



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

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Université Claude BERNARD LYON I
UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux
SITE DE FORMATION MAIEUTIQUE DE BOURG EN BRESSE

**Les facteurs de risque de la dépression post
natale sont-ils recherchés par les
professionnels de santé ?**

Etude auprès de 68 obstétriciens et sages-femmes de l'Ain



Mémoire soutenu par Myriam BENITO
Née le 24 Août 1994
En vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-femme

Promotion 2014-2018

Université Claude BERNARD LYON I
UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux
SITE DE FORMATION MAIEUTIQUE DE BOURG EN BRESSE

**Les facteurs de risque de la dépression post
natale sont-ils recherchés par les
professionnels de santé ?**

Etude auprès de 68 obstétriciens et sages-femmes de l'Ain

Mémoire soutenu par Myriam BENITO
Née le 24 Août 1994
En vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-femme

Promotion 2014-2018

Remerciements

Merci à,

Françoise MOREL, sage-femme enseignante et référente de ce mémoire, qui m'a épaulée, conseillée et guidée durant toute cette longue traversée qu'a été la rédaction de ces lignes. Son soutien a été pour moi indispensable et m'a permis d'avancer en toute confiance.

Caroline DEMILY, psychiatre au Centre Hospitalier du Vinatier de Lyon, qui a acceptée d'être ma directrice de mémoire et qui m'a accompagné dans ce travail.

Mes parents pour avoir répondu à mes appels paniqués de 21 heures et pour avoir su me rassurer lors des moments de doute.

Mes amies depuis 4 ans et pour longtemps, Marietta, Vinciane, Amandine, Gwendoline, Blandine pour avoir été ma folie et mes meilleures supportrices.

Et, Jérôme, ma lumière, qui a toujours su me donner de l'énergie positive lorsque les ombres noires apparaissent.

Sommaire

Liste des abréviations	- 4 -
Introduction	- 5 -
Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum	- 7 -
1 Le Baby-Blues	- 7 -
1.1 Définition	- 7 -
1.2 Sémiologie	- 7 -
1.3 Facteur de risque	- 7 -
1.4 Evolution et traitement	- 8 -
2 La dépression périnatale	- 8 -
2.1 La dépression anténatale	- 8 -
2.1.1 Définition	- 8 -
2.1.2 Epidémiologie	- 8 -
2.1.3 Sémiologie	- 8 -
2.1.4 Facteur de risque	- 8 -
2.1.5 Evolution	- 9 -
2.2 La dépression postnatale	- 9 -
2.2.1 Définition	- 9 -
2.2.2 Epidémiologie	- 9 -
2.2.3 Sémiologie	- 9 -
2.2.4 Facteur de risque	- 10 -
2.2.5 Evolution	- 11 -
2.3 Conséquences de la dépression sur l'enfant	- 11 -
2.3.1 Les effets sur le développement de l'enfant	- 11 -
2.3.2 Le comportement des mères dépressives dans l'interaction avec le bébé	- 12 -
2.3.3 L'influence du père	- 12 -
2.4 Traitement des dépressions	- 12 -
3 La psychose puerpérale	- 15 -
3.1 Définition	- 15 -
3.2 Sémiologie	- 15 -
3.3 Facteur de risque	- 15 -
3.4 Traitement	- 16 -
L'enquête	- 17 -
1 Problématique	- 17 -

2	Les objectifs de l'enquête	- 17 -
3	Les hypothèses	- 17 -
4	Choix de la population, lieu et durée de l'étude	- 18 -
Résultats		- 19 -
1	Renseignements généraux	- 19 -
1.1	Durée d'exercice	- 19 -
1.2	Lieu d'exercice	- 19 -
2	Formation des professionnels de santé	- 20 -
2.1	Formation initiale sur la dépression postnatale	- 20 -
2.2	Formation au cours de la vie professionnelle	- 20 -
3	Renseignements sur les consultations pré- et postnatales	- 21 -
4	Informations données aux patientes sur la dépression postnatale	- 22 -
4.1	Information donnée	- 22 -
4.2	Profil des femmes informées	- 24 -
4.3	Moment d'information	- 24 -
4.4	Entretien prénatal précoce	- 25 -
5	Connaissances des professionnels de santé sur la dépression postnatale	- 26 -
5.1	Auto-évaluation des connaissances	- 26 -
5.2	Facteurs de risque et période à risque d'une dépression	- 27 -
5.3	Différences entre dépression postnatale et autres troubles psychiques du post-partum	- 30 -
5.4	Traitement de la dépression postnatale	- 32 -
6	Dépistage des dépressions postnatales	- 34 -
6.1	Les facteurs de risque de la dépression postnatale	- 34 -
6.2	Reconnaître une patiente à risque de faire une dépression	- 35 -
Discussion		- 38 -
1	Les biais de l'étude	- 38 -
2	Représentation de l'échantillon par rapport à la population générale	- 38 -
3	Formation des professionnels de santé et auto évaluation des connaissances	- 39 -
3.1	Formation initiale	- 39 -
3.2	Formation continue	- 40 -
4	Connaissances des professionnels de santé sur la dépression postnatale	- 40 -

5	Informations données aux patientes	- 42 -
5.1	Le manque de temps : une raison pour ne pas évoquer la dépression postnatale ?	- 42 -
5.2	Quand parler de la dépression postnatale ?	- 43 -
5.2.1	En anténatal	- 44 -
5.2.1.1	La Préparation à la Naissance et à la Parentalité	- 44 -
5.2.1.2	L'Entretien Prénatal Précoce	- 45 -
5.2.2	Lors des consultations pré- et postnatales : le dépistage de « routine »	- 46 -
5.2.2.1	Examen psychologique réalisé lors des consultations prénatales	- 46 -
5.2.2.2	Examen psychologique réalisé lors de la visite postnatale	- 46 -
5.2.2.3	Comment aborder le sujet de la dépression avec sa patiente ?	- 47 -
5.2.3	En postnatal	- 48 -
5.2.4	Ce que dit la littérature	- 49 -
5.3	Quel profil de femme informer ?	- 50 -
6	Les échelles de dépistage	- 51 -
6.1	L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	- 51 -
6.2	Le Dépistage Anténatal de Dépression du Postpartum (DAD-P) : anticiper la dépression postnatale	- 52 -
7	Travailler en réseau	- 53 -
8	Propositions	- 54 -
8.1	Comment dépister simplement et rapidement la dépression postnatale ?	- 54 -
8.1.1	Les recommandations	- 54 -
8.1.2	Propositions pour palier à ses obstacles	- 55 -
8.2	Vers une prise en charge adaptée	- 57 -
	Conclusion	- 59 -
	Références bibliographiques	- 60 -
	Bibliographie	- 65 -
	Annexes	- 73 -

Liste des abréviations

ATCD : Antécédents

BDI : Beck Depression Inventory

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France

DAD-P : Dépistage Anténatal de Dépression du Postpartum

DPN : Dépression postnatale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques

DSM-IV : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux IV

EPDS : Edimburgh Postnatal Depression Scale

EPP : Entretien Prénatal Précoce

EPNP : Entretien Post Natal Précoce

IMAO : Inhibiteurs de la Mono Amine Oxydase

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

ISRS : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PRADO : PRogramme d'Accompagnement au retour à Domicile

VPN : Visite postnatale

TC : Tricycliques

T2A : Tarification à l'activité

Introduction

Dans l'inconscient collectif, la naissance d'un enfant est un évènement qui devrait remplir de joie la jeune mère. Elle devrait être épanouie et savoir parfaitement prendre soin de son enfant grâce à ce que l'on appelle communément l'instinct maternel. Or « On ne naît pas mère, on le devient » [1] grâce, entre autre, aux bases que l'on construit pendant son enfance, à sa relation avec sa propre mère... Accoucher, « donner naissance » est réduit à son expression physique alors que c'est un processus psychique qui transforme la propre identité de la femme. Pour certaines, cet apprentissage est une épreuve. Elles n'arrivent pas à être en accord avec ce que la société leur renvoie, à être cohérentes dans l'interaction avec leur bébé et ont honte des sentiments qu'elles éprouvent. Elles s'enferment alors dans un silence profond. Les sages-femmes et les gynécologues obstétriciens, piliers centraux du suivi de grossesse et du post-partum, sont les acteurs de première ligne pour informer les femmes et les couples sur les risques de la dépression postnatale et son dépistage. Comme le dit de façon très pertinente Geneviève DELAISI DE PERSEVAL « Si on en parle avant, on peut mieux en parler après » [2] . Eviter vaut mieux que traiter puisque la dépression périnatale est un trouble psychique dont les conséquences sont larges. En plus de mettre en difficulté la femme, elle met à mal le développement de l'enfant sur le plan cognitif, comportemental et socio-affectif à cause d'un mur interactionnel que la mère construit entre elle et son enfant. Face à ces enjeux, les professionnels de santé doivent être attentifs aux prémices de ce trouble afin d'enrayer son évolution au plus vite.

On peut alors s'interroger : les sages-femmes et les médecins gynécologues obstétriciens de l'Ain, réalisant des consultations pré- et postnatales ont-ils les connaissances suffisantes pour dépister les patientes à risque de faire une dépression postnatale ?

Dans un premier temps nous définirons brièvement les troubles psychiques de la grossesse. Dans un second temps nous décrirons les résultats de notre enquête réalisée auprès de 68 professionnels de santé. Enfin, dans un dernier temps, nous

discuterons des connaissances des professionnels sur la symptomatologie, les facteurs de risque, le traitement et les moyens de dépistage de la dépression postnatale.

Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum

1 Le Baby-Blues

1.1 Définition

Le Baby-Blues appelé aussi « blues du troisième jour », « fièvre du lait » ou « blues de la maternité » est un trouble émotionnel transitoire d'une durée brève (moins de 24 heures) qui apparaît entre le troisième et le dixième jour du post-partum. [3] Les pics de fréquence et d'intensité se situent entre le troisième et le cinquième jour après l'accouchement. [4] Il concerne près d'une femme sur deux.[3]

Totalement bénin, il pourrait être expliqué soit par des modifications de l'équilibre hormonal après l'accouchement [3] , soit par le processus de « maternité » décrit par RACAMIER où des réaménagements affectifs et cognitifs se font chez la mère pour lui permettre de répondre aux besoins de son enfant, soit le Baby-Blues marque la fin d'une période de stress physique et/ou mentale. [4] [5]

1.2 Sémiologie

Le Baby-Blues se reconnaît par des manifestations psychiques et somatiques mineures et transitoires comme l'asthénie, les crises de larmes déclenchées par des désagréments mineurs, une labilité de l'humeur (changement brusque de l'humeur) et/ou une irritabilité envers l'entourage. [4] [5] Chez certaines patientes, il est possible d'observer un passage rapide d'un état de tristesse à un état d'exaltation marqué par des accès de rire peu motivés, une logorrhée et une surexcitation. [3]

1.3 Facteur de risque

Les facteurs de risque les plus fréquents sont la présence de troubles anxio-dépressifs en fin de grossesse, l'existence d'antécédents d'épisodes dépressifs personnels ou familiaux [3] la primiparité et l'accouchement très médicalisé. [5]

1.4 Evolution et traitement

L'évolution est favorable en quelques heures à quelques jours, sans traitements médicamenteux spécifiques. [5] Une écoute attentive et un accompagnement de la patiente par le professionnel de santé au cours du séjour à la maternité lui permettent de traverser cette période. [3]

2 La dépression périnatale

2.1 La dépression anténatale

2.1.1 Définition

La dépression anténatale est un trouble psychique de la grossesse.

2.1.2 Epidémiologie

Elle concerne 11 à 14,5% des femmes enceintes et peut être prédictive d'un Baby-Blues ou d'une dépression dans l'année qui suit l'accouchement. [6]

2.1.3 Sémiologie

Les signes cliniques de la dépression anténatale ne sont pas spécifiques et peuvent être largement confondus avec des complications obstétricales ou des modifications corporelles liées à la grossesse.

Les signes cliniques principaux sont la tristesse, l'anticipation péjorative sur l'avenir, la mésestime de soi ou la restriction des investissements. [3]

2.1.4 Facteur de risque

La dépression anténatale se différencie de la dépression postnatale de part sa temporalité. L'une survient pendant la grossesse, l'autre après l'accouchement voire jusqu'à la fin de la première année. Les facteurs de risque de ces deux troubles psychiques sont identiques et seront détaillés plus loin dans ce travail.

Une étude publiée dans *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* en novembre 2010 [7] définit un profil de vulnérabilité particulier. Les jeunes femmes, célibataires et avec des difficultés conjugales ou socio-économiques seraient plus sujettes à la dépression anténatale.

2.1.5 Evolution

La plupart des dépressions anténatales cessent spontanément avant la naissance mais environ 20 à 40 % se prolongent ou récidivent durant le post-partum. [3]

Dans des études de cohortes menées par Donna STEWART, 7% des femmes ayant fait une DPN rapportent un épisode dépressif au cours des 12 mois précédents et 12.7% rapportent un épisode dépressif pendant la grossesse. [8]

Une dépression majeure en rémission traitée par des psychotropes avant la grossesse ou en début de grossesse tend à récidiver dans 50 à 75 % des cas avant la naissance si les psychotropes sont arrêtés, contre 25 % des cas si le traitement est maintenu. D'où l'importance de ne pas l'arrêter de façon brutale et de peser la balance bénéfices et risques entre le développement fœtal et le bien être maternel. [9]

2.2 La dépression postnatale

2.2.1 Définition

La dépression postnatale (DPN) est définie, selon le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-IV), comme un épisode dépressif avec la présence, pendant au moins 2 semaines consécutives, d'une humeur triste associée à la perte de plaisir liée aux activités quotidiennes (dont les soins du bébé). [10] La DPN s'installe le plus souvent entre la 6^{ème} et la 12^{ème} semaine du post-partum. [4]

2.2.2 Epidémiologie

Elle touche entre 10 et 25 % des accouchées. [11] 65,5 % des femmes qui ont fait une DPN ont eu un trouble de nature dépressive pendant la grossesse. [12]

Il existe un risque de récurrence dans 25 % des cas [3]

2.2.3 Sémiologie

La DPN se reconnaît par des pleurs quotidiens, un sentiment d'épuisement et la perte de plaisir dans les tâches du quotidien. [3]

Les particularités de la relation mère bébé peuvent aussi amener le professionnel de santé à orienter son diagnostic vers la DPN. En effet, la mère à l'impression d'être incapable de répondre aux besoins de son enfant, a peur qu'il meurt par sa faute et culpabilise de ne pas suffisamment l'aimer. [6] De plus les soins de nursing sont

réalisés de façon opératoire sans engagement émotionnel. Elle ne prend aucun plaisir et ne sollicite pas son enfant pour des échanges de vocalise, de regards ou de jeux. Les contacts se résument aux soins corporels parfaitement réalisés en suivant scrupuleusement les règles de puériculture. [5] [13]

Ce défaut de communication entre mère et bébé peut avoir de lourdes conséquences à court et long terme sur le développement de l'enfant. Ces dernières seront développées plus loin dans ce travail.

Parfois la DPN peut être masquée par des plaintes somatiques maternelles comme les céphalées, les démangeaisons, les douleurs dorsales ou provoquer des troubles du comportement alimentaire. [11] Le professionnel de santé ne doit pas banaliser ses douleurs qui peuvent paraître normales en post-partum mais qui peuvent aussi masquer une DPN.

2.2.4 Facteur de risque

Les facteurs de risque de la DPN sont nombreux et doivent interpeller le professionnel de santé :

- Facteurs psychiatriques : les antécédents (ATCD) de dépression ou de DPN, les manifestations anxieuses ou dépressives durant la période prénatale.
- Facteurs biologiques : Le lien entre la DPN et les facteurs endocriniens n'ont pas plus être clairement établi hormis certaines thyroïdites inflammatoires à manifestations biologiques. Les études ont porté principalement sur les taux de progestérone, d'oestradiol et de cortisol. Mais aucune n'a rapporté de résultats concluants.
- Facteurs relationnels et socio-économiques : le faible niveau socio-économique, les carences affectives sociales et/ou conjugales, les évènements de vie négatifs ou stressants pré et/ou post natale, les violences ou abus sexuels de l'enfance, le sevrage de l'allaitement maternel lié à la reprise du travail (lors de l'arrêt de l'allaitement maternel il se rejoue une séparation où ni la mère, ni le nourrisson ne sont prêts).
- Facteurs gynéco-obstétricaux : la primiparité, les ATCD de fausses couches, d'avortements ou de mort fœtale, les complications obstétricales, les pathologies de l'enfant.

- Facteurs culturels : les femmes migrantes éloignées de leur famille avec langue et/ou représentations culturelles différentes, culpabilité par rapport à l'image renvoyée par la société de « bonheur idéalisé ». [3] [5] [11] [13]

2.2.5 Evolution

Sous traitement, l'amélioration des symptômes est obtenue en moins de 2 semaines mais des rechutes sont fréquentes. Le taux de récurrence est estimé à 30 – 35 %. [3]

2.3 Conséquences de la dépression sur l'enfant

La DPN a des effets négatifs majeurs à court et long terme sur la relation mère-enfant et sur le développement de l'enfant (social, émotionnel ou cognitif). [12] (Annexe 2)

2.3.1 Les effets sur le développement de l'enfant

A court terme, la DPN entraîne des troubles du sommeil, des pleurs prolongés, des difficultés alimentaires et/ou des affections dermatologiques. [3]

La mère dépressive sera inquiétée et épuisée par ces manifestations et ira consulter régulièrement le médecin traitant ou le médecin pédiatre qui suit l'enfant. Lorsque aucune raison n'est retrouvée, ces plaintes doivent alerter le professionnel de santé. [6] [11]

A long terme, la DPN a des conséquences sur :

- Le fonctionnement socio-affectif : l'enfant a des difficultés à maîtriser ses colères, à établir des liens d'attachements sécurisants et peut ressentir un niveau de stress plus élevé.
- Le fonctionnement cognitif : l'enfant est moins avancé sur le plan du langage, réussit moins bien à l'école et a une moins bonne estime de lui.
- Le fonctionnement comportemental : l'enfant a plus de problèmes de sommeil, est moins coopératif, plus inactif et a du mal à contrôler son agressivité. [6] [13] [14]

2.3.2 Le comportement des mères dépressives dans l'interaction avec le bébé

La mère dépressive rencontre des difficultés dans l'interaction avec son bébé durant la période préverbale puisqu'elle met deux fois plus de temps qu'une mère non dépressive à répondre à une vocalisation. Il n'y a donc pas de communication directe entre elle et son bébé. La mère ne reconnaît pas les signaux que l'enfant lui adresse et y répond de manière erronée. Elle montre aussi moins d'expression faciale et moins d'empathie. [13]

La mère déprimée est dans l'incapacité d'offrir à son enfant une interaction juste et gratifiante. Les interactions sont moins bien synchronisées et moins cohérentes. [3]

2.3.3 L'influence du père

Le père peut influencer positivement le développement de l'enfant malgré la dépression maternelle. Plus disponible affectivement, il peut être l'adulte avec lequel l'enfant expérimente des interactions.

Dans le cas d'une relation conjugale soutenante, le père peut également réduire l'impact de la dépression maternelle sur l'enfant par le soutien qu'il apporte à sa conjointe. Cependant, si la relation conjugale est en difficulté, la présence du père peut être vécue, par la mère, comme un poids supplémentaire et majorer la dépression. [13] [14]

2.4 Traitement des dépressions

Différents traitements, médicamenteux et non médicamenteux peuvent être mis en place pour aider la jeune maman.

Des moyens thérapeutiques non médicamenteux :

- **Les interventions psychosociales** dans lesquels on retrouve la Préparation à la Naissance et à la Parentalité, les visites à domicile ou encore le suivi postnatal. [5] Des interventions postnatales précoces et structurées ont un effet préventif démontré sur la DPN, surtout chez les femmes vulnérables. Les interventions individuelles sont à préférer aux interventions de groupe. Elles apportent une

écoute et un soutien bienveillant aux femmes et permettent de créer un lien rassurant entre la femme et le professionnel de santé. [15]

- **La psychothérapie** : c'est le principal traitement des DPN. [16] C'est un traitement intéressant puisque la grossesse et le post-partum sont des périodes de remaniements psychiques marqués par des bouleversements identitaires et émotionnels. Ils ont l'avantage de permettre des réaménagements rapides. [11]

Il en existe deux grandes classes utilisées pour les DPN : les thérapies comportementalo-cognitives et les psychothérapies interpersonnelles. [17]

- **L'hospitalisation au sein d'Unité mère-bébé** : elles sont utilisées pour traiter tous les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. Elles accueillent conjointement les nourrissons et leur mère et offrent un cadre contenant. Maman et bébé peuvent se rencontrer sans se désorganiser et retrouver des relations harmonieuses. [5] [17] [18]
- Les demandes d'hospitalisation peuvent être faites par des acteurs variés : la patiente elle-même, la famille ou un tiers, le secteur d'obstétrique, le secteur psychiatrique ou encore les différents réseaux de périnatalité.

Pour les moyens thérapeutiques médicamenteux, plusieurs psychotropes sont disponibles:

- **Les antidépresseurs**. Il en existe 4 classes : les tricycliques (TC), les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) et les agomelatines. Seules les TC et les ISRS sont fréquemment prescrits en France et utilisés pour traiter la DPN. L'ancienneté de prescription des TC permet d'affirmer que les risques tératogènes sont faibles pendant la grossesse. Cependant les ISRS sont plus récents et mieux tolérés. Le taux global de malformations n'est modifié par aucune classe d'antidépresseur et ils peuvent être prescrits pendant la grossesse.

A la naissance, les antidépresseurs peuvent causer des troubles néonataux transitoires et bénins tels que le syndrome d'inadaptation néonatale et les signes de détresse respiratoire. Lors de l'allaitement, il est recommandé

d'utiliser des antidépresseurs ayant un faible passage dans le lait et des concentrations sanguines indétectables chez le nouveau né. Les ISRS et les TC semblent avoir une grande sécurité d'emploi durant l'allaitement. [17]

- **Les thymorégulateurs** : les sels de lithium et certains antiépileptiques. Tous les thymorégulateurs induisent un risque tératogène et ont des conséquences néonatales (hypothermie, cyanose, hypotonie). Cependant, dans les formes sévères de dépression et avec des précautions de prescription, le lithium devrait être prescrit dès le début de la grossesse suivant un algorithme de surveillance très précis.

Lors de l'allaitement, l'administration du lithium est envisageable avec une surveillance néonatale clinique et biologique étroite. [17]

- Les **antipsychotiques ou neuroleptiques** sont utilisés dans les psychoses (mélancolie, troubles du comportement). [5] [17]

Quelque soit la pathologie, la prise en charge thérapeutique doit toujours prendre en compte la balance bénéfices – risques : évaluer les risques éventuels pour le fœtus et l'augmentation des troubles psychiatriques de la mère. [5] Le choix du psychotrope dépend du trouble présenté, des antécédents, de l'efficacité, de la tolérance et des effets des produits.

En cas de dépression et lorsque cela est possible et accepté, il est préférable d'envisager une psychothérapie plutôt qu'un traitement par psychotropes. L'efficacité des psychothérapies bien conduites est comparable voire supérieure à celle des antidépresseurs. [5] [16] Cependant la combinaison psychothérapie – psychotrope est préconisée en cas de dépression majeure sévère ou de troubles dépressifs n'évoluant pas suffisamment malgré la psychothérapie. [17]

3 La psychose puerpérale

3.1 Définition

La psychose puerpérale se définit comme un ensemble de manifestations délirantes aiguës associé à une modification brutale de l'humeur survenant dans les quinze premiers jours jusqu'à la fin de la première année après l'accouchement. Elle concerne entre 1 et 2 femmes pour 1 000 naissances. C'est le trouble psychique du post-partum le plus sévère et constitue une urgence médico-légale puisqu'il peut être la cause de suicide maternel et d'infanticide. [3] [4]

3.2 Sémiologie

Les symptômes retrouvés sont la fluctuation importante de l'humeur, l'insomnie, la présence d'idées délirantes avec des phénomènes hallucinatoires et de la confusion centrée autour du bébé. Dans trois quarts des cas, une symptomatologie anxieuse ou dépressive est retrouvée en fin de grossesse. [3]

3.3 Facteur de risque

Les facteurs de risque sont nombreux :

- Facteurs psychiatriques : ATCD personnels de dépression ou de psychose puerpérale.
- Facteurs gynéco-obstétricaux : primiparité, survenue de complications obstétricales (césarienne non anticipée, hémorragie de la délivrance, dystocie des épaules...)
- Facteurs familiaux : traumatismes dans l'enfance et sévices sexuels
- Facteurs endocriniens : probable action par excès ou par privation des oestrogènes, de la prolactine, de l'ocytocine et du cortisol. Cependant aucun succès thérapeutique par administration d'hormones n'a pu être obtenu [3] [5]

3.4 Traitement

En raison d'un très grand risque de suicide et d'infanticide, il est nécessaire d'hospitaliser la femme en urgence soit dans une unité psychiatrique, soit d'une Unité mère-bébé et de mettre en place un traitement médicamenteux.

Durant l'hospitalisation, il est nécessaire :

- de veiller au maintien des relations mère-bébé.

Il n'est pas préconisé de séparer l'enfant de sa mère mais au contraire de l'introduire dans le chemin thérapeutique pour que tous deux développent des liens d'attachement.

- de veiller à la sécurité du bébé
- d'intégrer le père dans le processus de guérison [5]

Dans ces conditions, la guérison se produit dans les deux tiers des cas. Le risque de récurrence est d'environ 50 %. Un intervalle de deux ans est recommandé entre la guérison et le début d'une autre grossesse. [4]

L'enquête

1 Problématique

Les sages-femmes et les médecins gynécologues obstétriciens de l'Ain (01), travaillant en milieu hospitalier, en libéral ou en service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ont-ils les connaissances suffisantes pour dépister les patientes à risque de faire une dépression postnatale ?

2 Les objectifs de l'enquête

Ce travail a plusieurs objectifs :

- Identifier les connaissances des sages-femmes et des médecins gynécologues obstétriciens qui permettent de repérer les facteurs de risque, les symptômes, le traitement et le dépistage de la dépression postnatale.
- Sensibiliser les professionnels de santé à la dépression postnatale et au repérage de ses facteurs de risque et de ses symptômes déjà visibles pendant la grossesse.
- Proposer aux professionnels de santé un conseil minimal sur la dépression postnatale.

3 Les hypothèses

Les hypothèses de l'étude sont les suivantes :

- Les professionnels de santé ont de faibles connaissances sur cette pathologie du post-partum.
- Les professionnels de santé n'informent pas suffisamment les femmes sur le risque de survenue d'une dépression dans le post-partum.
- Les professionnels de santé ne connaissent pas et/ou n'utilisent pas suffisamment les outils existants permettant de dépister la DPN. Le dépistage se fait alors par des méthodes subjectives et varie en fonction de la sensibilité de chacun.

4 Choix de la population, lieu et durée de l'étude

L'étude menée est multicentrique sur le département de l'Ain (01) et concerne tous les sages-femmes et médecins gynécologues obstétriciens exerçant dans le département. Il a été choisi de cibler des professionnels effectuant des consultations pré- et/ou postnatales uniquement mais travaillant dans trois environnements différents : en centre hospitalier (Centre du Haut Bugey à Oyonnax, Hôpital privé d'Ambérieu en Bugey, Centre Hospitalier de Bourg en Bresse), en libéral ou en PMI. Au total l'étude a concerné 120 professionnels de santé dont 35 médecins et 85 sages-femmes.

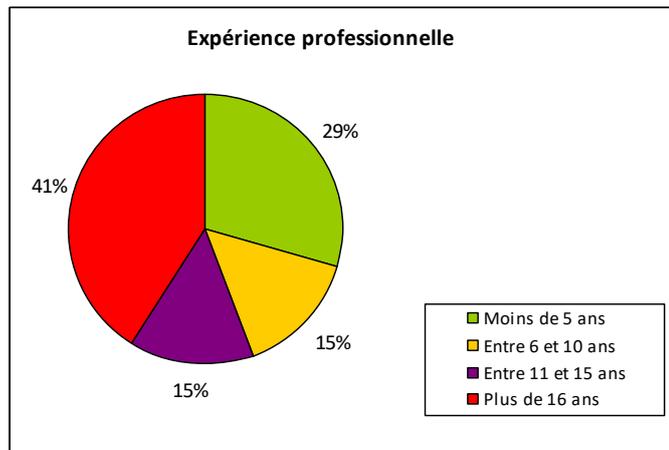
Le recueil de données a été réalisé par *Google Form* sous la forme d'un questionnaire informatisé et anonymisé composé de 45 questions (disponible en Annexe 3). Le lien a été envoyé par e-mail à 120 professionnels de santé qui ont accepté de participer à cette étude. Au total 68 questionnaires ont été complétés sur la période du 19 Juillet au le 5 Octobre 2017. Volontairement, la proportion de médecins et de sages-femmes n'est pas connue. Le but étant de ne pas faire de séparation entre les deux corps de métiers.

Résultats

68 réponses ont été récoltées sur les 120 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse de 56 %. Les données ont été recueillies et incluses dans le logiciel de calculs *Excel* pour réaliser une étude statistique.

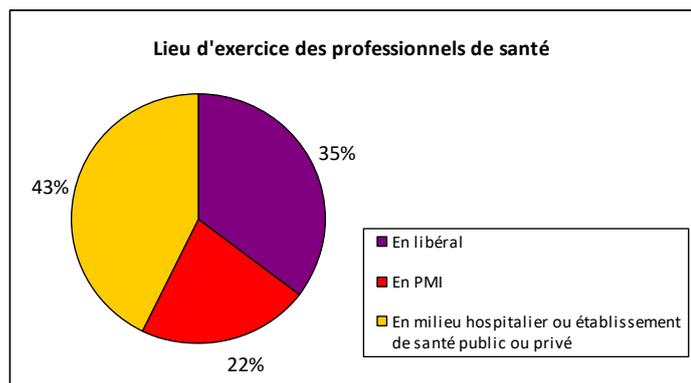
1 Renseignements généraux

1.1 Durée d'exercice



La majorité des professionnels de santé ayant répondu au questionnaire ont plus de 16 ans d'expérience professionnelle (n = 28).

1.2 Lieu d'exercice



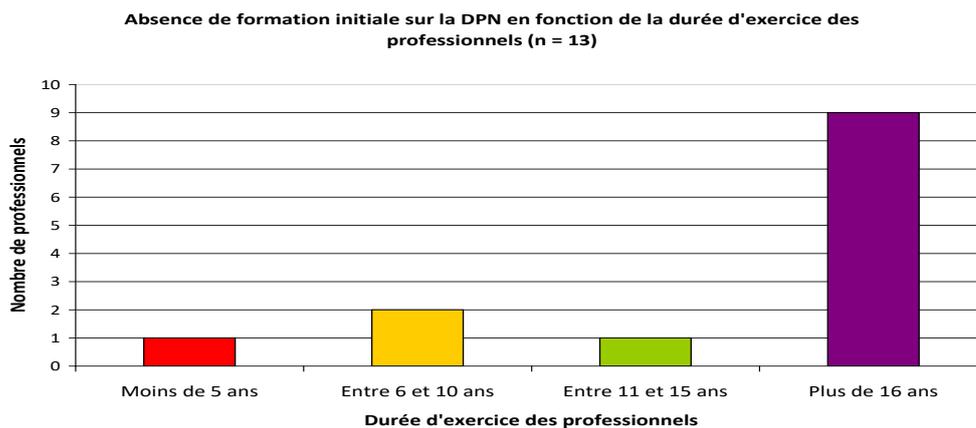
Les professionnels de santé qui ont participé à l'étude représentent majoritairement le milieu hospitalier et les établissements de soins public ou privé (n = 29). Le milieu professionnel le moins représenté est celui de la PMI (n = 15).

2 Formation des professionnels de santé

2.1 Formation initiale sur la dépression postnatale

81 % (n = 55) des professionnels de santé ont été formé sur la DPN au cours de leur formation initiale en école de sage-femme ou en faculté de médecine. Sur les 55 professionnels interrogés, 75 % d'entre eux (n = 41), l'on trouvé insuffisante.

19 % (n = 13) n'ont pas reçu de formation initiale sur la DPN.

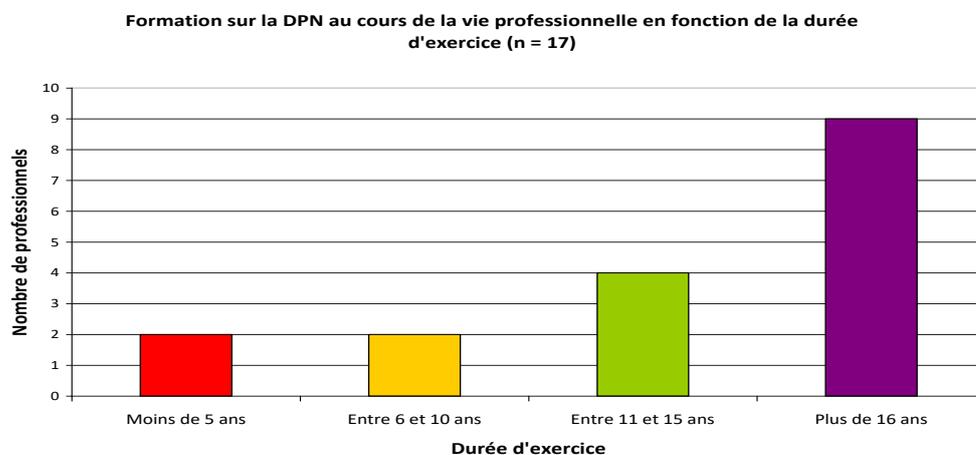


Les professionnels de santé qui n'ont pas eu de formation initiale sur la DPN exercent majoritairement depuis plus de 16 ans (n = 9).

2.2 Formation au cours de la vie professionnelle

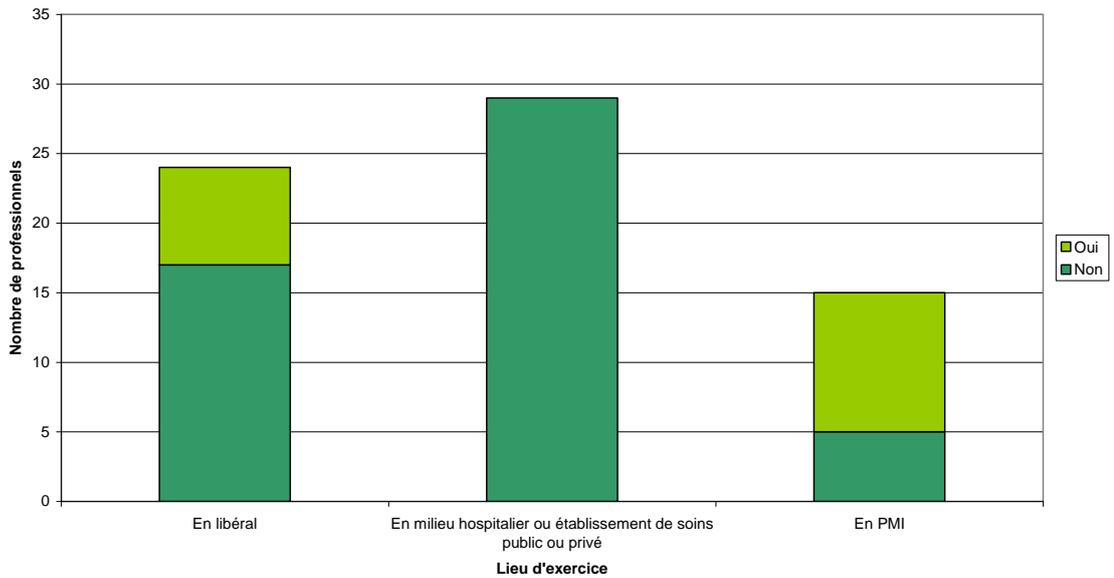
Sur l'ensemble des répondants (n = 68), seuls 25 % (n = 17) ont complété leur formation initiale sur la DPN par une formation complémentaire.

65 % (n = 11) l'ont trouvée suffisante.



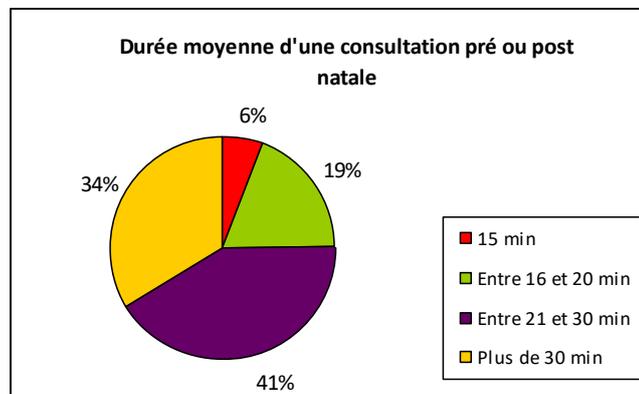
Parmi les 17 professionnels ayant réalisés une formation complémentaire, 76 % ont une ancienneté comprise entre 11 et plus de 16 ans (n = 13).

Réalisation d'une formation sur la DPN au cours de la vie professionnelle en fonction du lieu d'exercice



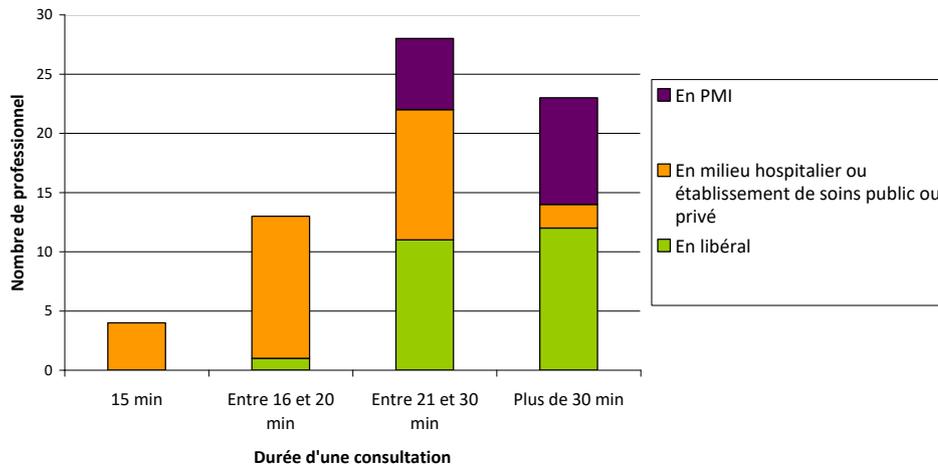
Les professionnels qui ont réalisé une formation complémentaire exercent en libéral et en PMI. La formation complémentaire a concerné 10 % (n = 7) des professionnels libéraux et 15 % (n = 10) des professionnels en PMI.

3 Renseignements sur les consultations pré- et postnatales



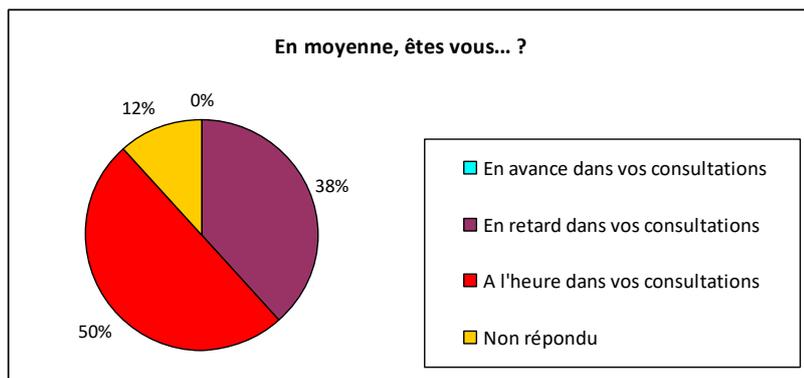
La durée d'une consultation pré- ou post-natale dure entre 21 et 30 minutes pour 41 % des professionnels de santé (n = 28) interrogés.

Lieu d'exercice en fonction de la durée des consultations pré ou post natales (n = 68)



En libéral et en PMI, (n = 38) les consultations durent entre 21 et plus de 30 minutes.

En milieu hospitalier (n = 23), les consultations durent entre 15 et 30 minutes.



La moitié des professionnels de santé (n = 34) sont à l'heure dans leurs consultations.

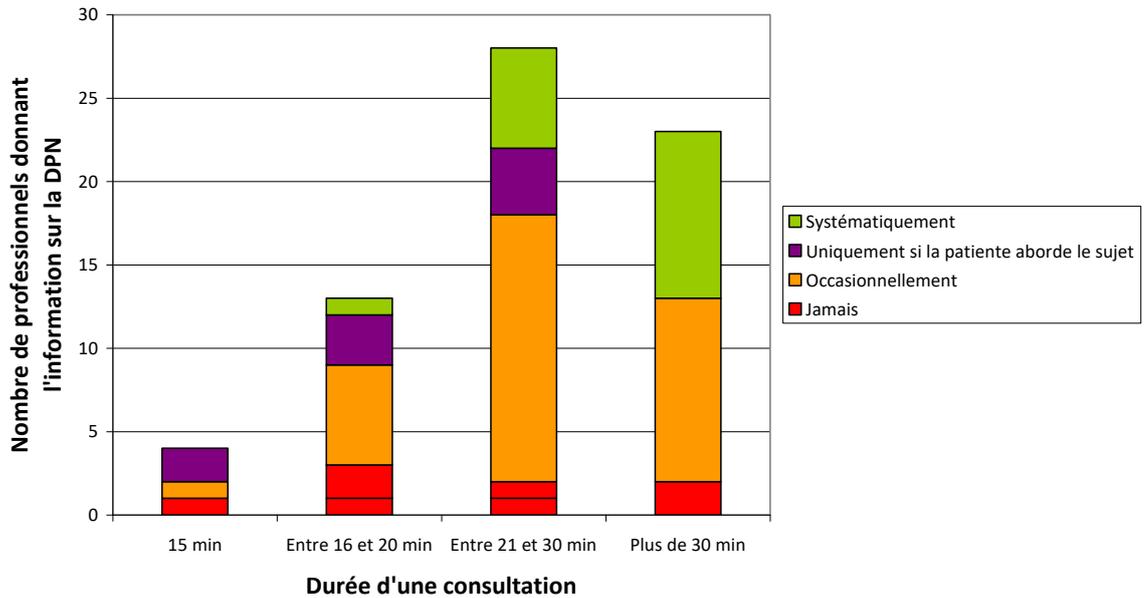
4 Informations données aux patientes sur la dépression postnatale

4.1 Information donnée

Les professionnels informent les patientes sur la DPN :

- Systématiquement dans 25 % des cas (n = 17)
- Occasionnellement dans 50 % des cas (n = 34)
- Uniquement lorsque la patiente aborde le sujet dans 13 % des cas (n = 9)
- Jamais dans 12 % des cas (n = 8)

Degré d'information sur la DPN en fonction de la durée d'une consultation



L'information des patientes sur la DPN se fait de façon systématique :

- Dans 23 % (n = 16) des cas lorsque la consultation dure entre 21 et plus de 30 minutes
- Dans 2 % des cas lorsque la consultation dure moins de 20 minutes

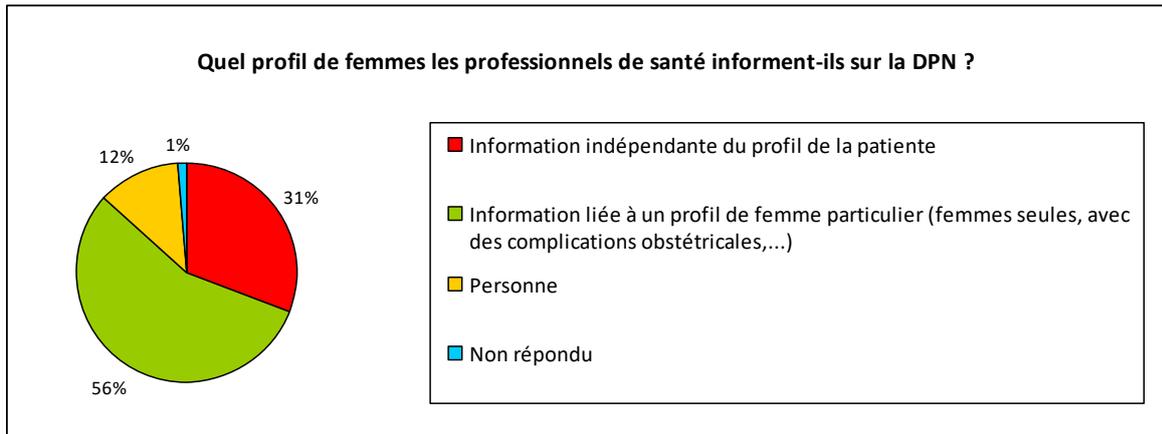
L'information sur la DPN se fait de façon occasionnelle ou lorsque la patiente aborde le sujet :

- Dans 46 % des cas (n = 31) lorsque la consultation dure entre 21 et plus de 30 minutes
- Dans 18 % des cas (n = 12) lorsque la consultation dure moins de 20 minutes

L'information sur la DPN ne se fait jamais dans 12 % des cas (n = 8) quelque soit la durée de la consultation.

88 % (n = 60) des professionnels interrogés ont déjà rencontrés une ou plusieurs personnes présentant une DPN.

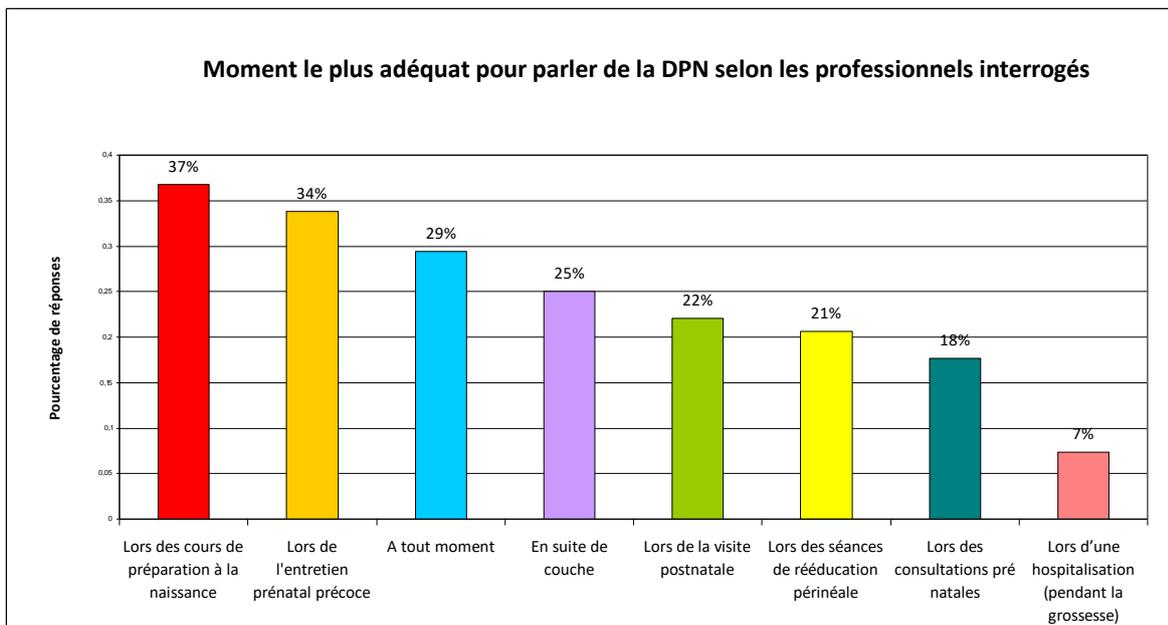
4.2 Profil des femmes informées



31 % (n = 21) des professionnels de santé informent toutes les patientes.

56 % (n = 38) informent uniquement les femmes présentant des facteurs de risques de DPN.

4.3 Moment d'information



Les moments, d'après les professionnels de santé, qui paraissent les plus propices pour parler de la DPN sont (plusieurs réponses possibles) :

- Les cours de Préparation à la Naissance et à la Parentalité pour 37 % d'entre eux
- L'Entretien Prénatal Précoce pour 34 % d'entre eux

29 % des professionnels de santé (n = 20) trouvent qu'il n'y a pas de moment précis pour aborder le sujet. N'importe quelle rencontre entre la patiente et le professionnel est une opportunité pour en parler.

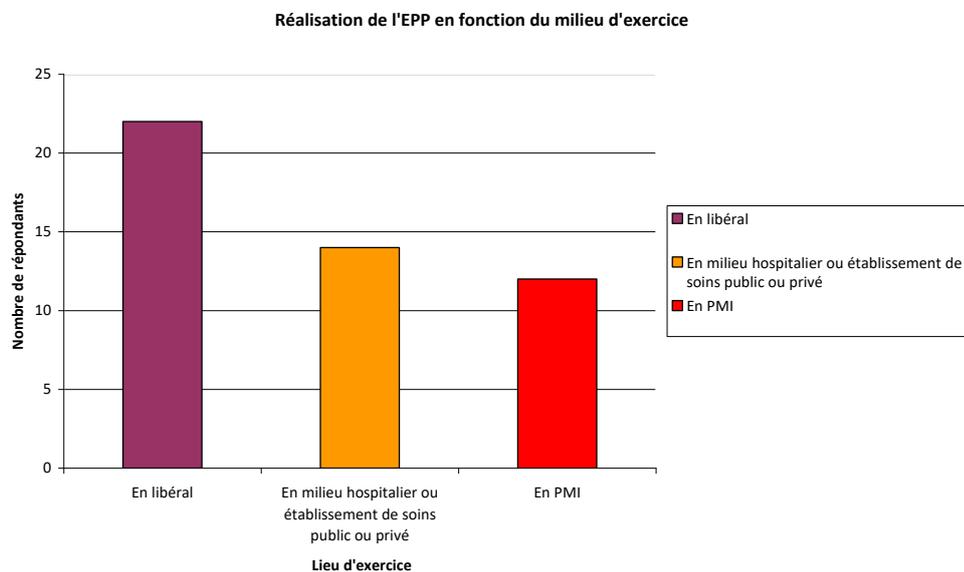
4.4 Entretien prénatal précoce

81 % des professionnels de santé (n = 55) trouvent que l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) permet d'aborder plus facilement les difficultés psychologiques chez la femme.

75 % des professionnels (n = 51) pensent que l'EPP devrait être systématique. 25 % (n=17) pensent que le choix devrait être laissé à la femme.

71 % des professionnels (n = 48) réalisent l'EPP. Sur les 48 personnes réalisant l'EPP :

- 46 % (n = 22) mènent cet entretien avec une trame qu'eux-mêmes ont construite
- 33 % (n = 16) le réalisent avec une fiche pré-remplie par le réseau de périnatalité de Rhône-Alpes Auvergne (Aurore)
- 21 % (n= 10) le mènent « au feeling ».



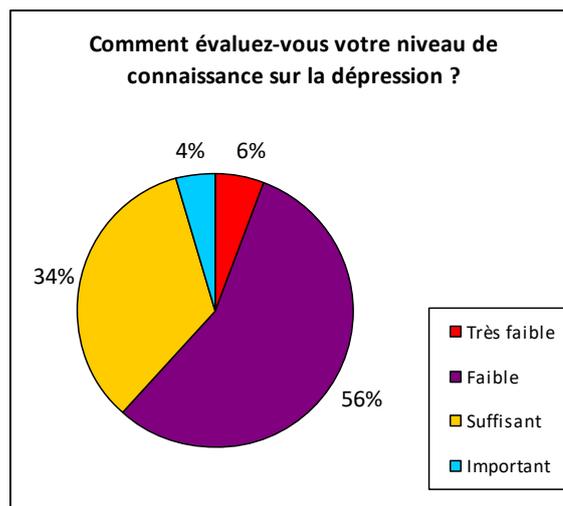
L'EPP est majoritairement réalisé par les professionnels libéraux.

Parmi les 20 professionnels de santé ne réalisant pas l'EPP :

- 7 n'ont pas de plage horaire dédiée à cet entretien. Soit il n'est pas organisé dans le service, soit la demande n'est pas assez forte pour pouvoir le mettre en place.
- 5 ne se sentent pas formés pour cet entretien
- 2 trouvent cet entretien inutile
- 2 décrivent un manque de temps
- 4 n'ont pas donné de raison.

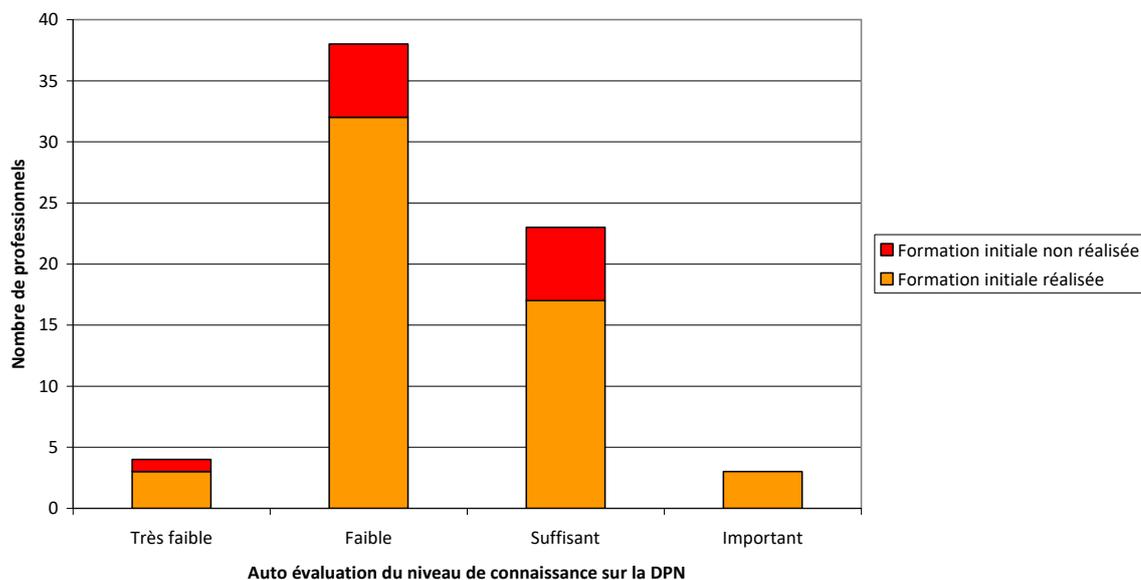
5 Connaissances des professionnels de santé sur la dépression postnatale

5.1 Auto-évaluation des connaissances



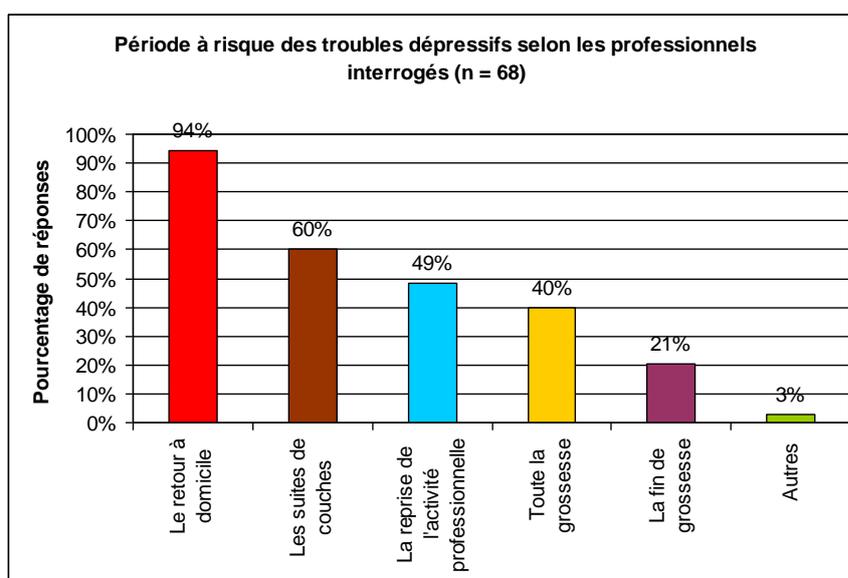
62 % des professionnels de santé (n = 42) jugent leur niveau de connaissance sur la DPN « faible » à « très faible ».

Réalisation d'une formation initiale en fonction de l'auto évaluation des connaissances par les professionnels de santé



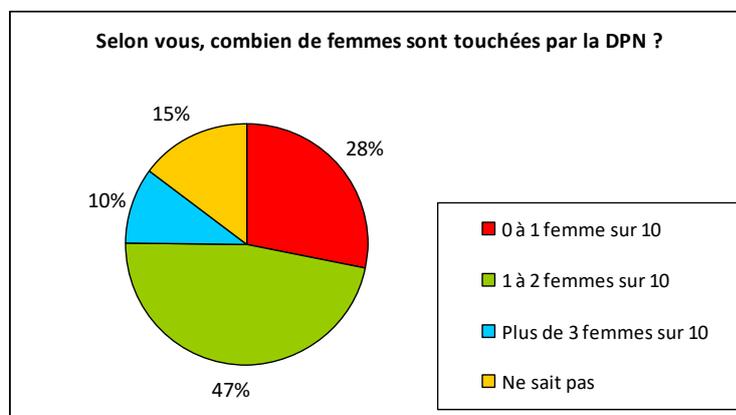
Après avoir croisé l'auto-évaluation des connaissances des professionnels avec la réalisation ou non d'une formation initiale sur la DPN, ce diagramme permet de voir que 51 % professionnels de santé (n = 35) ont bénéficié d'une formation initiale mais jugent leurs connaissances « très faible » à « faible ».

5.2 Facteurs de risque et période à risque d'une dépression

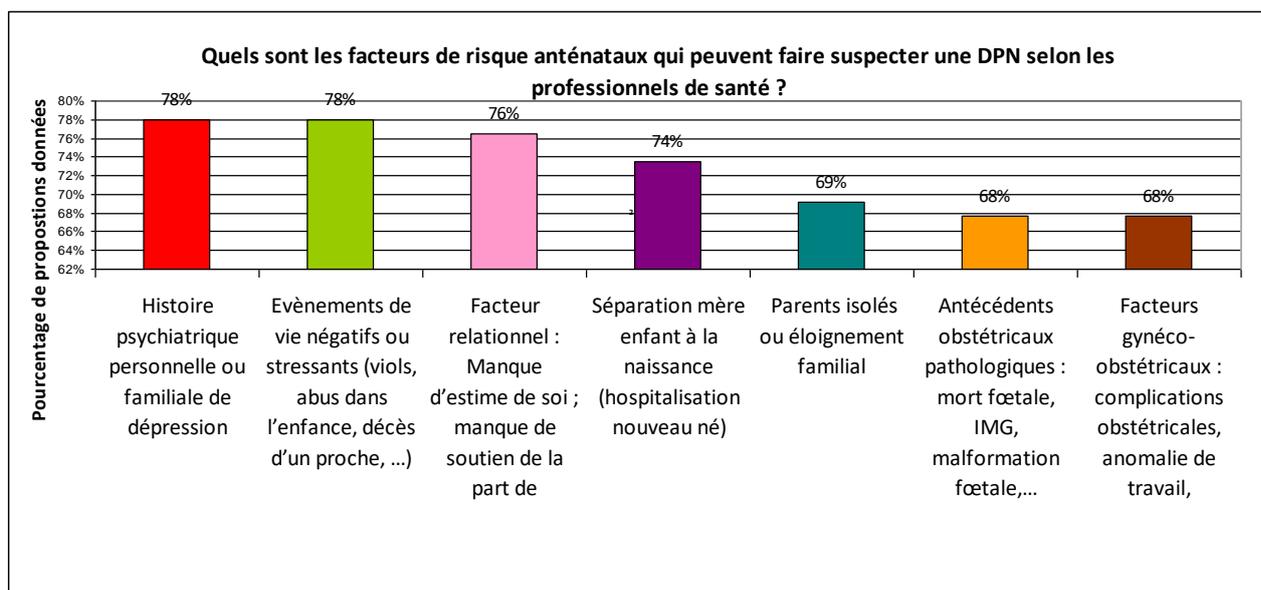


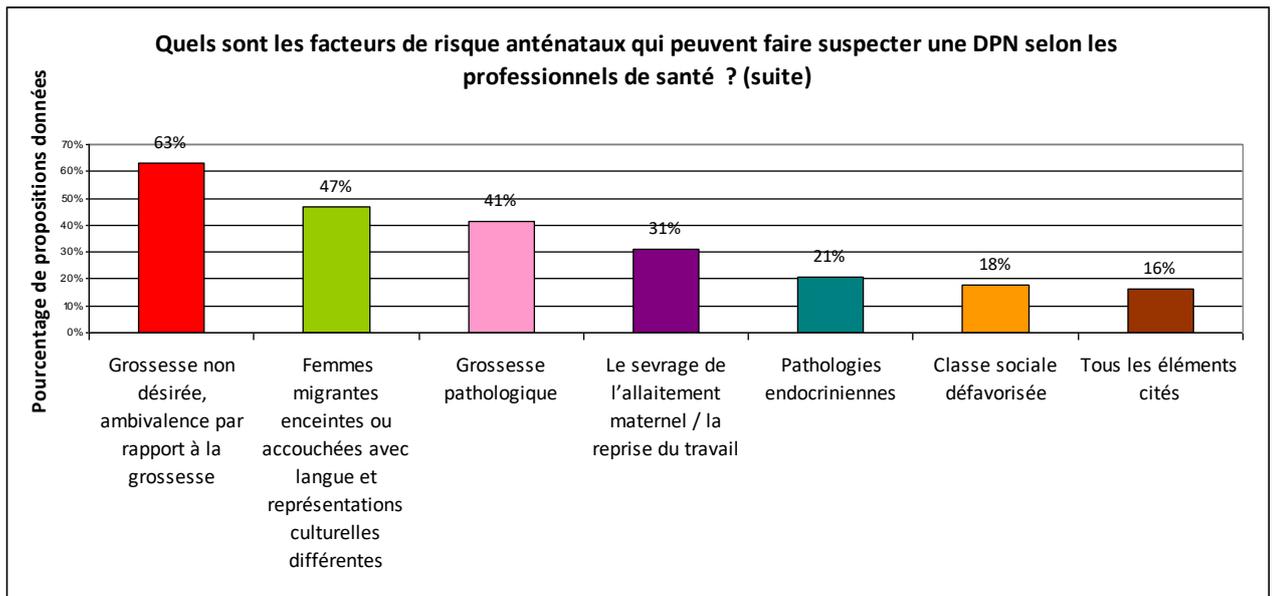
94 % des professionnels de santé (n = 64) jugent que le retour à domicile est la période à risque pour faire une dépression. La deuxième période à risque serait les suites de couche pour 60 % d'entre eux (n = 41).

81 % des professionnels de santé (n = 55) pensent qu'il est possible de repérer, en anténatal, les facteurs de risque de la DPN.



47 % des professionnels de santé (n = 32) pensent qu'1 à 2 femmes sur 10 sont touchées par le DPN.



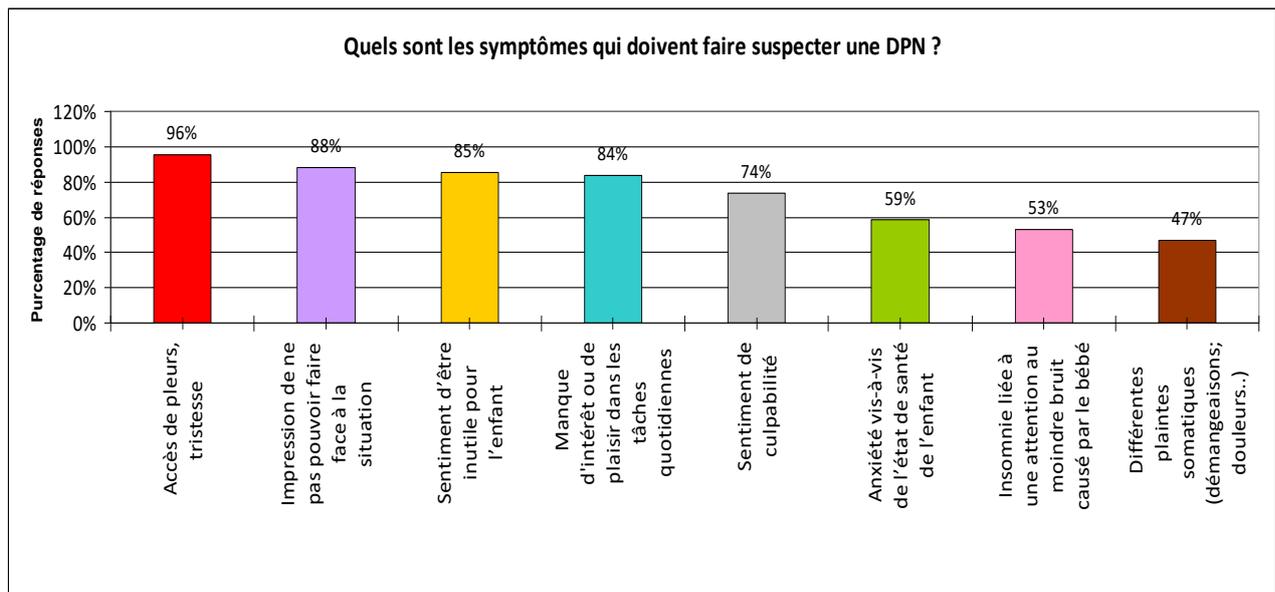


Les facteurs de risque anténataux qui ont été les plus cités par les professionnels de santé sont, entre 78 et 74 % :

- L'histoire psychiatrique personnelle ou familiale de dépression
- Les évènements de vie négatifs ou stressants
- Les facteurs relationnels tels le manque d'estime de soi, le manque de soutien de l'entourage proche...

Les facteurs de risque anténataux les moins cités par les professionnels de santé sont, entre 31 et 18 % :

- Le sevrage de l'allaitement maternel à la reprise de l'activité professionnelle
- Les pathologies endocriniennes
- Le niveau socio-économique défavorisé



D'après les professionnels de santé les principaux symptômes qui doivent faire suspecter une DPN sont, entre 96 et 74 % :

- L'accès de pleurs et de tristesse pendant 4 semaines
- L'impression de ne pas pouvoir faire face à la situation
- Le sentiment d'être inutile pour l'enfant
- Le manque d'intérêt ou de plaisir dans les tâches quotidiennes
- Le sentiment de culpabilité

Les plaintes somatiques n'ont été citées qu'à 47 % et représentent donc un symptôme mineur pour les professionnels.

5.3 Différences entre dépression postnatale et autres troubles psychiques du post-partum

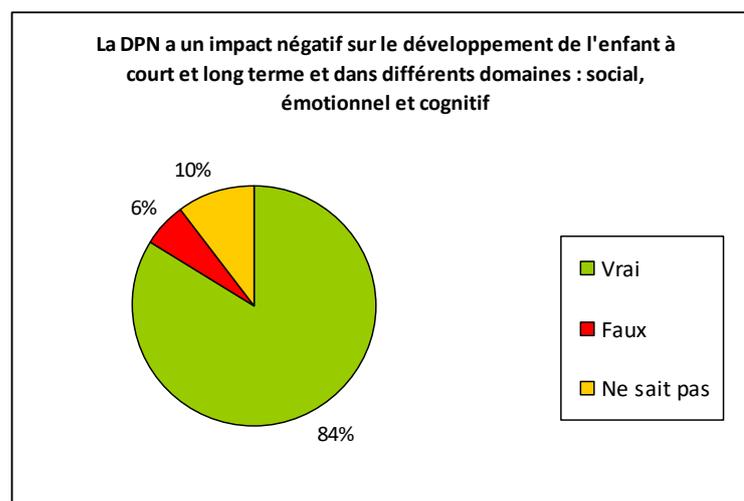
Question 1 : 98 % des professionnels de santé (n = 66) ont répondu juste à la question posée : face à des troubles d'une durée brève et variant de quelques heures à quelques jours, on parle de Baby-Blues.

Question 2 : 90 % des professionnels de santé (n = 61) ont répondu juste à la question posée : face à une humeur triste avec perte de plaisir associée aux activités quotidiennes, il faut penser à une DPN.

Question 3 : 99 % des professionnels de santé (n = 67) ont répondu juste à la question posée : la DPN a un pic à la 6^{ème} semaine du post-partum.

Question 4 : 74 % des professionnels de santé (n = 50) ont su répondre juste à la question posée : face à des pleurs quotidiens, un sentiment d'épuisement ou une impression d'être incapable de répondre aux besoins de l'enfant il faut penser à la DPN.

Question 5 :



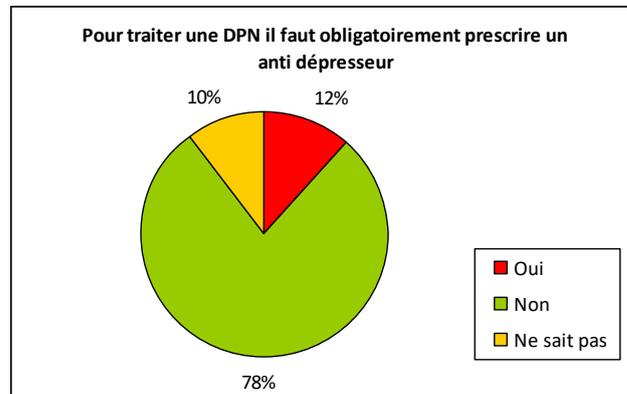
84 % des professionnels de santé (n = 57) ont répondu juste à la question posée : la DPN a un impact négatif sur le développement de l'enfant à court et long terme et dans différents domaines : social, émotionnel et cognitif.

Question 6 : 96 % des professionnels de santé (n = 65) ont répondu juste à la question posée : face à un ensemble de manifestations délirantes associées à une modification brutale de l'humeur survenant dans les 15 jours après l'accouchement jusqu'à la première année, il faut penser à une psychose puerpérale.

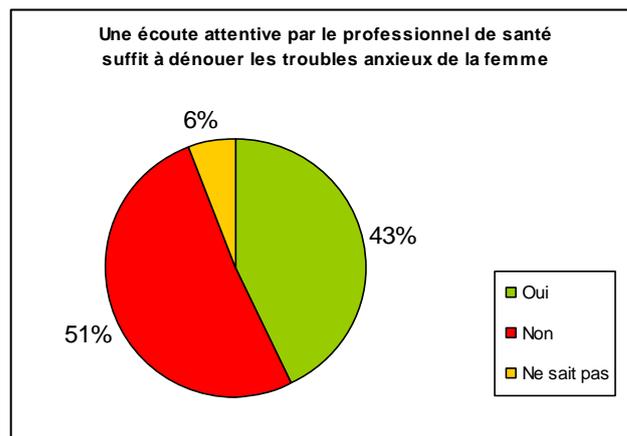
Question 7 : 97 % des professionnels de santé (n = 66) ont répondu juste à la question posée : de nombreuses consultations pédiatriques peuvent évoquer une DPN maternelle.

Question 8 : 87 % des professionnels de santé (n = 59) ont répondu juste à la question posée : lorsque aucune anomalie organique n'est retrouvée, des plaintes somatiques maternelles doivent faire penser à une DPN.

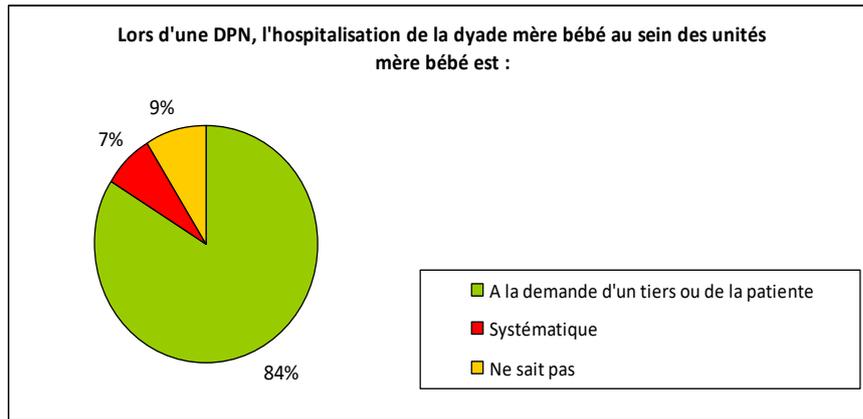
5.4 Traitement de la dépression postnatale



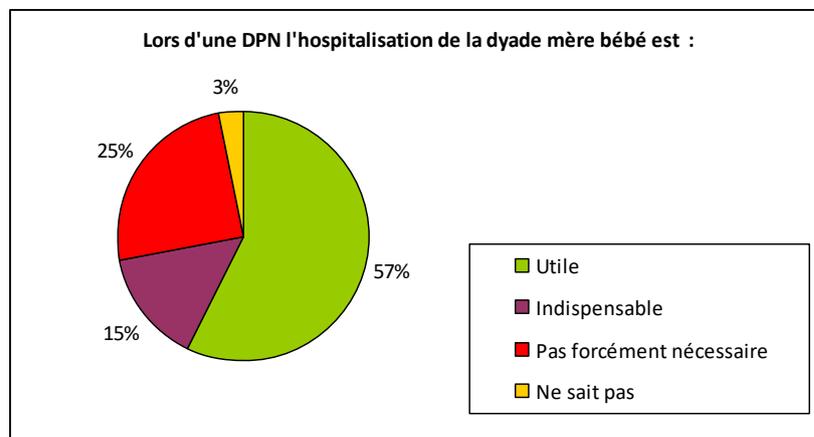
78 % des professionnels de santé (n = 53) pensent, à juste titre, que la prescription d'un antidépresseur n'est pas obligatoire pour traiter la DPN.



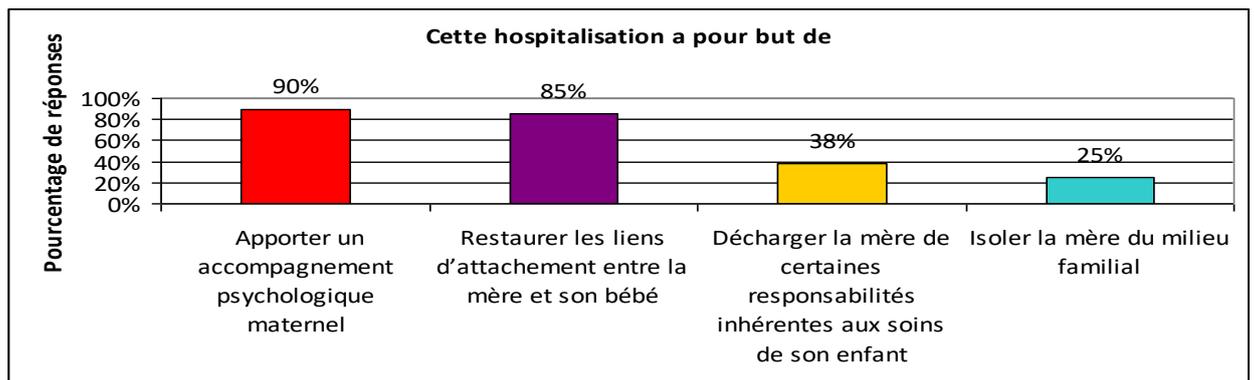
43 % des professionnels de santé (n = 29) pensent, à juste titre, qu'une écoute attentive est suffisante pour dénouer les troubles anxieux de la femme.



84 % des professionnels de santé (n = 57), pensent, à juste titre, que l'hospitalisation au sein d'une Unités mère-bébé est à la demande d'un tiers ou de la patiente.

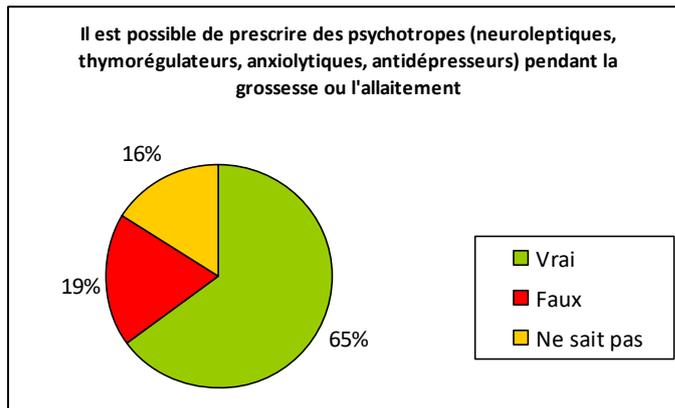


57 % des professionnels (n = 39) pensent que l'hospitalisation de la dyade mère-bébé peut être utile en cas de DPN.



Les professionnels de santé pensent pour, respectivement, 90 % (n = 60) et 85 % (n = 57), que l'hospitalisation au sein d'une Unités mère-bébé a pour but :

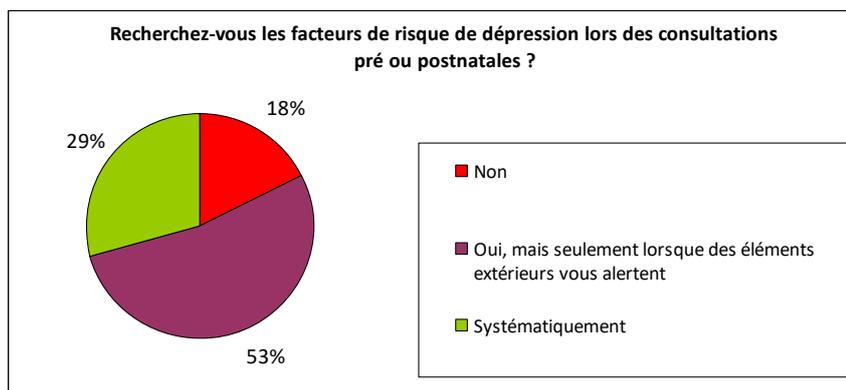
- D'apporter un accompagnement psychologique maternel
- De restaurer les liens d'attachement entre la mère et son bébé



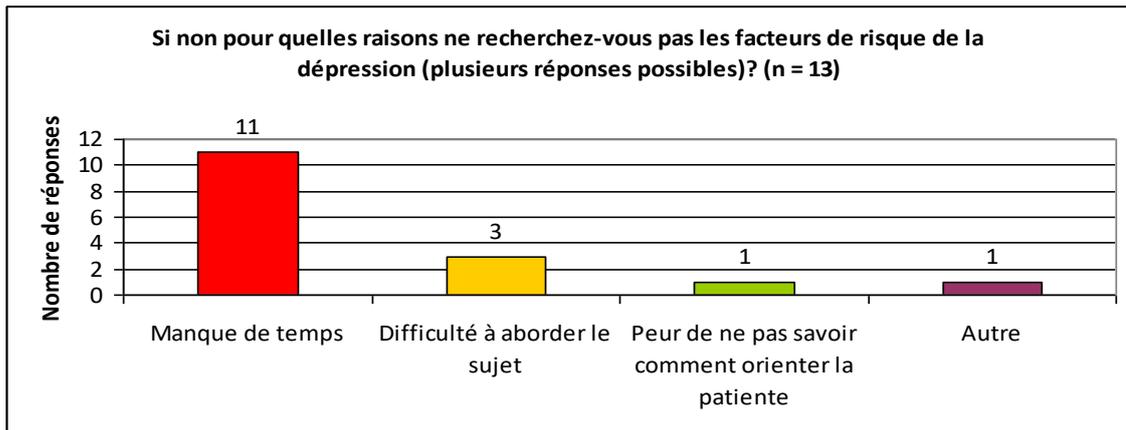
65 % des professionnels de santé (n = 44) pensent, à juste titre, qu'il est possible de prescrire des psychotropes pendant la grossesse ou l'allaitement maternel en cas de DPN.

6 Dépistage des dépressions postnatales

6.1 Les facteurs de risque de la dépression postnatale

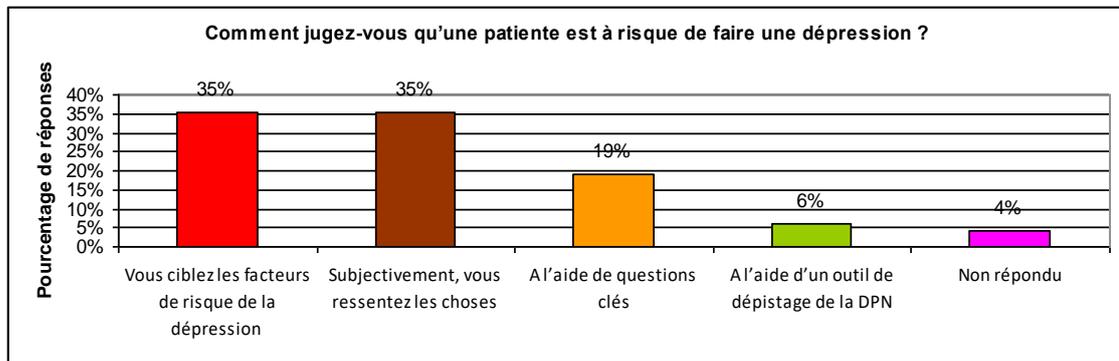


53 % des professionnels de santé (n = 36) recherchent les facteurs de risque de la DPN uniquement lorsque des éléments extérieurs les alertent comme par exemple un ATCD de fausse couche spontanée, une ambivalence par rapport à la grossesse...



La raison qui a été majoritairement citée par les 13 professionnels de santé ne recherchant pas les facteurs de risque de la DPN est le manque de temps.

6.2 Reconnaître une patiente à risque de faire une dépression



35 % des professionnels (n = 24) jugent de façon subjective (c'est-à-dire avec leur propre ressenti) qu'une patiente est à risque de faire une DPN. Ceux qui ciblent les facteurs de risque de la dépression sont tous aussi nombreux (35 %).

Les facteurs de risque cités par 24 professionnels de santé (soit 35 %) et qui permettent, d'après eux, de reconnaître une patiente à risque de faire dépression sont :

- Les antécédents familiaux ou personnels de dépression (cité 21 fois sur 24)
- Le contexte psychosocial défavorisé (violence, isolement familial, mauvais soutien social, mauvaise estime de soi...) (cité 18 fois sur 24)
- L'ambivalence de la grossesse, grossesse non désirée, difficulté d'investissement de la grossesse (cité 11 fois sur 24)
- L'histoire de la grossesse (aide à la procréation, complications obstétricales, accouchement difficile...) (cité 10 fois sur 24)

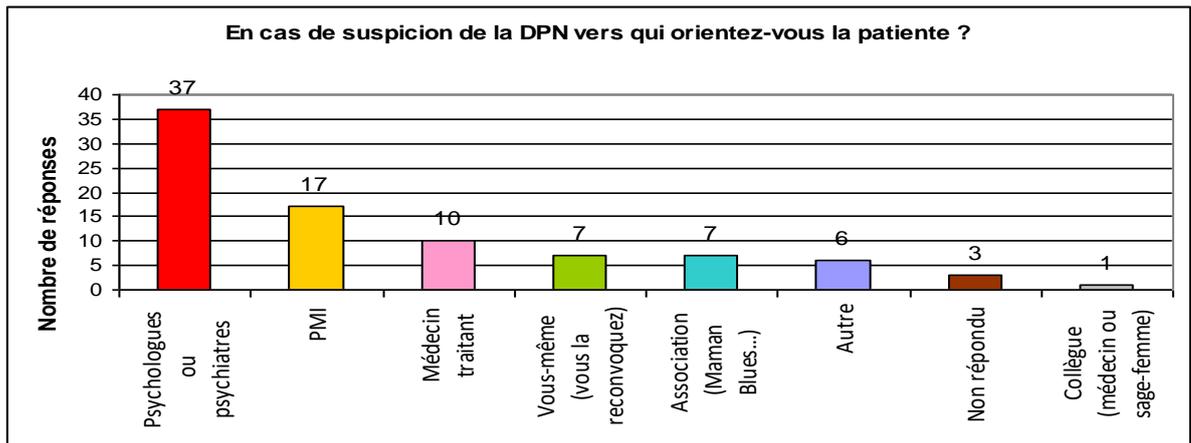
- Evènement de vie négatif ou douloureux (perte d'un proche, couple séparé pendant la grossesse...) (cité 9 fois sur 24)
- Contexte professionnel (retour au travail, climat professionnel pesant...) (cité 2 fois sur 24)
- Différence culturelle (cité 2 fois sur 24)
- Tabac et consommation de drogue (cité 1 fois sur 24)

Les questions clés citées par 19 % professionnels de santé (n = 13) et qui permettent, d'après eux, de reconnaître une patiente à risque de faire dépression sont :

- « Vous sentez-vous débordée par certaines tâches du quotidien ? » (cité 6 fois)
- « Rencontrez-vous des difficultés avec votre bébé, lors des soins par exemple ? Vous sentez-vous incapable de lui faire du bien ? » (cité 5 fois)
- « Avez-vous un bon sommeil ? Vous réveillez-vous en forme ? » (cité 4 fois)
- « Vous arrive-t-il de pleurer ? Si oui, à quelle fréquence ? » (cité 3 fois)
- « Etes-vous entourée, soutenue par votre conjoint, votre famille ? » (cité 2 fois)
- « Comment avez-vous vécu votre grossesse ? » Etait-ce une grossesse désirée ou un accident de contraception ? » (cité 2 fois)
- « Comment vous sentez-vous moralement ? » (cité 2 fois)
- « Prenez-vous du plaisir à... ? » (cité 2 fois)
- « Avez-vous repris les rapports sexuels ? » (cité 1 fois)
- « Avez-vous de l'appétit ? » (cité 1 fois)
- « Avez-vous des douleurs persistantes depuis l'accouchement ? » (cité 1 fois)

6 % des professionnels (n = 4) réalisent le dépistage à l'aide d'un outil spécifique destiné aux dépressions.

21 % des professionnels de santé (n = 14) connaissent un outil de dépistage de la DPN. Parmi eux, tous ont cité l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) et un professionnel a cité, en plus, le BDI (Beck Depression Inventory).



En cas de suspicion de DPN :

- 54 % des professionnels de santé (n = 37) orientent la patiente, avec son accord, vers un psychologue ou un psychiatre.
- 25 % des professionnels de santé (n = 17) l'orientent vers la PMI.

81 % des professionnels de santé (n = 55) n'ont pas de difficulté à aborder ce sujet délicat. 19 %, en revanche, en ont. (n = 13).

Discussion

1 Les biais de l'étude

Dans l'étude plusieurs biais sont retrouvés :

- Biais de non-réponse : il est dû au droit de refus de réponses des professionnels de santé participant à l'enquête. Certains professionnels ont répondu de façon incomplète à certaines questions. Cela peut être dû à un oubli, au refus de répondre ou à un manque de temps accordé au questionnaire.
- Biais de réponses suggérées par la question : Le sujet portant sur la DPN, il est facile pour le professionnel participant à l'étude de répondre aux questions par déduction et de cocher, par défaut, une réponse en lien avec ce trouble psychique.
- Biais de désirabilité sociale : il est difficile de juger de façon non biaisée les connaissances des professionnels de santé puisque chacun, de façon consciente ou inconsciente, va se montrer sous une facette positive lorsqu'il est interrogé. Le professionnel préfère dire ce qui est convenable plutôt que de décrire sa pratique courante.
- Biais de sélection : les professionnels interrogés ne sont pas représentatifs de la population médicale centrée sur la parentalité. Les professionnels hospitaliers sont sous-représentés.

2 Représentation de l'échantillon par rapport à la population générale

Le biais de sélection peut être illustré par le tableau ci-dessous.

	Echantillon de l'enquête (sages-femmes et gynécologues obstétriciens)	Population nationale des sages-femmes d'après le DREES en 2017 [19]	Population nationale des gynécologues obstétriciens [19] d'après le DREES en 2017 [19]	Population nationale moyenne des sages-femmes et des gynécologues obstétriciens
Libéral	35 %	19 %	36 %	28 %
PMI	22 %	6 %	2 %	4 %
Milieu hospitalier	43 %	65 %	39 %	52 %

L'âge moyen des sages-femmes françaises en 2017 est de 40,7 ans. L'âge moyen des gynécologues obstétriciens français en 2017 est de 47,5 ans, soit une population médicale française avec un âge moyen de 44,1 ans [19] La population majoritairement représentée dans l'échantillon exerce depuis plus de 16 ans, soit un âge approximatif compris entre 41 et 43,5 ans. La population de l'étude est donc plus jeune que la population générale.

3 Formation des professionnels de santé et auto évaluation des connaissances

3.1 Formation initiale

La formation initiale des sages-femmes et des gynécologues obstétriciens est composée d'une unité d'enseignement portant sur les difficultés psychologiques et psychiatriques périnatales de la femme. Pour 81 % des professionnels ayant bénéficiés d'une formation initiale :

- 75 % la jugent insuffisante
- 62 % jugent leurs connaissances « faible » à « très faible ».

La formation initiale ne permet donc pas aux professionnels de santé d'être à l'aise et confiants dans leur diagnostic et leur prise en charge. Et pourtant 81 % disent ne pas avoir de difficulté à aborder le sujet, ce qui est paradoxal. Cela peut éventuellement s'expliquer par le biais de désirabilité social.

Cette lacune de connaissances ressentie par les professionnels se voit par le fait que seuls 25 % informent systématiquement leurs patientes et 29 % recherchent des facteurs de risque. Cette faible proportion peut être expliquée par deux points :

- Les professionnels ont majoritairement plus de 16 ans d'exercice. Avec les années les connaissances se perdent et si l'information sur la DPN n'est pas donnée de façon usuelle et systématique, elle n'apparaît plus dans les informations importantes à transmettre.
- Les étudiants, qui apprennent majoritairement sur les terrains de stage et donc aux côtés de professionnels, reproduisent volontiers les pratiques. S'ils n'ont pas été habitués à évoquer la DPN, alors il est plus difficile pour eux de savoir comment donner l'information une fois diplômés.

3.2 Formation continue

Lorsque le professionnel le souhaite, il peut réaliser une formation complémentaire après l'obtention du diplôme, spécifiquement sur le dépistage des troubles psychopathologiques de la puerpéralité de la femme.

Les professionnels qui ont souhaités en bénéficiant sont :

- Des professionnels exerçant en libéral et en PMI

Les professionnels exerçant en milieu hospitalier ont probablement la possibilité d'échanger plus rapidement et facilement avec un professionnel qualifié dans l'enceinte de l'établissement lorsque la situation est inhabituelle. Ils ressentent donc moins le besoin d'être formés.

- Des professionnels (53 %) avec une ancienneté d'exercice de plus de 16 ans.

Ce sont ces mêmes professionnels qui n'ont pas bénéficié d'une formation initiale et qui cherchent à palier ce manque.

62 % des professionnels ont trouvé une carence au niveau de leurs connaissances sur la DPN. Seulement 25 % se sont formés quelques années après l'obtention du diplôme. Les raisons pouvant expliquer cet écart sont un manque d'intérêt, un manque de temps ou tout simplement une absence de besoin. Puisque le professionnel ne recherche pas les facteurs de risque de la DPN, alors il la dépiste moins et ne ressent donc pas le besoin de compléter sa formation.

4 Connaissances des professionnels de santé sur la dépression postnatale

D'après les résultats de l'étude, les professionnels font la distinction entre le Baby-Blues, la DPN et la psychose puerpérale et ont, globalement, de bonnes connaissances sur la DPN.

Spécifiquement sur la DPN, les professionnels :

- Ont des connaissances sur ses facteurs de risque. Le seul facteur de risque important qu'ils ont négligé est l'impact du niveau socio-économique. Ils sont seulement 18 % à l'avoir cité.

- Ont des connaissances sur sa symptomatologie (74 à 96 %). Le seul symptôme négligé par les professionnels de santé est la plainte somatique qui n'a été citée qu'à 47 %.
- Ont des connaissances sur ses conséquences néonatales à court et long terme
- Ont des connaissances plus légères sur son traitement
 - o 43 % des professionnels savent qu'une écoute attentive peut dénouer les troubles anxieux de la femme
 - o 65 % des professionnels savent qu'il est possible de prescrire, sans danger, des psychotropes pendant la grossesse ou l'allaitement
- Ont les connaissances sur l'hospitalisation au sein des unités mère-bébé (84 %)
 - o Elle apparaît utile pour 57 % des professionnels de santé
 - o Ses objectifs sont connus : apporter un accompagnement psychologique maternel et restaurer les liens d'attachement entre la mère et son bébé.

Dans l'ensemble, les professionnels de santé ont les connaissances théoriques sur les facteurs de risque, la symptomatologie, les conséquences et le traitement de la DPN. La distinction entre les trois troubles psychiques de la femme est claire. Cependant, pour ces différentes questions d'évaluation des connaissances, deux obstacles sont présents. Premièrement le sujet du mémoire portant sur la DPN, les réponses ont pu être données par déduction (biais de réponses suggérées par la question). Deuxièmement le questionnaire étant informatisé et non chronométré, le professionnel pouvait réaliser des recherches afin de répondre au plus juste aux questions.

Nous ne pouvons donc pas évaluer de manière vraiment satisfaisante leurs connaissances. Pour palier à cela il aurait fallu réaliser des entretiens avec des cas cliniques pour permettre aux professionnels d'être plongés dans une situation concrète et plus authentique.

5 Informations données aux patientes

5.1 Le manque de temps : une raison pour ne pas évoquer la dépression postnatale ?

Comme il vient d'être vu, les professionnels semblent avoir les connaissances théoriques sur la DPN. De plus :

- 88 % d'entre eux ont déjà rencontré une personne présentant une DPN
- 81 % n'ont pas de difficulté pour aborder le sujet.

Or, seulement 25 % informent de façon systématique leurs patientes et 29 % recherchent systématiquement les facteurs de risque de la DPN. Au vu de cet écart, l'hypothèse qui est émise est le manque de temps, facteur d'ailleurs évoqué par les répondants.

D'après l'étude, 75 % des professionnels de santé ont entre 21 et plus de 30 minutes pour réaliser une consultation pré- ou post-natale. Or, dans le détail, les professionnels :

- Libéraux et de PMI disposent entre 21 et plus de 30 minutes pour réaliser une consultation.
- Hospitaliers disposent majoritairement entre 15 et 20 minutes.

Il existe alors un clivage de temps entre l'exercice hospitalier et l'exercice libéral et en PMI.

L'hypothèse la plus probable qui permet d'expliquer cette différence est la Tarification à l'Activité (T2A). Créée en 2005, c'est le mode de financement des établissements hospitaliers publics et privés pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique. Les ressources financières données aux établissements en début d'année par le gouvernement sont calculées à partir d'une mesure de l'activité des professionnels de santé. Plus les professionnels réalisent d'actes, plus l'hôpital augmente ses recettes. L'hôpital s'auto-finance donc par les actes qu'il réalise et doit gérer un Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses sur toute une année. [20] L'hôpital gagne à maximiser ses actes dans un minimum de temps pour avoir un budget important à la fin de l'année.

Ce mode de tarification ne valorise pas le temps de parole, d'échange et de partage entre le professionnel de santé et le patient. Le temps passé à réaliser l'anamnèse, donner des conseils hygiéno-diététiques ou des recommandations sur une pratique ne peut être coté par le professionnel. Que la consultation dure un quart d'heure ou une heure celle-ci reviendra au même prix pour l'établissement. Il n'a donc pas d'intérêt à valoriser un acte qui ne rapporte pas. Et pourtant ce temps d'échange peut être primordial pour une bonne prise en charge de la patiente.

Depuis le 1^{er} novembre 2017, les tarifs conventionnels des médecins généralistes ont été modifiés. Le tarif d'une consultation varie entre 25 euros pour une consultation classique au cabinet à 60 euros pour une visite longue et complexe réalisée au domicile du patient atteint d'une maladie neurodégénérative. Ces tarifs prennent en considération le temps passé au chevet du patient et permettent aux professionnels d'approfondir le repérage de facteurs de risque ou la prévention. Ce mode de tarification « au temps » de la consultation pourrait être étendu aux sages-femmes et gynécologues obstétriciens et modulé en fonction du type de consultation à condition d'en user sans abuser. [21]

5.2 Quand parler de la dépression postnatale ?

46 % des professionnels parlent de la DPN à leurs patientes de façon occasionnelle ou lorsqu'elles abordent le sujet. Or, est-il facile pour une femme de poser ouvertement la question sur un sujet socialement non reconnu ? Sont-elles nombreuses à aborder spontanément le sujet ? Dans l'inconscient collectif, la naissance d'un enfant est un événement heureux. Cette croyance peut provoquer des sentiments de culpabilité chez la mère qui se sent dépassée. Elle est alors souvent persuadée d'être une mauvaise mère et n'ose pas en parler, craignant que le professionnel de santé ne la juge.

La question qui se pose alors est « quand est-ce que les professionnels de santé doivent en parler à leurs patientes ? »

- 37 % pensent que les moments les plus appropriés sont les séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP)

- 34 % pensent que c'est l'Entretien Prénatal Précoce (EPP).
- 29 % pensent que n'importe quelle rencontre, à n'importe quel moment de la grossesse ou du post-partum est une opportunité pour parler de la DPN.

5.2.1 En anténatal

5.2.1.1 La Préparation à la Naissance et à la Parentalité

Le suivi de grossesse est composé de sept examens prénataux obligatoires (définis par le décret du 14 février 1992) et complété par 8 séances de PNP dont l'objectif est de « contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés par une approche éducative et préventive. » [22] Ces rencontres régulières sont des moments privilégiés entre le professionnel de santé et la patiente puisqu'ils permettent, comme le pensent 37 % des professionnels interrogés, d'identifier des situations de vulnérabilité diverses : médicales, sociales et/ou psychologiques et d'informer toutes les femmes présentes sur la survenue de la DPN et sur la façon d'obtenir de l'aide si elles en ressentent le besoin. [22]

Or, d'après la revue *Vocation Sage-femme*, seules 52 % des femmes les suivent. [23] La PNP ne peut être alors le seul vecteur d'information sur la DPN.

D'après la HAS, la PNP effectuée durant la période prénatale devrait être poursuivie en postnatal lorsque le professionnel de santé décèle des besoins chez les parents ou chez l'enfant. Ces interventions permettent d'avoir un suivi éducatif et préventif prolongé et d'accompagner cette famille en situation de vulnérabilité. [15] Cependant l'Assurance Maladie ne prend en charge que deux séances de suivi postnatal que la sage-femme peut effectuer au domicile de la patiente ou dans son cabinet, entre le 8^{ème} jour suivant l'accouchement et la consultation postnatale prévue entre la 6^{ème} et la 8^{ème} semaine du post-partum. [24] N'y aurait-il pas un écart entre les recommandations et la prise en charge ? Est-il possible d'avoir un suivi adapté, éducatif et préventif avec seulement deux séances remboursées ?

5.2.1.2 L'Entretien Prénatal Précoce

L'EPP ou l'Entretien du 4^{ème} mois a été mis en place par le plan de Périnatalité 2005 – 2007 « *Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité* ». Les objectifs principaux de cet entretien sont de :

- « mettre en place précocement les conditions d'un dialogue permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents »
- « donner les informations utiles sur les ressources de proximité dont ils peuvent disposer pour le mener à bien et de créer des liens sécurisants. » [22]

Il est réalisé par une sage-femme ou un autre professionnel de santé formé et peut être mené à la maternité ou en cabinet libéral. [22] Dans cette étude, l'EPP est surtout réalisé par les sages-femmes libérales.

L'EPP permet d'instaurer un vrai lien de confiance entre le professionnel et la patiente puisque c'est l'espace où tous les maux et les mots peuvent être prononcés sans honte, ni gêne. Cet espace sort du cadre médical des consultations et la patiente se sent plus à l'aise d'évoquer, par exemple, son ressenti sur les modifications de son corps, de son environnement familial ou professionnel ou tout autre vécu. [22] Dans l'étude, 81 % des professionnels de santé trouvent que l'EPP est en lieu privilégié pour délier la parole, instaurer un lien de confiance et ainsi aborder plus aisément les difficultés psychologiques de la femme. 71 % d'entre eux le réalisent mais seulement 23 % des professionnels informent systématiquement leur patiente sur la DPN. Pourquoi un tel écart de proportion ?

33 % des femmes participent à l'EPP selon l'étude de cohorte ELFE (Etude longitudinale française depuis l'enfance) réalisée en 2016 par BARANDON S, BALES M, MELCHIOR M et al. [23] Soit les femmes ne veulent pas bénéficier de cet espace de parole, soit cet entretien n'est pas suffisamment proposé par le professionnel de santé puisque n'étant pas un entretien obligatoire dans le suivi de grossesse, il doit être normalement proposé par les professionnels de santé eux-mêmes. [22]

5.2.2 Lors des consultations pré- et postnatales : le dépistage de « routine »

D'après Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) un examen psychologique devrait être effectué par le gynécologue obstétricien ou la sage-femme au moins une fois durant la grossesse et une fois durant le post-partum. [25]

5.2.2.1 Examen psychologique réalisé lors des consultations prénatales

D'après les professionnels interrogés, seuls 18 % pensent que les consultations prénatales sont l'opportunité d'aborder la DPN. Or, ces consultations sont un lieu d'échange entre le professionnel et la femme et permettent de rechercher différents facteurs de risque tels que les ATCD psychiatriques familiaux ou personnels, les ATCD de tentatives de suicide, les ATCD d'alcoolisme et/ou toxicomanie ou tout simplement la situation socio-familiale de la femme. [25] Seuls 35 % des professionnels interrogés pensent que rechercher les facteurs de risque de la DPN, lors d'une consultation, est une arme supplémentaire pour la dépister. Les facteurs de risque les plus cités par les répondants sont les ATCD familiaux ou personnels de dépression et le contexte psychosocial défavorisé (violence, isolement, mésestime de soi...).

Sachant que 10 à 15 % des femmes ont des troubles anxio-dépressifs pendant la grossesse [23] ce repérage précoce est indispensable pour envisager des interventions adaptées et ne pas laisser la situation évoluer vers l'installation d'une DPN. [26]

5.2.2.2 Examen psychologique réalisé lors de la visite postnatale

Seuls 22 % des professionnels interrogés pensent que la visite postnatale (VPN) est l'opportunité d'aborder et de rechercher les facteurs de risque de la DPN. Or, ce temps de parole au cours duquel le professionnel revient sur l'accouchement et le retour à domicile est primordial car un vécu traumatisant de la naissance et/ou de ses suites peuvent être des facteurs favorisant de DPN. [4] Par ailleurs, d'après les recommandations professionnelles de l'HAS « Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé » un des objectifs de la VPN est de « rechercher les signes évocateurs d'une dépression du post-partum, en

particulier chez les femmes ayant présenté une dépression pendant la grossesse ou lors d'une grossesse précédente. » [27]

5.2.2.3 Comment aborder le sujet de la dépression avec sa patiente ?

Le CNGOF recommande de réaliser un examen psychologique. Or comment amener cet examen sans paraître intrusif ou stigmatisant ?

Lors du suivi de grossesse, le professionnel de santé réalise un recueil de données dans lequel il interroge la patiente sur ses antécédents médicaux, familiaux, obstétricaux...

Dans le flux des questions il pourrait aborder les antécédents favorisant une DPN. Or seuls 29 % des professionnels interrogés les recherchent de façon systématique.

Deux questions simples et d'apparence anodine permettent aux professionnels d'ouvrir le dialogue sur un sujet pas toujours facile à aborder, d'amener l'information sur la DPN et de dépister une dépression en cours d'évolution :

- « Au cours du dernier mois vous est-il arrivé de vous sentir déprimée ou désespérée ? »
- « Au cours du dernier mois vous est-il arrivé de ressentir un manque d'intérêt ou de plaisir dans vos occupations ? »

Si la patiente répond négativement aux deux questions, une dépression actuelle est peu probable. En revanche, si les réponses sont positives, le professionnel doit poursuivre les investigations. Soit il propose à la patiente un outil de dépistage spécifique de la DPN (EPDS Edinburgh Postpartum Depression Scale), soit il lui propose un nouveau rendez-vous s'il souhaite le différer en cas de manque de temps. [3] [28] [29]

Seulement 19 % des professionnels interrogés réalisent le dépistage par ce biais là. Les deux questions les plus citées sont :

- « Vous sentez-vous débordée par certaines tâches du quotidien ? »
- « Rencontrez-vous des difficultés avec votre bébé, lors des soins par exemple ? Vous sentez-vous incapable de lui faire du bien ? »

Les questions proposées par les professionnels de santé conservent la même thématique que celles retrouvées dans la littérature.

5.2.3 En postnatal

Quelles sont les différentes rencontres en postnatal qui permettent de dépister une DPN ?

- Les interventions PRADO (programme d'accompagnement au retour à domicile) de la sage-femme ou les sorties précoces de la maternité

Les séjours à la maternité se faisant de plus en plus court, la jeune mère ressent souvent un sentiment d'insécurité lors du retour à domicile. C'est pourquoi, 24 à 48 heures après la sortie de la maternité et jusqu'à 12 jours après la naissance, une sage-femme se rend au domicile de la patiente pour s'assurer du bon état de santé de la femme et du nouveau-né, évaluer l'état de psychologique de la femme, répondre aux nombreuses interrogations et s'assurer du bon établissement des premiers liens mère-enfant. [23]

- Les pesées hebdomadaires effectuées en PMI ou en libéral

A la sortie de la maternité, l'équipe médicale conseille à la jeune maman de faire peser son enfant une fois par semaine jusqu'à la visite pédiatrique (1 mois après la naissance) afin de surveiller sa bonne prise alimentaire et sa croissance. La pesée est un lieu de rencontre supplémentaire entre les professionnels de santé, la femme et son enfant et peut mettre en évidence des difficultés. [23]

- Les séances de rééducation périnéale

Seuls 21 % des professionnels de santé interrogés trouvent ces séances comme étant des opportunités d'aborder la DPN. Or, elles ont deux points forts.

Premièrement, elles sont intégrées dans le suivi médical après l'accouchement de l'Assurance Maladie et sont donc prises en charge à 100 % avec dispense d'avance de frais. Les patientes ont alors moins de réticences à y participer puisqu'elles font parties intégrantes de leur suivi de grossesse et bénéficient du tiers payant. [24]

Deuxièmement ces séances sont un moyen essentiel d'apprécier l'évolution de l'état psychologique de la patiente puisqu'elles permettent de voir la femme à plusieurs reprises pendant deux à trois mois après l'accouchement, là où la DPN s'affirme.

- L'Entretien Post Natal Précoce EPNP ou consultation de soutien à l'allaitement

Ces rencontres postnatales renforcent la sécurité psychique de la femme, de son enfant et son entourage puisqu'elles offrent une continuité de prise en charge pré- et post-natal. [23]

5.2.4 Ce que dit la littérature

D'après la HAS, les interventions psychosociales ou psychologiques effectuées en prénatal ne réduisent pas de façon significative le nombre de femmes qui développent une DPN. Or, la DPN peut être prévenue par des interventions postnatales précoces et structurées en améliorant le bien-être physique et émotionnel des femmes. Ces interventions ne sont pas substituables à la VPN maternelle prévue 6 à 8 semaines après l'accouchement ou à l'examen pédiatrique prévu à 1 mois de vie (dont l'objectif est surtout d'évaluer l'état de santé de l'enfant) car trop tardifs pour un suivi adapté. [15]

Cependant, en cas de besoins particuliers, de difficultés ou de situation de vulnérabilité décelés pendant la grossesse, l'HAS recommande, pendant la période prénatale, de mettre en place des rencontres individuelles entre le professionnel de santé et la patiente. Rencontres qui permettent à la patiente d'aborder le vécu de la grossesse, d'aider la femme à symboliser les bouleversements corporels et émotionnels, de revenir sur des conflits enfouis avec leur propre mère et au professionnel de santé d'évoquer les troubles psychiques de la grossesse et de rassurer la patiente. Ces rencontres doivent être poursuivies après la naissance. [15]

Une revue de la littérature effectuée par C.L. DENNIS en 2013 [30] évalue le bénéfice des interventions psychosociales et psychologiques pré- et post-natales sur la diminution du risque de DPN par rapport à une prise en charge classique, sans ces interventions. Les interventions psychosociales et psychologiques réduisent significativement le risque de développer une DPN par rapport à celles qui n'en ont pas bénéficié.

Les différentes interventions de prévention citées précédemment réduisent les effets négatifs de la DPN soit en évitant l'apparition de la maladie (prévention primaire), soit

en favorisant sa détection, sa prise en charge et son traitement précoce (prévention secondaire et tertiaire).

Ces interventions pré- et post-natales sont intégrées dans le suivi de grossesse de l'Assurance Maladie (PNP, EPP, EPNP...) mais sont limitées dans leur remboursement (sauf pour la rééducation périnéale) ce qui constitue un frein pour une prise en charge optimale comme les recommandations le suggèrent. Par exemple, dans le cadre du PRADO, l'Assurance Maladie ne prend en charge que les visites comprises entre la sortie de la maternité et le 12^{ème} jour après la naissance et seulement deux séances de suivi postnatal sont remboursées entre le 8^{ème} jour après l'accouchement et la consultation postnatale. [24]

5.3 Quel profil de femme informer ?

De façon succinct et amené avec tact, l'examen psychologique devrait être systématique et concerner toutes les femmes enceintes. [3] [17] [25] [31]

D'après les professionnels interrogés, seulement 25 % informent toutes les femmes de façon systématique et 50 % les informent occasionnellement lorsque, par exemple, des petits éléments alertent le professionnel (faible niveau socio économique, femmes seules, difficulté d'investissement de la grossesse...).

D'après une étude prospective menée sur une population de 570 femmes par J.MANZANO en 2002 [12], 58 femmes ont fait une DPN 3 mois après l'accouchement.

Sur ces 58 femmes, deux groupes ont pu être distingués :

- 65,5 % manifestaient des symptômes dépressifs pendant la grossesse (anxiété, trouble du sommeil, sentiment de solitude...) auxquels étaient associés des facteurs de risque spécifiques (difficultés économiques, éloignement familial...)
- 34,5 % ne manifestaient pas de symptômes dépressifs pendant la grossesse mais des difficultés entourant l'accouchement ont été retrouvés (séparation mère-enfant, vécu négatif de la naissance...). [12]

Il est essentiel de réaliser une information chez toutes les femmes mêmes si des facteurs de risque de la DPN n'ont pas été décelés pendant la grossesse. L'issue de la grossesse étant une inconnue que personne ne peut prédire, si l'information sur la

DPN est donnée en amont, il sera alors possible pour la femme et son entourage de déceler une difficulté psychique et d'aller en parler dans les meilleurs délais.

6 Les échelles de dépistage

6.1 L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

L'EPDS est un auto-questionnaire (Annexe 4) développé par COX en 1987 [32] et validé en France en 1998 par GUEDENEY et FERMANIAN [33]. Composée de 10 items, l'EPDS permet d'établir un score compris entre 0 et 30. Plus le score est élevé, plus la patiente est à risque de faire une DPN. Pour la validation française, le seuil retenu est de 12 avec une sensibilité de 0,91 et une spécificité de 0,74.

Un score supérieur à 12 et/ou une réponse positive à l'item 10 « vous est-il arrivé de penser à vous faire du mal » doivent alerter le professionnel de santé et le pousser à orienter sa patiente vers une consultation spécialisée. [25]

21 % de l'ensemble des répondants connaissent un outil de dépistage et tous ont cité l'EPDS, l'échelle la plus connue et la plus utilisée. Mais seulement 6 % des professionnels l'utilisent pour dépister la DPN.

Cette échelle, utilisée entre la 4^{ème} et la 6^{ème} semaine du post-partum, est recommandée par l'HAS pour rechercher les signes évocateurs d'une DPN. [15] C'est un outil de dépistage et non de diagnostic. En cas de suspicion de DPN chez une patiente, des investigations plus poussées devront être menées pour affirmer le diagnostic.

Des études ont récemment évalué la pertinence de l'EPDS au 3^{ème} jour du post-partum et en anténatal. Respectivement, en 2004 et en 2005, deux études ont été réalisées par TEISSERDRE F et CHABROL H d'une part et par ADOUARD F et al. D'autre part. Elles ont montré que l'EPDS pouvait être utilisée, non pas seulement en postnatal mais aussi au 3^{ème} jour du post-partum et en anténatal. [34] [35] [36]

Cependant, même si l'HAS, dans ses recommandations professionnelles « *Préparation à la Naissance et à la Parentalité* », nomme l'EPDS comme un instrument de dépistage de la dépression, il ne recommande pas son utilisation en anténatal. Le groupe de

travail craint que cet auto-questionnaire, utilisé de façon systématique, stigmatise les personnes et augmente « leur sentiment de dévalorisation » [15]

6.2 Le Dépistage Anténatal de Dépression du Postpartum (DAD-P) : anticiper la dépression postnatale

Le DAD-P ou Dépistage Anténatal de Dépression du Postpartum (présenté en Annexe 5 et 6) est un outil permettant de dépister le risque de développer une future DPN. Court (durée de 3 à 4 minutes) et simple, il peut être utilisé par tous professionnels de santé en anténatal lors des deux derniers trimestres de la grossesse. Il a été élaboré par l'équipe de J. MANZANO en 2009 grâce à une étude prospective de 570 femmes venant consulter à la maternité de l'Hôpital cantonal universitaire de Genève puis validé par une étude multicentrique à Yverdon, Paris et Bilbao sur une population de 907 femmes enceintes. [29]

Le DAP-P peut être utilisé :

- Pour un dépistage large : il permet de dépister un maximum de femmes dans un but de prévention large et systématique. (Sensibilité : 44.6 Spécificité : 83.4) (Annexe 5)
- Pour un dépistage ciblé : il permet de dépister les femmes présentant des facteurs de risque de DPN. (Sensibilité : 36.5 Spécificité : 92) (Annexe 6)

Il comporte deux parties :

- Une échelle composée de 6 items comportant 4 réponses cotées de 0 à 3. Ces questions abordent les aspects personnels, somatiques ou psychologiques de la DPN. Le score total est compris entre 0 et 8. Un score supérieur à 3 est considéré comme positif.
- Une à deux questions supplémentaires en fonction du type de dépistage effectué (large ou ciblé). Ces questions évaluent les pleurs, la participation aux cours de PNP ou les relations de la patiente avec sa propre mère.

A l'issu de ce questionnaire :

- S'il est négatif le risque de développer une future DPN est faible.
- S'il est positif (score supérieur à 3), il existe un risque élevé de développer une future DPN et des mesures préventives doivent être mise en place (recherche des facteurs de risque, informer et conseiller la patiente...). [29] [37]

7 Travailler en réseau

Le plan Périnatalité 2005-2007 « *Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité* » met l'accent sur la proximité inter-professionnelle et sur la proximité patients/professionnels de santé. Cette double proximité permet de créer « une communauté périnatale », un contenant pré- et post-natal rassurant et sécurisant pour la patiente.

Grâce à ce plan Périnatalité 2005 – 2007 des réseaux se sont développés entre ville ; PMI et établissements de santé afin que les professionnels de santé travaillent en équipe. Cette communication entre tous les acteurs de la santé est uniformisée et peut contrebalancer les difficultés que rencontre la femme. Cette triade, mère, père et enfant est prise en charge dans la globalité c'est-à-dire depuis le suivi de grossesse jusque dans le post-partum et sur toutes les dimensions psychosociales. [22] [26] Cette complémentarité est primordiale et tous les professionnels interrogés sont conscients qu'ils doivent réorienter la patiente : 54 % d'entre eux l'orientent vers un psychologue ou psychiatre et 25 % vers la PMI. Cependant, le professionnel qui dépiste ou diagnostique une dépression doit garder contact avec la patiente puisque c'est lui qui fait le lien entre les autres professionnels de santé et la patiente. [23] Parmi les professionnels interrogés, seuls 10 % la re convoqueraient.

8 Propositions

8.1 Comment dépister simplement et rapidement la dépression postnatale ?

8.1.1 Les recommandations

Les recommandations de l'HAS et du CNGOF préconisent de :

- Donner une information éclairée à toutes les femmes
- Réaliser un examen psychologique répété et systématique en recherchant, entre autre, les facteurs de risque de la DPN :
 - ATCD de dépression, manifestations anxieuses pendant la grossesse
 - Faible niveau socio-économique
 - Evènement de vie négatif ou douloureux (décès...) pré- et/ou post-natal
 - Carence affective et/ou conjugale
 - Sevrage de l'allaitement maternel et reprise du travail
 - ATCD de fausse couche, IMG, mort foetale in utéro...
 - Complications obstétricales (naissance prématurée, césarienne en urgence...)
 - Pathologie de l'enfant
- Favoriser les interventions psychosociales ou psychologiques prénatales (EPP, PNP) et/ou postnatales (EPNP, PNP postnatale, VPN) puisqu'elles réduisent significativement le risque de développer une DPN.

Mais deux obstacles se présentent.

Premièrement, l'Assurance Maladie prend en charge à 100 %, avec tiers payant, tous les frais médicaux liés à la grossesse y compris les séances avec un psychiatre du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement. Or, comment est-il possible de mettre en place un suivi adapté lorsque la prise en charge par l'Assurance Maladie ne couvre pas l'espace temps de la DPN qui s'installe entre la 6^{ème} et la 12^{ème} semaine du post-partum ? Deuxièmement, appliquer toutes ces recommandations demandent du temps aux professionnels de santé et constituent un frein à leur réalisation. Le temps de parole n'est pas valorisé par le système français de

financement de la santé puisqu'il n'est pas comptabilisé comme un acte en lui-même et ne peut donc être facturé.

Nous sommes donc face à un système contradictoire où les recommandations ne sont pas assorties de moyens et particulièrement financiers.

8.1.2 Propositions pour palier à ses obstacles

Pour lever ses obstacles, plusieurs propositions peuvent être faites :

- La prise en charge financière, par l'Assurance Maladie, devrait être plus adaptée et devrait être prolongée, au moins, jusqu'à la 12^{ème} semaine du post-partum afin de correspondre à l'incidence de la DPN.
- Le tarif d'une consultation devrait pouvoir s'adapter au temps passé auprès d'une patiente, proche du système appliqué aux médecins généralistes.
- Les professionnels doivent pouvoir dépister et amener l'information sur la DPN simplement. Les deux questions clés, abordées dans ce travail peuvent faire l'objet d'un conseil minimal et répondre aux impératifs de temps :
 - « Au cours du dernier mois, vous est-il arrivé de vous sentir déprimée ou désespérée ? »
 - Au cours du dernier mois vous est-il arrivé de ressentir un manque d'intérêt ou de plaisir dans vos occupations ? »

Pour être plus complet dans le dépistage et évaluer les deux temporalités de la DPN (en cours et future) un algorithme a été créé par N. NANZER et M. RIGHETTI-VELTEMA en 2009 (Figure 1).

- Les deux questions clés permettent de dépister une dépression en cours
- Le DAD-P permet de dépister une future DPN. [29]
-

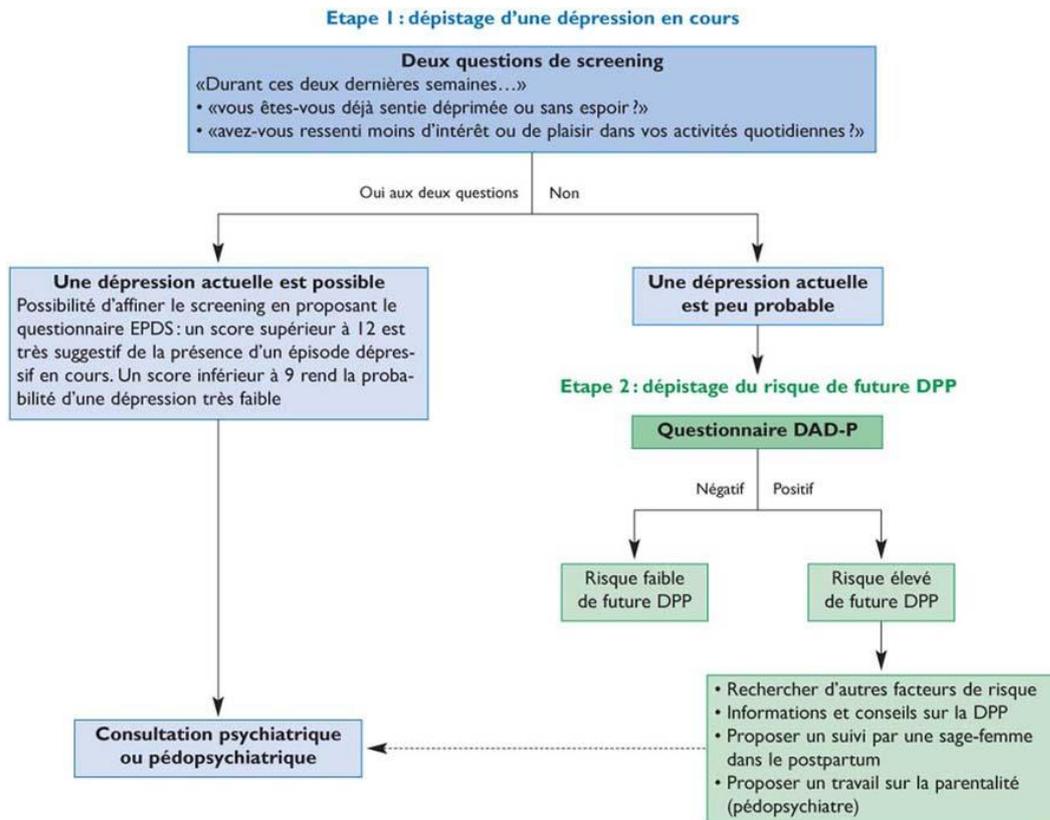


Figure 1 : Recommandations pour la détection d'une dépression en cours et la détection du risque de future dépression du post-partum [29]

Les éléments que l'on ne peut pas prédire pendant la grossesse et qui sont vecteurs d'une DPN, sont l'accouchement et les premières semaines de vie avec le bébé. Cependant, la majorité des facteurs de risque de la DPN concernent les aspects psychologiques, sociaux et familiaux de la femme et peuvent être recherchés dès la grossesse. C'est pour cette raison qu'un premier dépistage doit se faire régulièrement pendant la grossesse.

Le dépistage anténatal a plusieurs points forts. Premièrement, la femme enceinte est plus disposée à évoquer son état psychologique puisqu'elle se trouve dans un état particulier : la transparence physique. Cet état rend la femme sensible et lui donne accès à une grande partie de son histoire habituellement censurée et refoulée dans l'inconscient. Les barrières psychologiques s'abaissent. Deuxièmement le contact entre les professionnels de santé et les femmes sont plus nombreux pendant la grossesse et donnent la possibilité d'effectuer un dépistage régulier, à condition que celui-ci soit simple et rapide d'utilisation.

8.2 Vers une prise en charge adaptée

Lorsque le professionnel dépiste une DPN, il convient d'orienter la patiente :

- Etre à l'écoute de sa patiente : depuis les années 60, un nouveau schéma familial se dessine. Le nombre de mariage diminue, celui des divorces augmente, les familles sont éclatées. On ne retrouve plus ce soutien, cette communication et ce partage que la famille pouvait apporter à la jeune maman tout juste rentrée de la maternité. La femme se retrouve donc seule, le conjoint ayant repris le travail quelques jours après la naissance et a honte de ce qu'elle ressent puisque la maternité devrait la combler de joie. Le seul interlocuteur restant est le professionnel de santé, qui saura informer, écouter, rassurer et conseiller la femme et le couple.
- Conserver un lien entre le professionnel qui a dépisté une DPN et la patiente. Ce professionnel est le pilier central entre tous les acteurs qui gravitent autour de la patiente et apporte une stabilité. [23]
- Informer, avec l'accord de la patiente, par courrier, les professionnels les plus proches [23]
- Orienter la patiente vers une consultation psychiatrique, un centre médico psychologique et/ou les services de PMI de son secteur et prendre contact avec le psychologue de la maternité dans laquelle la parturiente a prévu d'accoucher ou a accouché. [23]
- Les rencontres pré- et post-accouchement :
 - Proposer un suivi par une sage-femme en postnatal (PRADO, EPNP...)
 - Orienter la femme vers des structures d'échange entre parents et professionnels de santé. On retrouve par exemple l'association « Jeunes Pousses » sur Bourg-en-Bresse qui s'est inspirée des « Maisons Vertes » de Françoise DOLTO créées en 1979 pour l'accès à l'autonomie de l'enfant de 0 à 4 ans et le questionnement des adultes.
« Jeunes Pousses » est un lieu de parole et d'accueil encadré par des professionnels où enfants et parents peuvent échanger, partager, jouer. Différentes animations sont organisées pour favoriser le lien mère-enfant et dénouer certaines difficultés auxquelles les jeunes parents sont confrontés.

Cette association a l'avantage de proposer un temps de présence libre avec une participation financière symbolique d'1 euro à chaque accueil.

- Hospitalisation au sein d'unité mère-bébé

- Hospitalisation à temps plein.

Ce sont des structures de soins qui permettent d'accueillir conjointement les mères présentant des troubles psychiatriques graves (sauf s'ils mettent en danger physiquement et psychiquement le bébé) et leur bébé. Le père peut être intégré au projet de soin s'il le souhaite. L'hospitalisation en unité mère-bébé à temps plein peut parfois se faire lorsque la femme est encore enceinte et qu'elle présente une pathologie mentale ou une décompensation périnatale. Généralement, une hospitalisation dans ces structures est prévue dans les suites de couches pour prévenir les difficultés d'instauration des premiers liens.

- Hospitalisation en hôpital de jour.

Les patientes qui peuvent en bénéficier sont celles qui ont besoin d'une continuité de soins après une hospitalisation à temps plein ou celles pour qui la gravité de la pathologie ne nécessite pas d'hospitalisation. L'hôpital de jour est un lieu où les femmes peuvent venir accompagnées de leur enfant et aborder les difficultés qu'elles rencontrent.

- Service de consultations spécialisées ou d'hospitalisation à domicile.

Ces structures sont surtout utilisées pour la prise en charge de pathologies du jeune enfant présentant des troubles relationnels précoces mère-enfant. [38]

Conclusion

La dépression périnatale est un trouble psychique dont les conséquences sont larges. En plus de mettre en difficulté la femme et le couple, elle met à mal le développement de l'enfant sur le plan cognitif, comportemental et socio affectif. Face à ces enjeux, les professionnels de santé doivent être attentifs aux prémices de ce trouble.

Les professionnels ont les connaissances théoriques sur la symptomatologie, les facteurs de risque et le traitement de la dépression postnatale. En revanche, les connaissances sur son dépistage sont plus légères et s'illustrent par le fait que la majorité des professionnels de santé ne le réalisent pas par manque de temps ou d'habiliter à aborder le sujet ou à orienter les patientes. Or, les difficultés psychiques initiant une dépression périnatale doivent être évaluées chez toutes les patientes en anténatal et/ou en postnatal et répétés régulièrement. Après une recherche des facteurs de risques de la dépression, le professionnel peut réaliser un dépistage à chaque consultation grâce à deux questions simples et rapides décrites dans ce travail. Elles permettent, aux professionnels qui ne se sentent pas à l'aise ni compétents dans le dépistage de la DPN, de surmonter certaines craintes et réticentes et d'ouvrir le dialogue avec leur patiente. Ces questions sont intégrées dans un algorithme dans lequel est décrit le Dépistage Anténatal du risque de Dépression du Postpartum (DAD-P), une grille simple et rapide permettant d'évaluer le risque de faire une dépression. Il serait souhaitable que cet outil de dépistage soit commun à tous les professionnels de santé afin de ne pas sous-évaluer la dépression et parler un même langage.

Pour une vision plus approfondie du sujet, il aurait été intéressant d'avoir le point de vue des patientes. Ressentent-elles un manque d'information sur la DPN ? Comment acceptent-elles le dépistage ? Paraît-il adapté ou trop intrusif ? Quel moment leur paraît le plus propice pour aborder le sujet ? Toutes ces questions mériteraient de nouvelles recherches...

Références bibliographiques

- [1] Delassus J. M. « Penser la naissance », Paris, Dunod, 2011, p. 688
- [2] Vidard M. Comprendre et prévenir les troubles du post-partum. La tête au carré ; France Inter ; déc 2016
- [3] Dayan J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. J Gyn Obst Biol Reprod. 2007, 36(6): 549-61. [En ligne]. Consulté le 15/11/17. <http://www.em-consulte.com/en/article/132979>
- [4] Rousseau P. La dépression postnatale : un risque de négligence négligé par la société ; oct 1994
- [5] Danion-Grilliat A, Moro MR, Sibertin-Blanc D et al. Objectif 19 : Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. [En ligne]. Consulté le 15/11/17. [http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem4/module02/4.%20GROSSESSE%20\(2.19\).pdf](http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem4/module02/4.%20GROSSESSE%20(2.19).pdf)
- [6] Chardeau P. Dépressions pré et post-natales : importance de leur dépistage et de leur prise en charge. J Gyn Obst Biol Reprod. Jan 2000, 29(1): 52-56. [En ligne]. Consulté le 15/11/17. <http://www.em-consulte.com/en/article/114125>
- [7] Gaugue-Finot J, Devouche E, Wendland et al. Repérage de la dépression prénatale dans un échantillon de femmes françaises : liens avec la détresse psychologique, l'anxiété et le soutien social perçu. Neuro Enf Ado. Nov 2010. 58(8): 441-47. [En ligne]. Consulté le 15/11/17. <http://www.em-consulte.com/en/article/270272>
- [8] Stewart D, Donna E. Depression during Pregnancy; N Engl J Med. Oct 2011. 365 : 1605-11. [En ligne]. Consulté le 15/11/17. <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMcp1102730>

- [9] Cohen LS et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. JAMA. Feb 2006. 295(5) : 499-507. (Erratum in JAMA 2006; 292 (2) : 170). [En ligne]. Consulté le 15/11/17. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16449615>
- [10] American Psychiatric Association; DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-Les-Moulineaux : Masson, 2003. p. 403-65
- [11] Bastien V. Braconnier M, Tychev C. Dépression post-natale facteurs de risque et modalité de prévention. Evol Psychiatr. 1999. 64 : 289-307. [En ligne]. Consulté le 15/11/17. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001438559980067X>
- [12] Manzano J. L'identification des facteurs de risque pour une dépression post-partum. Rev Med Suisse. 2002. 2. [En ligne]. Consulté le 15/11/17. <https://www.revmed.ch/RMS/2002/RMS-2379/21947>
- [13] Tissot H et al. Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale, Psych enf. 2011. 54(2) : p.611-37. [En ligne]. Consulté le 18/11/17. <https://www.cairn.info/revue-la-psychoiatrie-de-l-enfant-2011-2-page-611.htm>
- [14] Sheree L et al. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. La dépression maternelle. [En ligne]. Consulté le 18/11/17. <http://www.enfant-encyclopedie.com/>
- [15] HAS, Haute Autorité de santé. Préparation à la naissance et à la parentalité. Nov 2005.
- [16] Chabrol H et al. Prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude contrôlée. Devenir. 2003 ; 15(1) : 5-25.

[17] Dayan J, Yoshida K. Thérapeutique des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. J Gyn Obst Biol Reprod. Mars 2007. 36(6):530-48. [En ligne]. Consulté le 18/11/17. <http://www.em-consulte.com/en/article/132978>

[18] Nezelof S, Mathioly L. L'hospitalisation conjointe mère bébé : Un outil dans le dispositif de soins pour des mères souffrant de troubles psychiques. Enfances & Psy. 2007 ; 37 (4) : 81-9.

[19] Data DREES études et statistique. Ministère des solidarités et de la santé. [En ligne]. Consulté le 26/01/18. <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/>

[20] Ministère des solidarités et de la santé. [Mis à jour le 12 oct 2017 ; En ligne]. Consulté le 3/01/18. <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>

[21] Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine ; [En ligne]. Consulté le 22/02/18 <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-generalistes/tarifs-metropole>

[22] Plan « périnatalité » 2005 – 2007 Humanité, proximité, sécurité qualité ; nov 2004

[23] Capgras-Baberon D, Paulard I. Accompagner les fragilités psychiques pendant la grossesse ; Voc sage femme. Déc 2017 ; 129 : 15-25

[24] Accouchement et retour à domicile : prise en charge et accompagnement; [En ligne]. Consulté le 22/02/18 <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/famille/maternite-paternite-adoption/accouchement-retour-domicile>

[25] Bourgeois M, Sutter A-L. Troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum (En particulier, dépression post-natale). In Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique ; Tome XIX ; Paris ; déc 1995. p 1- 22

[26] INPES. Institut National de Prévention et d'Education. Troubles émotionnels et psychiques des mères en post partum. Fiche d'action numéro 16. Mai 2010

[27] HAS. Haute Autorité de santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé ». 2005

[28] Troubles du post-partum. [En ligne]. [Mis à jour le 9/11/15 ; consulté le 01/12/17] [http://www.unaformec.org/wiki/index.php?title=Troubles du post-partum](http://www.unaformec.org/wiki/index.php?title=Troubles_du_post-partum)

[29] Righetti-Veltema M, Nanzer N. Le DAD’P : un outil simple pour le dépistage anténatal du futur risque de dépression du postpartum ; Rev Med Suisse. 2009 ; 5 ; 395-401. [En ligne] Consulté le 14/10/17. <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-191/Le-DAD-P-un-outil-simple-pour-le-depistage-antenatal-du-futur-risque-de-depression-du-postpartum#rb1>

[30] Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. Cochrane Database Syst Rev. 2013 ; (2). [En ligne]. Consulté le 1/12/17 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001134.pub3/pdf/standard>

[31] Milgrom J. Dépistage et traitement de la dépression postnatale. Une approche cognitiviste et comportementale. Devenir. 2001 ; 13 (3) : 27-50.

[32] Cox JL, Holden JM, Sagowsky R. Direction of postnatal depression. Development of the ten item Edinburgh post-natal depression scale. Brit J Psychiatry. 1987;150:782-86.

[33] Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *European Psychiatry*. 1998 ; 13: 83-89.

[34] Teissedre F, Chabrol H. Étude de l'EPDS (Échelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères: dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. *L'Encéphale*. 2004; 30 (4):376-81. [En ligne]. Consulté le 18/11/17. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700604954516>

[35] Teissedre F, Chabrol H. Detecting women at risk for postnatal depression using the EPDS at 2-3 days post-partum. *Can J Psychiatry*. Jan 2004. 49: 769-772.

[36] Adouard F, Glangeaud-Freudenthal NM, Golse B. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Arch Womens Ment Health*. Juin 2005. 8(2):89-95

[37] Righetti-Veltima M, Nanzer N, Palacio-Espasa F et al. Pourquoi est-il essentiel de dépister et de prévenir la dépression postpartum ? *Rev Med Suisse*. 2007; 3 ; 1200-5. [En ligne] Consulté le 14/10/17 <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-110/32207>

[38] Sutter-Dallay A-L. Les unités mère enfant en psychiatrie périnatale. *Journ Psycho*. 2008 ; 261 (8) : 22-25 [En ligne] Consulté le 22/02/18. <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-8-page-22.htm>

Bibliographie

Ouvrages

American Psychiatric Association; DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-Les-Moulineaux : Masson, 2003. p. 403-65

Delassus J. M. « Penser la naissance », Paris, Dunod, 2011, p. 688

Articles de revue

Adouard F, Glangeaud-Freudenthal NM, Golse B. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. Arch Womens Ment Health. Juin 2005. 8(2):89-95

Amaru D, Le bon O. La dépression du post-partum : corrélats et facteurs prédictifs. Rev Med Brux. 2014 ; 35 : 10-6.

Ayissi L, Hubin-Gayte H. Irritabilité du nouveau-né et dépression maternelle du post-partum. Neuro Enf Ado. Avr 2006 ; 54(2):125-132. [En ligne]. Consulté le 15/11/17. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961706000092>

Bassi M. Prevalence and treatment of the postpartum depression: the impact of cultural factors. European Psychiatry, 2010; 25 (1):531

Bastien V. Braconnier M, Tychev C. Dépression post-natale facteurs de risque et modalité de prévention. Evol Psychiatr. 1999. 64 : 289-307. [En ligne]. Consulté le 15/11/17. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001438559980067X>

Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update; Nurd Rest; Sept 2001; 50(5): 275 – 85. [En ligne]. Consulté le 15/11/17. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11570712/>

Capgras-Baberon D, Paulard I. Accompagner les fragilités psychiques pendant la grossesse ; Voc sage femme. Déc 2017 ; 129 : 15-25

Chipps J, Chorwe-Sungani G. A systematic review of screening instruments for depression for use in antenatal services in low resource settings; BMC Psychiatry; May 2017. 17:112. [En ligne]. Consulté le 1/12/17.

<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1273-7>

Cohen LS et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. JAMA. Feb 2006. 295(5) : 499-507. (Erratum in JAMA 2006; 292 (2) : 170). [En ligne]. Consulté le 15/11/17.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16449615>

Cooper P et al. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. Traitement de la dépression post-partum. [En ligne]. Consulté le 18/11/17. <http://www.enfant-encyclopedie.com/>

Cox JL, Holden JM, Sagowsky R. Direction of postnatal depression. Development of the ten item Edinburgh post-natal depression scale. Brit J Psychiatry. 1987;150:782-86.

Chabrol H et al. Prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude contrôlée, Devenir, 2003 ; 15(1) : 5-25.

Chardeau P. Dépressions pré et post-natales : importance de leur dépistage et de leur prise en charge. J Gyn Obst Biol Reprod. Jan 2000, 29(1): 52-56. [En ligne]. Consulté le 15/11/17. <http://www.em-consulte.com/en/article/114125>

Dayan J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. J Gyn Obst Biol Reprod. 2007, 36(6): 549-61. [En ligne]. Consulté le 15/11/17. <http://www.em-consulte.com/en/article/132979>

Dayan J, Yoshida K. Thérapeutique des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. J Gyn Obst Biol Reprod. Mars 2007. 36(6):530-48. [En ligne]. Consulté le 18/11/17. <http://www.em-consulte.com/en/article/132978>

Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. Cochrane Database Syst Rev. 2013 ; (2). [En ligne]. Consulté le 1/12/17
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001134.pub3/pdf/standard>

Gaugue-Finot J, Devouche E, Wendland et al. Repérage de la dépression prénatale dans un échantillon de femmes françaises : liens avec la détresse psychologique, l'anxiété et le soutien social perçu. Neuro Enf Ado. Nov 2010. 58(8): 441-47. [En ligne]. Consulté le 15/11/17. <http://www.em-consulte.com/en/article/270272>

Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. European Psychiatry. 1998 ; 13: 83-89.

Manzano J. L'identification des facteurs de risque pour une dépression post-partum. Rev Med Suisse. 2002. 2. [En ligne]. Consulté le 15/11/17. <https://www.revmed.ch/RMS/2002/RMS-2379/21947>

Milgrom J. Dépistage et traitement de la dépression postnatale. Une approche cognitiviste et comportementale. Devenir. 2001 ; 13 (3) : 27-50.

Nezelof S, Mathioly L. L'hospitalisation conjointe mère bébé : Un outil dans le dispositif de soins pour des mères souffrant de troubles psychiques. Enfances & Psy. 2007; 37(4):81-9.

Righetti-Veltima M, Nanzer N, Palacio-Espasa F et al. Pourquoi est-il essentiel de dépister et de prévenir la dépression postpartum ? Rev Med Suisse. 2007; 3 ; 1200-5. [En ligne] Consulté le 14/10/17 <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-110/32207>

Righetti-Veltema M, Nanzer N. Le DAD’P : un outil simple pour le dépistage anténatal du futur risque de dépression du postpartum ; Rev Med Suisse. 2009 ; 5 ; 395-401. [En ligne] Consulté le 14/10/17. <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-191/Le-DAD-P-un-outil-simple-pour-le-depistage-antenatal-du-futur-risque-de-depression-du-postpartum#rb1>

Rochette J, Mellier D. Transformation des souffrances de la dyade mère bébé dans la première année du post partum : Devenir. 2007 ; 19 (2).

Rousseau P. La dépression postnatale : un risque de négligence négligé par la société ; oct 1994

Sheree L et al. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. La dépression maternelle. [En ligne]. Consulté le 18/11/17. <http://www.enfant-encyclopedie.com/>

Bernard-Bonnin AC. La dépression de la mère et le développement de l’enfant. Paediatr Chil Health. Oct 2004 9 (8) : 589–98. [En ligne] [Mis à jour le 30/01/15]. Consulté le 15/10/17 <https://www.cps.ca/fr/documents/position/depression-mere-developpement-enfant>

Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. Preventing postpartum depression: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. Dec 2013; 33(8) : 1205-1217. [En ligne] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24211712>

Soufia M et al. ISRS et grossesse: revue de la littérature. L’encéphale. 2010 ; 36 (6) : 513-16. [En ligne] <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700610000400>

Stewart D, Donna E. Depression during Pregnancy; N Engl J Med. Oct 2011. 365 : 1605-11. [En ligne]. Consulté le 15/11/17. <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMcp1102730>

Sutter-Dallay A-L. Les unités mère enfant en psychiatrie périnatale. Journ Psycho. 2008 ; 261 (8) : 22-25 [En ligne] Consulté le 22/02/18. <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-8-page-22.htm>

Teissedre F, Chabrol H. Étude de l'EPDS (Échelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères: dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. L'Encéphale. 2004; 30 (4):376-81. [En ligne]. Consulté le 18/11/17. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700604954516>

Teissedre F, Chabrol H. Detecting women at risk for postnatal depression using the EPDS at 2-3 days post-partum. Can J Psychiatry. Jan 2004. 49: 769-772.

Tissot H et al. Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale, Psych enf. 2011. 54(2) : p.611-37. [En ligne]. Consulté le 18/11/17. <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2011-2-page-611.htm>

Documents non publiés : mémoire

Blanchon AN. Dépression du post partum, évaluation des connaissances et outils des sages-femmes dans le dépistage des facteurs de risque. [Mémoire]. Bourg-en-Bresse ; 2010. 68 pages

Braha C. Prévention de la dépression post-natale : Dépister en consultations prénatales : entretiens auprès des sages-femmes et obstétriciens. [Mémoire]. Paris. 104 pages

Fernandes C. Baby Blues et dépression post natale : Evaluation des connaissances des femmes, qu'elle information ont-elles reçue [Mémoire]. Clermont-Ferrand ; 2012.

Fuentes J. Le lien entre l'estime de soi face au rôle de mère, le soutien social perçu et le risque de développer une dépression du post-partum. [Mémoire]. Montpellier. 86 pages.

Pereudau L. La dépression du post partum : L'Edimbourg Post Natale Scale, un moyen efficace de dépistage précoce ? [Mémoire]. Nantes, 2008. 71 pages

Depaux B. Dépression post-natale : Evaluation d'un outil de dépistage l'Edinburgh Postnatal Depression Scale. Etude auprès de 18 sages-femmes en Haute-Noemandie. [Mémoire] Rouen 2016 ; 75 pages

Varin A. La dépression du post partum : Qualité de l'information reçue et prévalence du risque à J3 : Etude menée auprès de 208 femmes au CHU de Caen [mémoire]. Caen : Université de Caen Normandie ; 60 pages

Recommandations

HAS, Haute Autorité de santé. Préparation à la naissance et à la parentalité. Nov 2005.

HAS. Haute Autorité de santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé ». 2005

INPES. Institut National de Prévention et d'Education. Troubles émotionnels et psychiques des mères en post partum. Fiche d'action numéro 16. Mai 2010

Institut national du cancer ; /Référentiel organisationnel Repérage et traitement précoce de la souffrance psychique des patients atteints de cancer/ Avis d'expert ; Jan 2018

Plan « périnatalité » 2005 – 2007 Humanité, proximité, sécurité qualité ; nov 2004.

Conférences

Bayle B ; Négation de grossesse et gestation psychique. Toulouse : Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse ; Oct 2008.

Omay O ; Psychose Puerpérale Psychose du Post partum. Lyon : Journée de périnatalité du Réseau Aurore ; Avr 2017

Sites Internet

Accouchement et retour à domicile : prise en charge et accompagnement; [En ligne]. Consulté le 22/02/18 <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/famille/maternite-paternite-adoption/accouchement-retour-domicile>

Data DREES études et statistique. Ministère des solidarités et de la santé. [En ligne]. Consulté le 26/01/18. <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/>

Ministère des solidarités et de la santé. [Mis à jour le 12 oct 2017 ; En ligne]. Consulté le 3/01/18. <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>

Medic Formation [En ligne]. Consulté le 3/01/18. <http://www.medicformation.fr/formations/le-normal-et-le-pathologique-pendant-la-grossesse-et-le-post-partum-f459.htm>

Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine ; [En ligne]. Consulté le 22/02/18 <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-generalistes/tarifs-metropole>

Autres

Atef E (réalisateur) ; L'Étranger en moi [DVD] ; Jour2fête; 2010; 99 minutes

Bezancon R (réalisateur) ; Un heureux évènement [DVD] ; Gaumont Distribution ; 2011 ; 110 minutes

Danion-Grilliat A, Moro MR, Sibertin-Blanc D et al. Objectif 19 : Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. Consulté le 15/11/17.

Dervieux P, Thompson L ; Mère à vif ; Interception ; France Inter ; avr 2011

Lopez F. Avortements et Psychose puerpérale, l'histoire d'Anne Personne ; Mille et une
vie. Nov 2016

Vidard M. Comprendre et prévenir les troubles du post partum. La tête au carré ;
France Inter ; déc 2016

Annexes

- Annexe 1 : Les différents troubles psychiques de la grossesse et du post-partum
- Annexe 2 : Impact de la DPN sur le développement de l'enfant
- Annexe 3 : Questionnaire distribué aux professionnels de santé
- Annexe 4 : EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) [32]
- Annexe 5 : DAD-P : version pour un dépistage large [29]
- Annexe 6 : DAD-P : version pour un dépistage ciblé [29]

Annexe 1 : Les différents troubles psychiques de la grossesse et du post-partum

	Baby blues	Dépression du post partum	Psychose puerpérale	Dépression anténatale
Définition	Trouble émotionnel transitoire d'une durée brève (moins de 24 heures) qui apparaît entre le 3 ^{ème} et le 10 ^{ème} jour du post-partum.	Episode dépressif avec la présence, pendant au moins 2 semaines consécutives, d'une humeur triste associée à la perte de plaisir liée aux activités quotidiennes. La DPN s'installe entre la 6 ^{ème} et la 12 ^{ème} semaine du post partum.	Ensemble de manifestations délirantes aiguës associées à une modification brutale de l'humeur survenant dans les 15 premiers jours jusqu'à la fin de la 1 ^{ère} année après l'accouchement. Trouble psychique le plus sévère : urgence médicalegale car peut être la cause de suicide maternel et d'infanticide.	Trouble psychique de la grossesse
Fréquence	1 femme sur 2	10 et 25 % des accouchées. 7% des femmes ayant fait une DPN rapportent un épisode dépressif au cours des 12 mois précédents et 12.7% rapportent un épisode dépressif pendant la grossesse.	1 et 2 femmes pour 1 000 naissances.	11 à 14,5% des femmes enceintes.
Sémiologie	Asthénie, crises de larmes déclenchées par des désagréments mineurs, labilité de l'humeur et/ou une irritabilité envers l'entourage, confusion, tendance à l'oubli. Possibilité d'observer un passage rapide d'un état de tristesse à un état d'exaltation marqué par des accès de rire peu motivés, une logorrhée et une surexcitation.	Pleurs quotidiens, sentiment d'épuisement, irritabilité, agressivité dirigée contre les proches, labilité émotionnelle, perte de la libido et phobies d'impulsion Parfois plaintes somatiques (douleurs dorsales, céphalées, démangeaisons...) Impression d'être incapable de répondre aux besoins de l'enfant, perte de plaisir à prodiguer les soins, conduite de maternage « opératoires »	Symptômes brutaux et dramatiques. Fluctuation importante de l'humeur, insomnie, présence d'idées délirantes avec phénomènes hallucinatoires et de confusion centrée autour du bébé. Dans ¾ des cas une symptomatologie anxio-dépressive est retrouvée en fin de grossesse.	Sémiologie non spécifique et pouvant être confondue avec des complications obstétricales ou des modifications corporelles liées à la grossesse. Tristesse, irritabilité, anticipation péjorative sur l'avenir, mésestime de soi, réduction du désir en général et libido en particulier, restriction des investissements
Facteurs de risque	Troubles anxio-dépressifs en fin de grossesse, antécédents d'épisodes dépressifs personnels ou familiaux, primiparité, accouchement très médicalisé	Facteurs psychiatriques : ATCD de dépression ou DPN, manifestations anxieuses ou dépressives durant la période prénatale. Facteurs biologiques : Le lien entre la DPN et les facteurs endocriniens n'ont pas plus être clairement établi hormis certaines thyroïdites inflammatoires à manifestations biologiques. Les études ont porté principalement sur les taux de progestérone, d'estradiol, et de cortisol.	Facteurs psychiatriques : ATCD familiaux ou personnels de troubles bipolaire ou ATCD personnels de psychose puerpérale. Facteurs gynéco obstétricaux : primiparité, survenue de complications obstétricales ; ATCD de mort foetale in utéro ou interruption médicale de grossesse, crainte pour la santé de l'enfant	Identiques à ceux de la DPN.

		<p>Facteurs relationnels et socio-économique : faible niveau socio-économique (absence d'emploi ou emploi peu valorisant), carences affectives sociales et/ou conjugales, évènements de vie négatifs ou stressants, violences ou abus sexuels de l'enfance, sevrage de l'allaitement maternel.</p> <p>Facteurs gynéco obstétricaux : primiparité, ATCD de fausses couches, d'avortements ou de mort fœtale, complications obstétricales, pathologie de l'enfant (malformation, prématurité...)</p> <p>Facteurs culturels : femmes migrantes, éloignées de sa famille avec langue et/ou représentations culturelles différentes, culpabilité par rapport à l'image renvoyée par la société de « bonheur idéalisé ».</p>	<p>Facteurs psychosociaux et familiaux : traumatismes dans l'enfance et sévices sexuels, absence de support social, mère seule.</p> <p>Facteurs endocriniens : probable action par excès ou privation des oestrogènes, de la prolactine, de l'ocytocine et du cortisol.</p>	
Evolution	Evolution favorable en quelques heures à quelques jours	<p>Sous traitement, l'amélioration des symptômes est obtenue en moins de 2 semaines mais des rechutes sont fréquentes.</p> <p>Le taux de récurrence est estimé à 30 – 35 %</p>	<p>Guérison dans 2/3 des cas.</p> <p>Risque de récurrence de 50 % pour la naissance suivante.</p> <p>Intervalle de 2 ans recommandé entre la guérison et le début d'une autre grossesse.</p>	<p>La majorité des dépressions anténatales cessent avant la naissance.</p> <p>20 à 40 % des dépressions anténatales se prolongent ou récidivent durant le post partum</p> <p>Peut être prédictif d'un baby blues ou d'une DPN.</p>
Traitement	Ecoute attentive et accompagnement par le professionnel de santé	<p>Le soutien psychosocial</p> <p>La psychothérapie</p> <p>L'hospitalisation unités mère bébé</p> <p>Moyens médicamenteux</p>	<p>Hospitalisation de la femme en urgence</p> <p>Moyens médicamenteux</p>	<p>Ecoute attentive et accompagnement par le professionnel de santé</p>

Annexe 2 : Impact de la DPN sur le développement de l'enfant

Fœtus	Soins prénataux insuffisants, mauvaise alimentation, prématurité plus élevée, petit poids de naissance.
Nourrisson	
Comportementales	Trouble du sommeil, pleurs prolongés, difficultés alimentaires, anorexie, ou régurgitation, vomissements, colère et style d'adaptation protecteur, passivité, repli sur soi, comportement d'autorégulation et attention, crise de nerfs, difficulté de séparation.
Cognitives	Rendement cognitif plus faible
Tout petit	
Comportementales	Non docilité, expression moins autonome, troubles d'internalisation et d'externalisation et interactions plus limitées.
Cognitives	Jeux créatifs moins fréquents, rendement cognitif moins élevé, acquisition du langage ralenti, préfèrent les jeux plus mécaniques.
Enfant d'âge scolaire	
Comportementales	Altération fonctionnelle de l'adaptation, difficulté à maîtriser leur colère, trouble d'internalisation (ex. dépression) et d'externalisation (ex. comportements agressifs), trouble affectif et émotionnel, troubles anxieux, trouble du comportement avec attachement marqué par l'insécurité, faible niveau d'activité physique, moins bonne estime de soi, établit des liens d'attachement non sécurisants
Scolaires	Trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité et résultats de quotient intellectuel moins élevés, trouble du langage
Adolescent	
Comportementales	Troubles affectifs, troubles anxieux, phobies, troubles paniques, troubles de conduites, abus d'intoxicants et dépendance à l'alcool, niveau de stress élevé.
Scolaires	Troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité et trouble d'apprentissage.
Adulte	
Comportementales	Risque élevé de phobie sociale et interactions interpersonnelles pauvres

Annexe 3 : Questionnaire distribué aux professionnels de santé

Je m'appelle BENITO Myriam, et je suis étudiante sage-femme en 5ème année de l'université Lyon I Charles Mérieux sur le site maïeutique de Bourg en Bresse. Dans le cadre de ma formation de fin d'étude de sage-femme, je réalise un mémoire ayant pour thème « La dépression postnatale: Est-elle recherchée par les professionnels de santé ? »

Je réalise une enquête s'adressant à tous les professionnels de santé (médecins obstétriciens gynécologues et sages-femmes) réalisant des consultations prénatales et postnatales.

Durée estimée de réalisation : 7 min

Renseignements généraux

• Depuis combien d'année exercez-vous ?

- Moins de 5 ans Entre 6 et 10 ans
 Entre 11-15 ans Plus de 15 ans

• Où exercez-vous ?

- Milieu hospitalier ou établissement de soins public ou privé
 Libéral PMI

Formation des professionnels de santé

• Avez-vous bénéficié d'une formation sur la dépression lors de votre formation initiale ?

- Oui Non

• Si oui était-elle suffisante ?

- Oui Non

• Avez-vous bénéficié d'une formation au cours de votre vie professionnelle ?

- Oui Non

• Si oui était-elle suffisante ?

- Oui Non

Renseignements consultation :

• De combien de temps en moyenne disposez-vous pour chaque consultation ?

- 15 min Entre 16 et 20 min Entre 20 et 30 min > 30 min

• En moyenne,

- Etes-vous en avance dans vos consultations ? Oui Non
- Etes-vous en retard dans vos consultations ? Oui Non
- Etes-vous à l'heure dans vos consultations ? Oui Non

Information donnée aux patientes sur les troubles psychiques dont la dépression du post partum

• Informez-vous vos patientes des troubles anxieux et dépressifs ?

- Jamais
 Uniquement si la patiente aborde le sujet
 Occasionnellement
 Systématiquement

• Informez-vous :

- Personne
 Toutes les femmes
 Un profil de femme particulier ?
(Femmes seules, ayant eu une IVG, IMG, FCS, ayant des difficultés dans la grossesse...)

• Quel moment vous paraît le plus propice pour informer les femmes ?

- Consultations pré natales Rééducation périnéale
 Entretien prénatal précoce Visite postnatale
 Lors d'une hospitalisation (pendant la grossesse) En suite de couche
 Lors des cours de préparation à la naissance A tout moment

Entretien pré natal précoce

• Trouvez-vous que cet entretien permet d'aborder plus aisément des difficultés psychologiques chez la femme ?

- Oui Non

• Pensez-vous qu'il devrait être systématique au même titre que les autres consultations obstétricales ?

- Oui Non

• Le réalisez-vous ?

- Oui Non • Si non, pour quelle raison ? _____

• Si oui, Comment le menez-vous ?

- Avec une fiche pré établie (Aurore par exemple)
 Avec une trame personnelle
 Au feeling

• Avez-vous déjà rencontré des patientes présentant une dépression anté et/ou post natale ?

- Oui Non

Connaissance des professionnels de santé sur la dépression pré et post natale

• Comment évaluez-vous votre niveau de connaissance sur la dépression ?

- Très faible Faible Suffisant Important

• Quelle est la ou les période(s) de risque élevé de troubles dépressifs :

- Toute la grossesse La fin de la grossesse
 Les suites de couche Le retour à domicile
 La reprise de l'activité professionnelle

• Pensez-vous qu'il est possible de repérer en anténatal les facteurs de risque de dépression du post partum ?

- Oui Non

• En moyenne, combien de femmes sont touchées par la dépression du post partum ?

- 0 à 1 femme sur 10 1 à 2 femmes sur 10
 Plus de 3 femmes sur 10 Je ne sais pas

• Quels sont, d'après vous, les facteurs de risque anténataux qui peuvent faire suspecter une dépression du post partum ? Cocher les éléments qui vous semblent justes

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Histoire psychiatrique personnelle ou familiale de dépression | <input type="radio"/> Femmes migrantes enceintes ou accouchées avec langue et représentations culturelles différentes |
| <input type="radio"/> Antécédents obstétricaux pathologiques : mort fœtale, IMG, malformation fœtale,... | <input type="radio"/> Grossesse pathologique |
| <input type="radio"/> Pathologies endocriniennes | <input type="radio"/> Grossesse non désirée, ambivalence par rapport à la grossesse |
| <input type="radio"/> Facteur relationnel : Manque d'estime de soi ; manque de soutien de la part de l'entourage proche, mauvaise relation avec leur propre mère | <input type="radio"/> Facteurs gynéco-obstétricaux : complications obstétricales, anomalie de travail, césarienne en urgence. |
| <input type="radio"/> Evènements de vie négatifs ou stressants (viols, abus dans l'enfance, décès d'un proche, ...) | <input type="radio"/> Séparation mère enfant à la naissance (hospitalisation nouveau né) |
| <input type="radio"/> Classe sociale défavorisée | Autres : _____ précisez |
| <input type="radio"/> Le sevrage de l'allaitement maternel / la reprise du travail | |
| <input type="radio"/> Parents isolés ou éloignement familial | |

• Quels sont les symptômes qui doivent faire suspecter l'existence d'une dépression selon vous ? Cocher la ou les éléments qui vous semblent juste(s).

- La persistance d'accès de pleurs, de tristesse, de cafard pendant au moins 4 semaines
 Différentes plaintes somatiques telles que des démangeaisons, ou des douleurs dorsales
 Sentiment d'être inutile pour l'enfant
 Anxiété vis-à-vis de l'état de santé de l'enfant, de son sommeil ou de son autonomie
 Le manque d'intérêt ou de plaisir dans les tâches quotidiennes, les loisirs ou les rapports sexuels
 L'insomnie liée à une attention au moindre bruit causé par le bébé
 L'impression de ne pas pouvoir faire face à la situation
 Sentiment de culpabilité.

- Différences entre dépression du post partum et autres troubles psychiques du post partum (baby blues et psychose puerpérale) : cochez la définition qui vous convient

Face à des troubles d'une durée brève (moins de 24 heures), variant de quelques heures à quelques jours, on parle : D'une dépression du post partum D'un baby blues Je ne sais pas

- Face à une humeur triste avec perte du plaisir normalement associée aux activités quotidiennes (dont les soins prodigués au bébé), on parle : D'une dépression du post partum D'un baby blues Je ne sais pas

- Le pic se situe à la 6^{ème} semaine du post partum, il s'agit :

D'une dépression du post partum D'un baby blues Je ne sais pas

- Face à des pleurs quotidiens, à un sentiment d'épuisement, une impression d'être incapable de répondre aux besoins de l'enfant, une perte de plaisir à réaliser des tâches quotidiennes, une irritabilité et/ou une crainte obsédante de commettre des gestes qui pourraient conduire à la mort du nourrisson, il s'agit :

D'une dépression du post partum D'une psychose puerpérale
 D'un baby blues Je ne sais pas

- La dépression du post-partum a un impact négatif sur le développement de l'enfant à court et long terme et dans différents domaines : social, émotionnel et cognitif.

Vrai Faux Je ne sais pas

- Face à un ensemble de manifestations délirantes associées à une modification brutale de l'humeur survenant typiquement dans les 15 premiers jours suivant la naissance jusqu'à la première année du post-partum, il s'agit :

D'une dépression du post partum D'une psychose puerpérale Je ne sais pas

- De nombreuses consultations pédiatriques en raison de pleurs prolongés que la mère ne peut calmer, des troubles du sommeil permanents, ou des troubles alimentaires chez le nouveau né doivent faire suspecter :

Une pathologie pédiatrique Une souffrance psychique chez la mère Je ne sais pas

- Des plaintes somatiques chez la mère (céphalées, douleurs dorsales, ralentissement psychomoteurs...) doivent attirer l'attention du professionnel de santé vers :

Une pathologie fonctionnelle de l'organisme Une dépression du post partum Je ne sais pas

Traitement de la dépression :

- Pour traiter une DPN il faut obligatoirement prescrire un anti dépresseur

Vrai Faux Je ne sais pas

- Une écoute attentive, par le professionnel de santé suffit à dénouer les troubles anxieux de la femme.

Vrai Faux Je ne sais pas

- L'hospitalisation de la dyade mère bébé au sein des unités mère-bébé est-elle :

A la demande d'un tiers ou de la patiente Systématique Je ne sais pas

- L'hospitalisation de la dyade mère bébé est-elle :

Indispensable Utile Pas forcément nécessaire Je ne sais pas

- Cette hospitalisation a pour but de : (plusieurs réponses possibles)

Restaurer les liens d'attachement entre la mère et son bébé
 Décharger la mère de certaines responsabilités inhérentes aux soins de son enfant
 Apporter un accompagnement psychologique maternel
 Isoler la mère du milieu familial

• Il est possible de prescrire des psychotropes (antidépresseurs tricycliques, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ou des thymorégulateurs) pendant la grossesse ou pendant la période d'allaitement).

Vrai

Faux

Je ne sais pas

Dépistage des dépressions du post partum

• Recherchez-vous des facteurs de risque de dépression lors des consultations prénatales et/ou postnatales ?

Systématiquement

Oui mais seulement lorsque des facteurs de risque vous alertent

Non

• Si non, pour quelle raison ?

Manque de temps

Difficulté à aborder le sujet

Par peur de ne pas savoir comment orienter la patiente

• Comment jugez-vous qu'une patiente est à risque de faire une dépression ?

Subjectivement, vous ressentez les choses

Vous ciblez les facteurs de risque de la dépression chez vos patientes

Lesquels ? _____

A l'aide de questions clés :

Lesquelles ? _____

A l'aide d'un outil de dépistage de la DPN. Citez celui que vous utilisez

• Connaissez-vous des outils de dépistage de la dépression anténatale ou du post partum ?

Oui

Non

• Si oui, pouvez-vous en citer ?

Prise en charge des patientes à risque de dépression du post partum

• En cas de suspicion de dépression du post partum, vers qui orientez-vous la patiente ?

Vous-même (vous la reconvoquez)

Association (maman blues...)

Psychologues/psychiatres

Médecin traitant

PMI

Collègue

Aucun

Autre, précisez _____

• En cas de suspicion de dépression du post partum, avez-vous des difficultés à aborder le sujet avec la patiente ?

Oui

Non

Je vous remercie de votre participation.

Annexe 4 : EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) [32]

Pendant la semaine qui vient de s'écouler...

• Vous avez pu rire et prendre les choses du bon côté :

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

• Vous vous êtes sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir :

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

• Vous vous êtes reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal :

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

• Vous vous êtes sentie inquiète ou soucieuse sans motif :

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

• Vous vous êtes sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons :

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

• Vous avez eu tendance à vous sentir dépassée par les événements :

- 1 Oui, la plupart du temps, vous vous êtes sentie incapable de faire face aux situations
- 2 Oui, parfois, vous ne vous êtes pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- 3 Non, vous avez pu faire face à la plupart des situations
- 4 Non, vous vous êtes sentie aussi efficace que d'habitude

• Vous vous êtes sentie si malheureuse que vous avez eu des problèmes de sommeil :

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

• Vous vous êtes sentie triste ou peu heureuse :

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

• Vous vous êtes sentie si malheureuse que vous en avez pleuré :

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

• Vous est-il arrivé de penser à vous faire du mal :

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

Annexe 5 : DAD-P : version pour un dépistage large [29]

Questionnaire de Genève ou DAD-P :
version pour un dépistage large
DAD-P : Dépistage Anténatal du risque de Dépression du Postpartum.

NOM:	PRÉNOM:	DATE:
Nombre de semaines de grossesse:		

Répondez aux questions suivantes par la réponse qui vous semble la plus appropriée concernant votre grossesse actuelle. Une seule réponse possible.

Echelle

1. Avez-vous des démangeaisons ?

oui, beaucoup	_____ (1 point)
oui, moyennement	_____ (0 point)
oui, un peu	_____ (0 point)
non, pas du tout	_____ (0 point)

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

oui, souvent	_____ (1 point)
oui, moyennement	_____ (0 point)
oui, un peu	_____ (0 point)
non, pas du tout	_____ (0 point)

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

oui, beaucoup	_____ (1 point)
oui, moyennement	_____ (0 point)
oui, un peu	_____ (0 point)
non, pas du tout	_____ (0 point)

4. Avez-vous un sentiment de solitude ?

oui, souvent	_____ (3 points)
oui, moyennement	_____ (2 points)
oui, un peu	_____ (1 point)
non, pas du tout	_____ (0 point)

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

oui, souvent	_____ (1 point)
oui, moyennement	_____ (1 point)
oui, un peu	_____ (1 point)
non, pas du tout	_____ (0 point)

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

oui, souvent	_____ (1 point)
oui, moyennement	_____ (0 point)
oui, un peu	_____ (0 point)
non, pas du tout	_____ (0 point)

Score: points

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

Questions supplémentaires

7. Pleurez-vous facilement ?

oui, beaucoup	_____ (1 point)
oui, moyennement	_____ (1 point)
oui, un peu	_____ (0 point)
non, pas du tout	_____ (0 point)

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

oui	_____ (0 point)
non, mais je l'ai fait pour une grossesse précédente	_____ (1 point)
non	_____ (1 point)

Score: points

La partie supplémentaire est positive si les 2 réponses sont positives : score égal à 2

Risque de dépression du postpartum :

Le DAD-P est positif si l'échelle est positive OU si les deux questions supplémentaires sont positives.

Si le DAD-P est positif, la femme est à risque de développer une dépression du postpartum.

Annexe 6 : DAD-P : version pour un dépistage ciblé [29]

Annexe 2. Questionnaire de Genève ou DAD-P : version pour un dépistage ciblé

DAD-P : Dépistage Anténatal du risque de Dépression du Postpartum.

NOM: _____ PRÉNOM: _____ DATE: _____
Nombre de semaines de grossesse: _____

Répondez aux questions suivantes par la réponse qui vous semble la plus appropriée concernant votre grossesse actuelle. Une seule réponse possible.

Echelle

1. Avez-vous des démangeaisons ?
- oui, beaucoup _____ (1 point)
oui, moyennement _____ (0 point)
oui, un peu _____ (0 point)
non, pas du tout _____ (0 point)
2. Est-ce que vous vous reprochez des choses ?
- oui, souvent _____ (1 point)
oui, moyennement _____ (0 point)
oui, un peu _____ (0 point)
non, pas du tout _____ (0 point)
3. Avez-vous des douleurs à la partie inférieure du dos ?
- oui, beaucoup _____ (1 point)
oui, moyennement _____ (0 point)
oui, un peu _____ (0 point)
non, pas du tout _____ (0 point)
4. Avez-vous un sentiment de solitude ?
- oui, souvent _____ (3 points)
oui, moyennement _____ (2 points)
oui, un peu _____ (1 point)
non, pas du tout _____ (0 point)
5. Avez-vous l'impression que les autres ne vous comprennent pas ou qu'ils ne vous montrent pas de sympathie ?
- oui, souvent _____ (1 point)
oui, moyennement _____ (1 point)
oui, un peu _____ (1 point)
non, pas du tout _____ (0 point)
6. Avez-vous du mal à vous endormir ou à rester endormie ?
- oui, souvent _____ (1 point)
oui, moyennement _____ (0 point)
oui, un peu _____ (0 point)
non, pas du tout _____ (0 point)

Score: points

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

Question supplémentaire

7. Depuis que vous êtes enceinte, vos relations avec votre mère sont :
- plus chaleureuses _____ (1 point)
plus difficiles _____ (1 point)
il y a eu rupture _____ (1 point)
sans changement _____ (0 point)
je n'ai plus de mère _____ (1 point)

Score: points

La question supplémentaire est positive si le score est égal à 1.

Risque de dépression du postpartum :

Pour les femmes multipares (qui ont déjà eu un ou plusieurs enfants) : le DAD-P est positif si l'échelle est positive. La question supplémentaire n'est pas déterminante.

Pour les femmes primipares (qui attendent leur premier enfant) : pour que le DAD-P soit positif, il faut que l'échelle soit positive ET que la question supplémentaire soit positive.

Si le DAD-P est positif, la femme est à risque de développer une dépression du postpartum.

RESUME : La dépression postnatale est un trouble psychique dont les conséquences sont larges. En plus de mettre en difficulté la femme et le couple, elle met à mal le développement de l'enfant. Face à ces enjeux, les professionnels de santé doivent être attentifs aux prémices de ce trouble afin d'enrayer son évolution plus vite. Or, rares sont ceux qui abordent le thème de la dépression postnatale avec leurs patientes. Une des hypothèses donnée à cette non information est le manque de temps et d'habilité. La question qui se pose alors est : les sages -femmes et les médecins gynécologues obstétriciens de l'Ain (01), travaillant en milieu hospitalier, en libéral ou en Protection Maternelle et Infantile ont-ils les connaissances suffisantes pour dépister les patientes à risque de faire une dépression postnatale ?

Par une étude multicentrique, interrogeant 68 professionnels de santé, travaillant dans trois milieux différents et réalisant des consultations pré- et/ou postnatales, les connaissances des professionnels sur les facteurs de risque, les symptômes, le traitement et le dépistage de la dépression postnatale sont évalués. Les résultats montrent que les professionnelles ont les connaissances théoriques sur ce trouble du post-partum mais qu'elles ne sont pas appliquées dans leur vie professionnelle par manque de temps et d'habilité. La dépression postnatale n'est recherchée, discutée ou dépistée seulement par quelques professionnels de santé et l'appréciation de cette dernière se fait selon le ressenti de chacun. Or, pour une meilleure prise en charge et sans interférer avec les affects de chacun, il est nécessaire que tous les professionnels parlent un même langage. C'est pourquoi un conseil minimal simple et rapide, à réaliser de façon systématique et répété chez toutes les patientes faisant suivre leur grossesse, a été proposé aux professionnels de santé. Le conseil minimal intègre la recherche de facteurs de risque (une fois seulement) et la pose de deux questions clés intégrées dans un algorithme.

TITRE : Les facteurs de risque de la dépression post-natale sont-ils recherchés par les professionnels de santé ? Etude auprès de 68 obstétriciens et sages-femmes de l'Ain

MOTS-CLES : Troubles psychiques ; Dépression anténatale ; Dépression postnatale ; Dépression du post partum ; Facteurs de risque ; Dépistage ; Prévention.

Adresse de l'auteur :

Site de Formation Maïeutique de Bourg-En-Bresse
Centre Hospitalier de Fleyriat
900 Route de Paris CS 90 401
01012 BOURG-EN-BRESSE Cedex

Année 2018