

Répondant	Langue	Discipline
An Eerdekens	NL	Néonatalogue
An Lehouck	NL	Ebpnet –cellule implémentation
Ann De Guchtenaere	NL	Pédiatre
Annick Covents	NL	Pédiatre
Antonius Mulder	NL	Néonatalogue
Carolien Strouwen	NL	Cebam – cellule évaluation
Céleste Vincent	FR	Sage-femme
Florence D'haenens	NL	Sage-femme
Ines Rothmann	NL	VBOV
Isabelle Dehaene	NL	Gynécologue
Kathleen Vanhollen	NL	Sage-femme
Lies Versavel	NL	De Bakermat
Philippe Alliet	NL	Pédiatre
Sarah Hulsmans	NL	Experte en santé reproductive Sensoa
Veerle Michiels	NL	Sage-femme
Willem Gysemans	NL	Néonatalogue

Conflit d'intérêts

Le groupe des auteurs a pu travailler en toute indépendance. Ce guide de pratique clinique n'a pas été influencé par les opinions ou les intérêts de l'organisme financeur, l'INAMI.

Tous les auteurs, experts et autres parties prenantes ont déclaré leurs intérêts. Ces documents sont disponibles sur demande auprès du WOREL.

Les auteurs et les experts, parties prenantes consultées n'ont aucun lien avec l'industrie pharmaceutique ou d'autres groupes d'intérêt. Les éventuels conflits d'intérêts des experts et des parties prenantes ont été examinés au sein du groupe d'auteurs et n'ont pas donné lieu à des conflits de fond.

Aucun auteur n'a signalé de conflit d'intérêts, à l'exception des conflits d'intérêts intellectuels dans le domaine de la recherche. Cela n'a pas affecté le contenu de ce guide de pratique.

Mise à jour et financement

Le groupe de travail pour le développement des guides de pratique clinique destinés à la première ligne détermine qu'un guide de pratique clinique est

revu après cinq ans. La littérature récente est alors passée à la loupe ; on cherche à savoir dans quelle mesure les recommandations du guide de pratique clinique sont encore valables.

Les termes de recherche utilisés pour la mise à jour sont les mêmes que pour l'élaboration de ce guide de pratique clinique. La mise à jour se déroule sur la base d'une recherche systématique dans la littérature (guide de pratique clinique, revues systématiques et méta-analyses et, au besoin, des études randomisées contrôlées supplémentaires et une étude diagnostique) pour toutes les recommandations. Si nécessaire, les recommandations sont ajustées pour chaque question clinique.

Relecture et contextualisation

Afin d'aligner le contenu du guide au contexte de soins de la Fédération Wallonie Bruxelles, ce guide a été relu par la Dr. Joanna Cholewa, médecin généraliste à Woluwe Saint-Lambert, Mme. Anne-Françoise Bouvy, collaboratrice pôle santé de la femme enceinte et du jeune enfant de l'ONE et Mme. Murielle Nellissen, Conseillère sage-femme de l'ONE. Leur suggestions ont été prises en compte lors de la rédaction finale du guide.

Validation

Le guide de pratique clinique a été soumis le 21 décembre 2023 au Centre belge pour l'Evidence-Based Medicine (Cebam) pour validation. Une version finale du guide de pratique clinique, élaborée sur la base des commentaires du comité de validation, a de nouveau été soumise au Cebam pour approbation. Le guide de pratique clinique a reçu le label de qualité Cebam le 2 mai 2023.

Annexe 1. Bilan psychosocial : questionner les facteurs de risque

La liste ci-dessous est tirée du guide « Dépistage et détection des troubles mentaux périnataux » et couvre à la fois la grossesse et la période post-partum. L'une des questions porte donc sur la grossesse. Ces questions sont fournies à titre indicatif uniquement et peuvent être adaptées au contexte/au moment, comme le post-partum, car ce sont généralement les mêmes prestataires de soins qui assurent le suivi de la jeune maman pendant la période périnatale.

Facteurs de risque (complexe et multifactoriel)

- Antécédents psychiatriques
- Antécédents psychiatriques familiaux (en particulier trouble bipolaire)
- Consommation de substances et de médicaments
- Manque de soutien social (pratique/émotionnel)
- Manque de satisfaction à l'égard du soutien du/de la partenaire
- Violence (intrafamiliale)
- Violence sexuelle (en cours, dans le passé, en souffrance actuelle)
- Complications de grossesse (actuelles et antérieures), avortement spontané, interruption de grossesse, mortinaissance
- Grossesse non planifiée et non désirée
- Groupes vulnérables : problèmes financiers, problèmes de logement, adolescents, immigrés, réfugiés (accès aux soins ?)

Evaluation prénatale des facteurs de risque (intake 6 – 8 semaines ou premier contact) suggestions de questions

Nous savons qu'une femme sur cinq éprouve des difficultés psychologiques ou émotionnelles pendant la grossesse ou après l'accouchement. Cela a un impact négatif sur l'ensemble de la famille. C'est la raison pour laquelle nous posons à chacune d'elles un certain nombre de questions sur la santé mentale.

Grossesse non désirée

- Avant d'être enceinte
 - Aviez-vous l'intention d'avoir un enfant ?
 - Souhaitez-vous (encore) avoir un enfant, mais plus tard ?
 - Vous ne vouliez plus avoir d'enfant(s) ?

Interaction sociale

- Pouvez-vous compter sur une aide pratique pour les soins du bébé, au sein de votre ménage et éventuellement d'autres enfants ? De qui ?
En cas de refus d'aide : si nécessaire, vers qui pourriez-vous vous tourner ?
- Pouvez-vous parler de vos sentiments et de vos préoccupations à un proche ? Qui ?
Pouvez-vous contacter éventuellement votre maman si vous avez des questions concernant votre grossesse ?
- Avez-vous un/une partenaire ?
Pouvez-vous compter sur son soutien ?
Ev. comment décririez-vous la relation avec votre partenaire ?

Violence (conjugale) (demander uniquement si la femme enceinte peut être interrogée seule)

- Est-ce que quelqu'un vous a donné un coup de poing, une gifle, un coup de pied ou vous a blessé physiquement ?
Quand ? Récemment (au cours de la dernière année)/antécédents ?)
Pouvez-vous me dire qui a fait ça ? (ne pas insister)
- Quelqu'un vous a-t-il touché de manière sexuelle ou vous y a forcé alors que vous ne vouliez pas ?
Quand ? Récemment (au cours de la dernière année)/antécédents ?)
Pouvez-vous me dire qui a fait ça ? (ne pas insister)
- Est-ce que quelqu'un vous a humilié devant d'autres personnes, a menacé de vous blesser, a fait des choses pour vous effrayer délibérément ou vous a blessé émotionnellement ?
Quand ? Récemment (au cours de la dernière année)/antécédents ?)
Pouvez-vous me dire qui a fait ça ? (ne pas insister)
- Sur une échelle de 0 à 10 : dans quelle mesure souffrez-vous actuellement de ces expériences ?
- Eventuellement, poser des questions supplémentaires sur la violence conjugale
Vous sentez-vous en sécurité chez vous ?
Vous vous préoccupez de la sécurité de vos enfants ?

Antécédents psychiatriques

- Avez-vous déjà eu des problèmes de santé mentale (comme un épisode dépressif majeur, un trouble anxieux ou autre problème psychologique ?

OU

- Avez-vous déjà été traité par un psychiatre, un psychologue ou un médecin généraliste pour des problèmes émotionnels ?
Pour quel problème ?
Avez-vous pris des médicaments pour cela ? Lesquels ?
Avez-vous déjà tenté de vous suicider ?
- Êtes-vous actuellement suivi par un psychiatre ou un psychologue ou êtes-vous suivi par votre médecin généraliste pour des problèmes mentaux ?
Prenez-vous actuellement des médicaments pour cela ? Lesquels ?
Qui est votre praticien actuel ? Contacter oui / non

Antécédents psychiatriques familiaux

- Y a-t-il dans votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) des personnes qui souffrent d'un trouble psychiatrique ou antécédent ?
- Quelle problème ?

Consommation de substances

- Vous buvez de l'alcool ?
Si oui, à quelle fréquence ?
Combien de fois vous arrive-t-il de boire plus de 5 unités en une seule occasion ?
Avez-vous déjà ressenti le besoin de réduire votre consommation d'alcool ?
- Vous fumez ?
Si oui, combien de cigarettes fumez-vous par jour/(semaine) ?
- Consommez-vous des drogues (festives) ?
Si oui, qu'est-ce que cela signifie ? Le cannabis (ex. marijuana/hash/weed), solvants, la cocaïne, les stimulants (ex. speed, XTC, MDMA), hallucinogènes (ex. LSD) ou stupéfiants (ex. l'héroïne) autres :)
Avez-vous déjà consommé des substances addictives ?

Groupes vulnérables

- Circonstances matérielles
Vous rencontrez des difficultés financières ? Vous y arrivez tous les mois ?
év. s'il y a un coût imprévu important, avec quelle facilité pouvez-vous vous le permettre ?
év. est-ce que vous ou votre partenaire travaillez (à temps plein) ?
- Êtes-vous satisfaite de votre situation de vie ? Ressentez-vous du stress lié à votre situation de vie ?

Santé

- Qui assure le suivi de votre grossesse ? Quand avez-vous votre prochain rendez-vous ?
- Avez-vous un médecin généraliste fixe ?
év. Vous vous rendez chez qui quand vous ou un membre de votre famille est malade ?
- Êtes-vous en ordre avec la mutuelle ?
- Les informations que vous recevez sont-elles suffisantes ? Les informations sont-elles claires ?

Demande d'aide

- Pensez-vous que vous pourriez avoir besoin d'aide pour l'un des problèmes ci-dessus ?
Oui
Oui, mais pas maintenant
Non
- Quelle aide souhaiteriez-vous recevoir ? Quelle instance ?

Annexe 2. Échelle de dépression d'Édimbourg (postnatale)

Traduction de la version néerlandaise de V.J.M. Édition 1991.

Les questions suivantes portent sur la façon dont vous vous êtes senti au cours des 7 derniers jours. Veuillez cocher la réponse qui décrit le mieux ce que vous avez ressenti.

1. J'ai pu rire et voir le bon côté des choses :
 - Autant que j'ai toujours pu
 - Pas autant maintenant qu'avant
 - Certainement pas autant maintenant qu'avant
 - Pas du tout
2. J'ai attendu les choses avec plaisir:
 - Comme toujours ou plus
 - Moins que ce à quoi j'étais habitué
 - Certainement moins que ce à quoi j'étais habitué
 - À peine
3. Je me suis blâmé inutilement quand quelque chose n'allait pas :
 - Oui très souvent
 - Oui, parfois
 - Pas très souvent
 - Non jamais
4. J'ai eu peur ou j'ai eu peur sans raison :
 - Non pas du tout
 - À peine
 - Oui, parfois
 - Oui, très souvent
5. J'ai réagi avec peur ou panique sans véritable raison :
 - Oui assez souvent
 - Oui, parfois
 - Non, pas souvent
 - Jamais
6. Les choses me sont passées par dessus la tête :
 - Oui, la plupart du temps je n'étais pas à la hauteur
 - Oui, parfois j'étais moins capable de gérer les choses que d'habitude

- Non, la plupart du temps, je pouvais très bien gérer les choses
 - Non, je pouvais tout gérer aussi bien que d'habitude
7. Je me sentais si malheureux que je pouvais à peine dormir :
- se cantonne généralement à :
 - Oui, parfois
 - Pas souvent
 - Pas du tout
8. Je me sentais sombre et misérable :
- Oui, presque toujours
 - Oui assez souvent
 - Pas très souvent
 - Non pas du tout
9. J'étais si malheureuse que j'ai pleuré :
- Oui très souvent
 - Oui assez souvent
 - Occasionnellement
 - Non jamais
10. J'ai pensé à me faire du mal :
- Oui assez souvent
 - Parfois, il tousse.
 - À peine
 - Jamais

Annexe 3. Protocole de dépistage par paliers de la dépression et de l'anxiété

