

ACADÉMIE DE PARIS
ESF- SORBONNE UNIVERSITÉ
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES SAINT-ANTOINE
MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

**LES COMPLICATIONS PSYCHIQUES DU
POST-PARTUM : ÉVALUATION DES
PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

LEBOSSÉ Laurine

Née le 13 mai 1996 à Rueil-Malmaison (92)

Nationalité Française

Directrice de mémoire : Mme Tharwat Dahlia sage-femme et doctorante en psychologie de la santé – réserviste dans l'unité de neurophysiologie du stress – institut de recherche biomédicale des armées

Co-directrice de mémoire : Dr Trousselard Marion médecin en chef co-directeur de l'unité de neurophysiologie du stress – institut de recherche biomédicale des armées

Année universitaire 2019-2020

ACADÉMIE DE PARIS
ESF- SORBONNE UNIVERSITÉ
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES SAINT-ANTOINE
MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

**COMPLICATIONS PSYCHIQUES DU POST-
PARTUM : ÉVALUATION DES PRATIQUES
PROFESSIONNELLES**

LEBOSSÉ Laurine

Née le 13 mai 1996 à Rueil-Malmaison (92)

Nationalité Française

Directrice de mémoire : Mme Tharwat Dahlia sage-femme et doctorante en psychologie de la santé – réserviste dans l'unité de neurophysiologie du stress – institut de recherche biomédicale des armées

Co-directrice de mémoire : Dr Trousselard Marion médecin en chef co-directeur de l'unité de neurophysiologie du stress – institut de recherche biomédicale des armées

Année universitaire 2019-2020

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement mes deux directrices de mémoire, Dahlia et Marion sans qui ce travail n'aurait pu aboutir. Merci pour vos conseils avisés, votre aide et votre disponibilité sans égale.

Je tiens également à remercier les cadres des maternités sollicitées pour m'avoir aidée à la diffusion du questionnaire et aux sages-femmes y ayant répondu.

Merci à la promotion 2016-2020 d'avoir toujours été solidaire et soudée même dans les moments difficiles. Un merci tout particulier à mes amies proches pour le soutien infailible durant ces quatre années.

Je tiens à remercier l'équipe pédagogique de l'école Saint-Antoine pour leur accompagnement au cours de ces quatre années.

Un grand merci aux équipes de la maternité des Diaconesses qui n'ont cessé de me former et de me soutenir au cours de ces quatre années.

Je souhaite remercier ma famille pour leur soutien depuis de nombreuses années et sans qui je ne me serais peut-être pas dirigée vers ce métier.

Un grand merci à Will de m'accompagner depuis toutes ces années, de m'avoir soutenu dans les bons comme les mauvais moments.

Merci à tous ceux que je ne peux citer mais qui m'ont accompagnée durant toutes ces années.

SOMMAIRE

PRÉAMBULE.....	1
REVUE DE LA LITTÉRATURE	2
I - La psychologie de la grossesse	2
a) La grossesse	2
b) La naissance	3
II - Les différentes complications psychiques.....	3
a) Le post-partum blues (« baby-blues »).....	3
b) La dépression postnatale.....	5
c) La psychose puerpérale	8
III - Les répercussions sur l'enfant.....	10
a) Le post-partum blues	10
b) La dépression postnatale.....	10
c) La psychose puerpérale	11
IV - Dépistage, information et prévention - rôle des intervenants de la périnatalité	11
a) La prévention.....	11
b) Le dépistage.....	13
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	15
I – Objectifs et hypothèses	15
a) Les objectifs.....	15
b) Les hypothèses	15
II – L'étude	16
a) Le type d'étude	16
b) Le déroulement.....	16
c) L'outil de l'étude.....	17
IV - La population	17
V - Considération éthique.....	17
VI - Stratégie d'analyse	18
RÉSULTATS	19
I - Les données liées au statut.....	19
II - Les connaissances sur le « baby-blues »	22
III - Les connaissances sur la dépression postnatale.....	24
IV - La prévention	28
V - Impact d'une formation sur les troubles psychiques postnataux.....	31

VI - Représentations des soignants à propos de la prévention de la DPN	33
ANALYSE ET DISCUSSION.....	37
I - La population	37
II - Les connaissances des professionnels	37
III - La prévention	40
IV - Les points forts et biais de cette étude.....	42
a) Les points forts	42
b) Les biais	42
V - Les propositions.....	43
a) Pour les soignants	43
b) Pour les femmes/les couples	43
CONCLUSION.....	46
BIBLIOGRAPHIE	47
ANNEXES	52
Annexe I :.....	53
Annexe II :.....	54
Annexe III :.....	60
Annexe IV :	62
Annexe V :	63
Annexe VI :	65
Annexe VII :.....	72
GLOSSAIRE.....	73

PRÉAMBULE

Au sein de notre société, la grossesse et la naissance sont considérées comme des moments de joie. Il est courant d'entendre dire « la naissance d'un enfant est le plus beau jour dans la vie d'une femme ». Néanmoins, le post-partum demeure une période où les difficultés maternelles peuvent subvenir [1,2]. La période périnatale est considérée comme une période de vulnérabilité psychique notamment pour la régulation de l'humeur et des émotions [2,3,4]. Il a été démontré que les femmes ont plus de risques de débiter une maladie mentale sévère dans les trois mois qui succèdent la naissance d'un enfant qu'à un autre moment de leur vie. En effet, le risque d'être hospitalisé en milieu psychiatrique est deux fois plus élevé dans l'année qui suit une naissance [5,6]. Très peu de professionnels se sont intéressés à la santé psychique des femmes dans le post-partum.

A la suite de ces constatations, nous avons souhaité faire des recherches sur les complications psychiques du post-partum et leurs conséquences. Trois types de complications psychiques dominent les souffrances psychiques postnatales : le post-partum blues, la dépression postnatale, et les troubles psychotiques.

Le post-partum blues plus communément appelé baby-blues est un phénomène bénin qui a tendance à être banalisé dans la société de nos jours [7,8]. De plus, jusqu'à une femme sur cinq rencontre ou rencontrera un épisode dépressif lors du post-partum [7,9]. La différence entre les deux étant parfois difficile à diagnostiquer, les symptômes de la femme sont souvent minimisés. Les femmes se sentent coupables et n'osent pas forcément aborder le sujet avec les professionnels de santé [8,10,11]. Cet état dépressif n'est pourtant pas sans conséquences sur le nouveau-né et le lien mère-enfant [12,13].

Dans ce travail, nous présenterons une revue de la littérature pour mieux définir le sujet des souffrances psychiques postnatales. Nous aborderons successivement la psychologie de la grossesse puis les différentes complications psychiques du post-partum et plus particulièrement la dépression postnatale. Nous continuerons avec les répercussions que ces difficultés peuvent avoir sur l'enfant. Pour terminer, nous évoquerons le rôle des professionnels de la périnatalité dans la prévention et le dépistage de ces complications. A l'issue de cet état de l'art, nous présenterons notre problématique et la méthodologie mise en œuvre pour apporter des éléments de réponses.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Il est difficile d'aborder les complications psychiques du post-partum sans souligner les remaniements psychologiques observés au cours de la grossesse [14].

I - La psychologie de la grossesse

Devenir mère représente une étape importante dans la vie d'une femme [15,16].

a) La grossesse

Lors d'une grossesse, les femmes traversent une période marquée par des dérèglements à la fois somatiques, hormonaux, psychologiques, familiaux et sociaux. Leur corps et leur psychisme doivent y faire face [7].

Pendant la gestation, le corps de la femme subit un remaniement hormonal nécessaire au bon développement du fœtus. La variation de ces taux d'hormones peut affecter le bien-être émotionnel de la femme. Les hormones principalement concernées sont les œstrogènes, la progestérone et le cortisol [8].

Les œstrogènes sont euphorisants et peuvent être considérés comme des antidépresseurs naturels. La progestérone a des effets sédatifs et anxiolytiques qui peuvent entraîner des symptômes dépressifs ou majorer ceux déjà présents. Le cortisol est sécrété lors des situations de stress de la patiente. Le stress peut avoir des effets positifs comme la motivation à surmonter des situations difficiles, mais il peut également avoir des impacts néfastes. Une trop grande concentration de cortisol dans le sang de la femme enceinte peut être délétère pour sa santé mentale comme pour la santé du fœtus [8].

Les actions des hormones varient selon le trimestre de grossesse mais également selon les personnes. Certaines femmes ne réagissent pas ou peu aux fluctuations hormonales [8].

Parallèlement à ces modifications hormonales, la femme doit faire face à des remaniements psychiques pendant sa grossesse.

Winnicott décrit ces transformations psychiques de la grossesse et du post-partum dans *La préoccupation maternelle primaire* [14]. La femme enceinte présente un état d'hypersensibilité, état que Winnicott appelle « la préoccupation maternelle primaire », qui se développe tout au long de la gestation pour atteindre un point culminant à la fin de la grossesse [2,14]. La psychanalyste Monique Bydlowski emploie le terme de « transparence

psychique » pour qualifier cet état d'hypersensibilité [2,14]. Cette transparence psychique permet à la future mère d'être à l'écoute de sa propre histoire familiale [7]. Dans les années 50, le pédiatre Ted Berry Brazelton prouve que cet état d'anxiété et d'hypersensibilité reste d'une part bénin et d'autre part nécessaire à l'établissement des premiers liens entre la mère et son enfant [14]. Lors d'une grossesse la femme ressent fréquemment un sentiment de plénitude et de toute-puissance [7,15]. Le psychiatre Paul-Claude Racamier introduit au début des années 60 le terme de « maternalité » pour désigner « l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité » [2,15].

La femme émet des représentations de l'enfant à naître : l'enfant imaginaire est celui qui correspond à l'idéal maternel. L'enfant réel commence à être appréhendé lors des échographies. Ces différentes représentations doivent se concilier à la naissance [7].

b) La naissance

A la naissance, la nouvelle mère doit faire le deuil de la plénitude de la grossesse, de la relation fusionnelle qu'elle avait avec le fœtus pour elle seule et de l'enfant imaginé qui devient réel [16]. La préoccupation maternelle primaire qui a débuté pendant la grossesse permet à la mère de s'adapter à son bébé et d'entrer en relation avec celui-ci [16]. En cas d'impossibilité à faire ces conciliations, il se produit des troubles de la relation mère-enfant [15].

Des études récentes confirment que la grossesse et l'établissement des premiers liens mère-enfant sont propices à l'apparition, la récurrence voire l'aggravation de complications psychiques [10,15].

II - Les différentes complications psychiques

a) Le post-partum blues (« baby-blues »)

- **Définition**

Le post-partum blues (PPB) est une manifestation dysphorique brève [2,10]. Le PPB apparaît dans les dix premiers jours qui suivent l'accouchement avec un pic de fréquence entre le troisième et le cinquième jour du post-partum. Il peut durer de quelques

heures à une quinzaine de jours au maximum. Dans sa forme typique il dure entre 12 et 24 heures et il disparaît dans la majorité des cas au neuvième/dixième jour [1,2,8,10-12]. Sa prévalence est difficile à établir, du fait de la diversité des critères diagnostics. Selon les différentes études le PPB toucherait entre 30 à 80% des accouchées [1,2,7,10]. Le PPB n'est pas considéré comme un syndrome pathologique [2,8,10,11-15].

- **Histoire**

Vers le milieu du XIX^{ème} siècle, le psychiatre Marcé évoque la susceptibilité de certaines femmes à ressentir un état moral particulier lors de la période postnatale. Cet état sera précisé et nommé par Moloney en 1952 comme le « blues du jour », puis en 1968 par Yalom et al. comme le « post-partum blues » [3,10]. Ce sont les travaux de Stein en 1979, qui fournissent la symptomatologie la plus précise du post-partum blues [2,10].

- **Symptomatologie**

Les symptômes sont divers :

- Labilité émotionnelle (exaltation de l'humeur) ;
- Pleurs spontanés ou déclenchés par des événements mineurs ;
- Irritabilité ;
- Inquiétude, anxiété ;
- Sentiment d'incapacité/d'incompétence/ de culpabilité ;
- Troubles du sommeil – asthénie [1,7,8,10-12,15].

- **Etiologies – Facteurs de risques**

Le baby-blues n'a pas d'étiologie stricte retrouvée [10]. Certains auteurs mettent en avant des facteurs organiques (la chute du taux des hormones notamment les œstrogènes), mais également des facteurs psychologiques (l'accouchement vécu comme une rupture, la sensation de vide, la confrontation de l'enfant réel avec l'enfant imaginaire) ; ainsi que le développement de la « préoccupation maternelle primaire » décrite par Winnicott. Il est nécessaire de rappeler que cette préoccupation est un état d'hypersensibilité de la mère lui permettant de répondre au mieux aux besoins de son nouveau-né [7,10,16].

Il est important de souligner que l'absence de post-partum blues, semble être un facteur protecteur contre la dépression postnatale (forte valeur prédictive négative). A l'inverse, l'existence du PPB est faiblement prédictive de l'évolution vers une dépression postnatale [10].

- **Traitement**

Le PPB est bénin. Il ne nécessite pas de traitement particulier. Il incite néanmoins à une prise en charge professionnelle qui consiste à écouter, reconforter, rassurer la patiente et ainsi de permettre d'évaluer l'évolution des symptômes [1,10-12]. Si les symptômes s'intensifient ou persistent au-delà de deux semaines cela évoque une évolution vers une dépression postnatale [2,17-19]. Le fait que la dysphorie soit fugace et d'intensité modérée permet de faire la distinction avec une psychose puerpérale débutante [1,8,12].

b) La dépression postnatale

Dans les pays industrialisés y compris la France, la dépression postnatale (DPN) est une complication obstétricale et une des premières cause de morbidité maternelle [20]. La DPN est un problème de santé publique du fait de sa prévalence élevée et de ses répercussions sur la mère et le nouveau-né. En effet, la prévalence est de 20% dans la population générale et elle est presque doublée dans la population militaire [2,8,9,12,13].

- **Définition**

La dépression postnatale est décrite comme un épisode dépressif non psychotique de gravité légère à modérée, débutant ou se prolongeant jusqu'au un an après l'accouchement [1,2,9,10,21]. La DPN concerne 10 à 20% des femmes selon les études et les populations [7,9]. Outre la population militaire, ce taux pourrait monter à 35% chez les femmes en situation de précarité ou dont l'enfant est né prématurément [20]. Deux pics de survenue sont identifiés dans la littérature. Le premier apparaissant dans les premières semaines de post-partum (le risque de pic est multiplié par trois) et le second six mois après l'accouchement [17,18]. La DPN est le premier épisode dépressif chez 60% des femmes [9].

Selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders four edition* (DSM - IV), nomenclature américaine des troubles psychiatriques, les troubles dépressifs apparaissent dans les quatre semaines du post-partum [1,10,19]. Pour la dixième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), les troubles dépressifs apparaissent dans les six semaines du post-partum [1,10,11,22]. La création d'une nouvelle classification dans le DSM-5 a permis d'identifier la DPN comme syndrome à part entière [23]. Le DSM-5 décrit les symptômes de la DPN comme étant similaires à ceux observés lors d'épisodes dépressifs majeurs, mais avec un indicateur de début péri partum (avant ou

après l'accouchement) [24-25]. Certaines études montrent que 50% des épisodes dépressifs majeurs du post-partum commencent pendant la grossesse [23].

- **Histoire**

En 1858, Marcé entreprend une première description de ces « accidents nerveux... qui ne se développent que vers la cinquième ou sixième semaine du post-partum » [10]. C'est en 1968, que la DPN est clairement identifiée par Pitt qui la décrit comme une « dépression atypique postnatale » [12].

- **Symptomatologie**

Le début peut être insidieux prenant la forme d'un baby-blues qui se prolonge dans le temps [10]. Les principaux signes cliniques sont :

- Des pleurs quotidiens souvent cachés [10] ;
- Un sentiment d'épuisement qui domine [10] ;
- Des troubles du comportement (touchant l'alimentation, le sommeil) [7,9,13] ;
- Une labilité émotionnelle [9-11] ;
- Une irritabilité voire une agressivité [7,10,11] ;
- Un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive [8,10,11] ;
- Une relation à l'enfant perturbée : une anxiété centrée sur le bébé avec une perte de plaisir de s'en occuper, une phobie d'impulsion, un évitement de contact [7,9-11].

Selon l'intensité des symptômes on parle de dépression mineure ou de dépression majeure du post-partum [25].

- **Etiologies – Facteurs de risques**

De nombreuses études montrent que le contexte social et le fonctionnement psychologique sont fortement impliqués dans l'émergence d'une DPN [9]. Des facteurs génétiques et biologiques rentrent également en jeu [9].

Au niveau biologique et génétique :

- La diminution de l'œstradiol et de la progestérone est associée à l'émergence clinique de la DPN [9,13,26,27].
- L'hypothèse d'une dérégulation de l'axe thyroïdien peut être impliquée [9,13,26].
- L'hypothèse d'une dérégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien est émise [9]. Chez les femmes souffrant de DPN une augmentation du cortisol plasmatique est observée [26].

Ces dysfonctionnements peuvent être intégrés dans le cadre de la réponse biologique au stress. L'Acide Gamma-AminoButyrique (GABA) est un neurotransmetteur inhibiteur puissant dont l'altération a été démontrée chez les personnes souffrant de troubles neurologiques telle que la dépression. Trois neurotransmetteurs modulateurs de stress semblent être directement ou indirectement impliqués dans la DPN : la sérotonine, la dopamine et l'ocytocine. Le facteur neurotrophique dérivé du cerveau, Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF), est un médiateur clé des troubles mentaux tel que la dépression. Un faible taux de BDNF sérique en fin de grossesse est associé à des symptômes dépressifs plus élevés [9].

- Il existe aussi une dérégulation du système immunitaire dans la DPN. Chez les femmes souffrant de DPN il y a un taux de cytokines pro-inflammatoires plus important [9].
- Enfin, les données de la génétique suggèrent également l'implication de facteurs génétiques dans le risque d'émergence de la DPN [9].

Les facteurs de vulnérabilités socio-psychologiques sont :

- Un contexte social défavorisé (au niveau financier [28,29,30], du statut professionnel [31,32], du statut marital [31,32], d'une minorité ethnique [30,33]) ;
- Une grossesse non souhaitée voire non programmée [29,30,31,32], ou encore non soutenue par la famille [29,30,32] ;
- Des événements stressants [13,29,31,32] ;
- Des problèmes médicaux maternels somatiques et/ou psychiques (prise de drogues, pathologies anxiodépressives etc.) durant la grossesse [29,30,31,34] ;
- Des problèmes médicaux liés au nouveau-né et/ou liés à l'accouchement [13,30,35,36] ;
- Des insomnies périnatales [37].

Avec ces données scientifiques, on pourrait émettre l'hypothèse que la DPN est un modèle d'étude du stress chronique. Un sujet sain (une femme enceinte qui va bien) exposé à un stress récurrent est plus à risque de développer une DPN (sans facteur de risque de base) [9].

- **La Mindfulness (la présence à soi)**

La Mindfulness, ou pleine conscience, est une qualité psychologique qui implique de porter toute son attention sur l'expérience présente, moment par instant et de manière particulière : au moment présent et sans porter de jugement [9,38,39]. La disposition psychologique de mindfulness représente un profil de résilience. Les personnes mindful se caractérisent par un faible niveau de neuroticisme, une forte estime de soi, et des capacités de coping protectrices. La mindfulness permet une meilleure régulation du stress

physiologique et psychologique tant chez les individus en bonne santé que chez les personnes souffrant de troubles médicaux. Du fait, que cette aptitude est très bénéfique pour prévenir le développement et la rechute de la dépression, on pourrait s'attendre à ce que la DPN soit moins fréquente chez les femmes mindful [9]. L'optimisation du fonctionnement de mindfulness est possible via des programmes de méditation-mindfulness. Des travaux récents montrent l'efficacité de la prise en charge du stress et de la régulation des émotions chez la femme au cours de la grossesse avec des interventions de type méditation [40,56].

- **Traitement**

La dépression postnatale est peu diagnostiquée et peu prise en charge, malgré les conséquences délétères pour la mère et l'enfant [2-4,11]. La mise en place d'un soutien par une psychothérapie est essentielle et suffisante pour les DPN diagnostiquées précocement [1,2,11,12,21,25]. Un traitement par un antidépresseur peut y être associé [1,2,12,21,25]. La méditation-mindfulness ou méditation de pleine conscience, apparaît être une piste complémentaire pertinente aux prises en charge psychothérapeutiques et médicamenteuses déjà existantes [4,40,41].

Dans les formes les plus sévères de DPN une hospitalisation en unité spécialisée mère-bébé est envisageable [1,12].

Le risque de récurrence dépressive en post-partum est évalué à 25% lors d'une prochaine grossesse [10,11].

c) La psychose puerpérale

- **Définition**

La psychose puerpérale est un état délirant aigu associé à des troubles thymiques et des éléments confusionnels [7]. La psychose puerpérale survient dans la majorité des cas dans les quinze jours qui suivent l'accouchement mais elle peut survenir jusqu'à un an de l'enfant. Ce trouble est relativement rare, son incidence est de un à deux pour 1000 naissances mais il est le plus dangereux pour la mère et l'enfant [2,3,8,10-12,23].

- **Histoire**

Ce trouble est connu depuis Hippocrate. Il a longtemps été décrit comme la conséquence de la congestion du sang dans les seins et de la montée au cerveau des lochies.

Esquirol propose pour la première fois l'appellation « psychose puerpérale » vers 1938. Puis son élève Marcé introduit la notion d'autonomie des psychoses puerpérales en 1958 [3,42,43].

- **Symptomatologie**

Le tableau clinique est généralement bruyant, il comporte :

- Des pensées désorganisées ;
- Des idées délirantes avec possible hallucinations (par exemple substitution ou subtilisation de l'enfant) ;
- Une perception altérée de la réalité voire une confusion mentale avec désorientation temporo-spatiale ;
- Des variations intenses et rapides de l'humeur ;
- Une alternance de phases mélancoliques et de phases maniaques ;
- Un risque suicidaire et/ou d'infanticide [1,2,7,8,10-12,15].

- **Etiologies – Facteurs de risques**

Les facteurs favorisants sont :

- Les antécédents psychiatriques personnels (risque de 30%) ou familiaux (risque de 10%), les antécédents de troubles bipolaires ou de psychose puerpérale ;
- La primiparité (70% des psychoses) ;
- La césarienne ou les complications de la délivrance peuvent jouer un rôle ;
- Les modifications hormonales (excès ou privation des œstrogènes, de la prolactine, de l'ocytocine, du cortisol sont potentiellement impliqués) ;
- Les antécédents de violences et traumatismes dans l'enfance [2,8,10-12].

- **Traitement**

L'évolution sur le court terme est généralement favorable avec un traitement neuroleptique qui doit être instauré précocement ainsi qu'une hospitalisation dans une unité spécialisée mère-bébé [1,7,8,10,12,15,23].

L'évolution sur le long terme est difficile à évaluer du fait du risque de récurrence lors d'une prochaine grossesse de l'ordre de 20 à 50%, de l'évolution vers une maladie maniaco-dépressive de l'ordre de 17% et de l'évolution vers la schizophrénie de l'ordre de 10% [11].

III - Les répercussions sur l'enfant

a) Le post-partum blues

Le post-partum blues n'entraîne pas de conséquence chez le nouveau-né [12].

b) La dépression postnatale

L'impact de la DPN sur l'enfant est étudié depuis des dizaines d'années [13]. Ce retentissement diffère selon la sévérité, la durée et la récurrence des symptômes dépressifs maternels [16]. Les études de Spitz au milieu du XXème siècle sur la dépression du nouveau-né attestent que le nouveau-né a besoin d'avoir une relation aimante et soutenante avec un ou plusieurs adultes pour pouvoir se développer au mieux [13]. Or des recherches récentes montrent l'existence d'effets défavorables de la dépression maternelle sur la relation mère-enfant et sur le développement physique, affectif et intellectuel de ces enfants [12,13,20]. Les recherches permettent de distinguer deux « styles » de mères dépressives [12,16]. Les mères considérées comme « intrusives » sont sur-stimulantes et ont des comportements imprévisibles et désagréables pour l'enfant. A l'inverse, les mères considérées comme « en retrait », détournent le regard de leur enfant, limitent les interactions avec eux, ne jouent pas avec eux et ne leur parlent pas [12,16]. En réponse, les nourrissons des mères « intrusives » sont méfiants et évitants et ceux des mères « en retrait » vont plus pleurer [12,16].

Un des autres effets étudiés est celui de la transmission du stress maternel par la « communication hormonale par voie placentaire ». Le mécanisme implique principalement l'activation de l'axe hypothalamo-hypophysaire en réponse au stress chez la maman qui a des conséquences en matière de stress pour le fœtus. Des études de plus en plus précises, apportent des arguments caractérisant l'impact du stress de la mère sur le développement de l'enfant, avec des liens entre l'anxiété et/ou le stress maternel, le déroulement de la grossesse et la survenue de troubles cognitifs, comportementaux et émotionnels chez les enfants [3,20,44]. Les conséquences pour l'enfant seraient alors :

- Un faible poids à la naissance, la prématurité, un retard de croissance intra-utérin ;
- Des troubles affectifs et comportementaux ;
- Des difficultés sur le plan du développement cognitif et langagier ;
- Une relation mère-enfant affectée : plus de difficultés à créer un lien affectif avec l'enfant, des soins moins adéquats, moins d'interactions positives entre une mère dépressive et son

bébé, moins d'attentions et de constance dans les réponses de la mère aux besoins de l'enfant [8,10,44].

Pour exemple, une mère dépressive met en moyenne deux fois plus de temps qu'une mère non dépressive à répondre aux élocutions de son enfant. De plus, elle y répond par des phrases plus longues et donc moins adaptées à l'enfant [13].

L'enfant tente de s'adapter aux comportements de sa mère. Il va dans un premier temps pleurer pour attirer l'attention et s'il constate que cela ne fonctionne pas il se replie sur lui-même. Ce comportement se maintient par la suite, y compris dans les relations avec des adultes non déprimés [43].

Les comportements de maltraitance et de négligence envers l'enfant sont rares [10,16].

Parmi les études conduites, une étude anglaise réalisée sur 200 couples mère-enfant montre que tous les enfants qui développent une dépression à l'âge de 16 ans ont une mère qui a subi une dépression per ou postnatale [20].

Il est nécessaire d'être attentif aux comportements de l'enfant pour mettre en place une prise en charge précoce ce qui permettra d'améliorer le pronostic développemental de l'enfant [16].

c) La psychose puerpérale

Les risques de suicide et de gestes agressifs envers l'enfant sont importants. Cette pathologie conduit dans 5% des cas à un suicide maternel et dans 4% à un infanticide [2,43]. La mère ne comprend pas les besoins de son enfant, elle adopte un comportement inadéquat, ce qui entraîne des interactions réduites et des gestes brusques [43].

IV - Dépistage, information et prévention - rôle des intervenants de la périnatalité

a) La prévention

En raison de l'ensemble des données vu précédemment, nous pouvons dire que la santé mentale en période périnatale et plus particulièrement la DPN est un problème de santé publique du fait de sa prévalence et de ces possibles conséquences néfastes sur la mère et l'enfant [9,12,16].

Pour rappel, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé en 1946 comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [45]. Le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des complications psychiques du post-partum semblent donc essentiels.

C'est après avoir fait le constat que la sécurité émotionnelle des femmes enceintes et des couples ne faisait pas l'objet d'une attention suffisante, qu'ont été mises en place, dans le plan de périnatalité 2005-2007 « humanité, proximité, sécurité, qualité », les conditions d'un dialogue précoce permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents [46,47]. Ce plan de périnatalité s'organise sur l'exemple des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) d'avril 2005 : « Comment mieux informer les femmes enceintes ? ». La HAS y consacre un chapitre sur le « dépistage des difficultés psychiques » [48].

Ces constatations ont permis la mise en place de l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) [46]. L'EPP se définit par un entretien individuel et/ou en couple systématiquement proposé à toutes les femmes en début de grossesse. Il est de préférence réalisé au cours du quatrième mois de grossesse par une sage-femme ou un professionnel de santé formé à cet effet mais peut-être réalisé tout au long de la grossesse [47,49]. Il constitue la première des huit séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Cette entrevue peut être pratiquée en maternité ou en secteur libéral et dure entre 45 minutes et une heure. Elle permet de repérer les situations de vulnérabilité et de proposer les réponses les mieux adaptées [48,50]. Une étude sur la cohorte Elfe a permis de montrer que la participation des femmes à l'EPP et aux cours de PNP est protectrice vis-à-vis de la dépression postnatale [30].

Ce plan de périnatalité a également mis en avant la prise en charge multidisciplinaire des patientes avec le recrutement de psychologues dans les maternités et en promouvant l'action des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) [46,48].

La sage-femme est au cœur de la prévention et du dépistage des troubles de la parentalité puisqu'elle accompagne la femme enceinte du début de sa grossesse jusqu'à la consultation postnatale. Le référentiel métier indique que la sage-femme doit savoir « réaliser un diagnostic en repérant les situations de vulnérabilité, en évaluant le lien mère-enfant ». Elle doit également savoir « effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge en accompagnant le développement du lien mère-enfant » [51].

Il est nécessaire que les professionnels de santé à toutes échelles (médecin généraliste, gynécologue, obstétricien, sage-femme) fassent de la prévention à ce sujet et cela même en antéconceptionnel.

Une échelle de dépistage a d'ailleurs été élaborée pour repérer les femmes à risque de développer une DPN. Un questionnaire bref et simple a été constitué à Genève : le Questionnaire de Dépistage Anténatal du risque de Dépression du Postpartum (DAD-P) aussi connu sous le nom de questionnaire de Genève. C'est un questionnaire qui peut être utilisé en dépistage large c'est-à-dire auprès de toutes les femmes enceintes ou en dépistage ciblé c'est-à-dire auprès des femmes présentant des facteurs de risques [52] (Annexe I).

Il serait également intéressant de généraliser la proposition de l'Entretien PostNatal Précoce (EPNP) à toutes les femmes en post-partum. Les thèmes prioritairement abordés dans cet entretien sont le bien-être émotionnel de la mère (vécu de l'accouchement et du retour à domicile) et la prise en charge de l'enfant (alimentation, sommeil, pleurs). Cet entretien peut être réalisé à partir de huit jours après l'accouchement et avant la consultation postnatale à six/huit semaines après l'accouchement. Il dure comme pour l'EPP entre 45 minutes et une heure [53,54].

b) Le dépistage

Le réseau de santé périnatal parisien a mis en place au début de l'année 2017 des fiches de renseignements à l'intention des professionnels de santé pour les aider au dépistage de troubles psychiques postnataux (Annexes II et III). Pour simplifier la prise en charge des patientes, un organigramme est mis à disposition des professionnels pour qu'ils puissent connaître rapidement les conduites à tenir et vers quels professionnels orienter leurs patientes (Annexe IV). L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) a également fait une fiche synthèse sur les complications psychiques du post-partum intitulé « Troubles émotionnels et psychiques des mères en post-partum » [1] disponible sur internet depuis 2010.

Plusieurs outils de dépistage de la dépression postnatale existent. L'outil de prévention secondaire le plus simple et efficace est l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Annexe V) mis au point par Cox et coll. en 1987 [12,55]. Cette échelle a été traduite et validée en France par Guédeney et Fermanian en 1995 [56]. C'est un auto-questionnaire où la mère doit répondre à dix questions simples en soulignant la réponse qui lui semble la plus adaptée [12]. Il associe plusieurs questions : cinq concernent l'humeur, deux concernent l'anxiété, les trois dernières ciblent la culpabilité, le sentiment d'incapacité et les idées suicidaires. Une DPN est présente si le score est supérieur ou égal à 12, elle est sévère si le score est supérieur à 13. Si l'item « oui, très souvent » est coché à la question dix il est nécessaire d'orienter immédiatement la patiente vers un spécialiste [57]. L'auteur

insiste sur le fait que c'est uniquement un outil de dépistage et que c'est à un médecin qualifié dans le domaine de poser le diagnostic de DPN [12].

La HAS cite l'EPDS comme outil de dépistage de la DPN à la consultation postnatale six à huit semaines après l'accouchement dans les recommandations sur la préparation à la naissance et à la parentalité [58]. L'OMS le mentionne également comme outil de référence pour dépister les symptômes dépressifs en complément de l'évaluation clinique [59].

Nous nous sommes alors questionnés : quelles sont les connaissances des professionnels de santé de la périnatalité sur les complications psychiques du post-partum ? Ont-ils les outils nécessaires pour dépister, informer et prendre en charge ces complications ?

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I - Objectifs et hypothèses

a) Les objectifs

Notre objectif principal était de faire un état des lieux des connaissances des professionnels de santé sur le baby-blues et la dépression postnatale.

Deux objectifs secondaires étaient poursuivis. Le premier était de fournir les outils nécessaires aux professionnels de santé pour qu'ils puissent ensuite mieux informer les patientes pendant la grossesse et le post-partum, dépister les situations à risques et les prendre en charge.

Notre deuxième objectif secondaire était de proposer des modalités de mise en place d'une campagne de prévention autour de la dépression postnatale, incluant des moyens de communication diverses (des affiches et des flyers d'informations) prenant en compte les demandes/besoins des professionnels au sein des maternités, des centres de santé et des cabinets libéraux.

b) Les hypothèses

Pour notre objectif principal, deux hypothèses ont été posées.

Nous avons émis comme première hypothèse que les complications psychiques du post-partum sont méconnues des professionnels de santé.

Notre deuxième hypothèse était qu'il existe un manque de prévention autour de la dépression postnatale pendant la grossesse et le post-partum immédiat.

Enfin, nous avons formulé l'hypothèse ancillaire que les professionnels de santé ayant bénéficié d'une formation supplémentaire dans le champ de la prévention des troubles psychiques postnataux ont de meilleures connaissances pour dépister et prévenir les complications psychiques que ceux qui n'en ont pas eu.

L'enjeu du mémoire était de former les professionnels de santé pour la prévention et le dépistage de cette pathologie et ainsi améliorer également les connaissances des femmes, des couples.

II - L'étude

a) Le type d'étude

Pour répondre à nos hypothèses, nous avons réalisé une étude transversale descriptive multicentrique quantitative à l'aide d'un questionnaire.

b) Le déroulement

L'étude s'est déroulée dans plusieurs maternités d'Ile-de-France sur une période de trois mois soit du 23 septembre au 27 décembre 2019 inclus.

Les maternités sélectionnées étaient :

- la maternité de l'Institut Mutualiste Montsouris à Paris (75014)
- la maternité des Bluets à Paris (75012)
- la maternité des hôpitaux de Saint-Maurice à Saint-Maurice (94410)
- la maternité de Notre-Dame de Bon Secours à Paris (75014)
- la maternité du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil à Créteil (94000)
- la maternité Bicêtre au Kremlin-Bicêtre (94270)

Nous avons fait le choix de ces maternités car nous souhaitions réaliser cette étude dans deux maternités de chaque type¹. La maternité de Bicêtre faisait partie de nos choix étant donné que dans l'hôpital il y avait un service de psychiatrie spécialisé dans la prise en charge de la dépression postnatale. Nous avons donc voulu voir si cela influençait les connaissances et les pratiques des professionnels de santé. Pour le choix des autres maternités, cela a été fait en fonction de mes lieux de stages antérieurs et des cadres supérieures et chefs de service qui autorisaient ou non l'étude dans leur établissement.

Pour cette étude nous souhaitions recueillir un minimum de 100 questionnaires avec des proportions environ égales de chaque maternité pour biaiser le moins possible nos résultats. Nous nous sommes déplacées dans les différents établissements pour distribuer en mains propres les questionnaires aux professionnels de santé. Pour obtenir un maximum de réponses nous avons également décidé de diffuser le questionnaire sous

¹ Trois niveaux de maternités sont définis en lien avec les niveaux de soins néonataux et la présence ou non de réanimation adulte.

forme de Google form. Nous avons transmis le lien aux différents cadres des services qui l'ont par la suite transféré aux équipes médicales.

c) L'outil de l'étude

Le questionnaire était distribué ou envoyé aux professionnels de santé (Annexe VI) en précisant le cadre de sa diffusion et les objectifs de l'étude. Il comprenait quatre parties :

- La première partie traitait des données liées au statut, elle disposait de treize questions fermées permettant de caractériser la population étudiée.
- Dans la deuxième partie, les connaissances des professionnels de santé étaient testées avec quatorze questions fermées.
- La troisième partie concernait la prévention sur le baby-blues et la dépression postnatale avec dix questions fermées.
- Et la dernière partie utilisait la méthodologie des carrés de Vergès dans cinq questions en lien avec la prévention de la DPN. Cette méthodologie est décrite en annexe VII. Elle permet d'évaluer les représentations des personnels soignants pour mieux cerner les modalités de prévention à développer [60].

Ce questionnaire était réalisable en moins de 15 minutes.

Une phase de test avait été réalisée mi-septembre auprès de trois sages-femmes pour vérifier l'acceptabilité (temps de réponse) et corriger toutes phrases ambiguës.

IV - La population

La population étudiée était composée de sages-femmes, d'internes en gynécologie-obstétrique et de gynécologues-obstétriciens travaillant dans les maternités sélectionnées.

Les critères d'inclusions sont : les sages-femmes, les obstétriciens ou les internes en gynécologie-obstétrique travaillant en consultation pré ou postnatale, en suites de couches, en service de grossesses pathologiques, en salles de naissances dans les maternités sélectionnées.

V - Considération éthique

Les autorisations des différents cadres et chefs de service ont été obtenues par mails entre les mois de juin et de novembre 2019.

Les questionnaires respectaient l'anonymat des soignants.

VI - Stratégie d'analyse

Nous avons réalisé le masque de saisie et la saisie des données sur le logiciel Excel. La description des variables qualitatives a été faite avec des pourcentages tandis que celle des variables quantitatives a été faite avec la moyenne et l'écart-type.

L'analyse statistique a été effectuée à partir du logiciel IBM SPSS statistics version 25. Nous avons considéré comme statistiquement significative la valeur de $p < 0,05$. Les pourcentages sont comparés avec la méthode Chi2 et des tableaux de contingence.

RÉSULTATS

Le questionnaire avait été mis à disposition d'environ 365 personnes au total sur les six maternités.

Pour cette étude, 103 questionnaires ont été récupérés et 100 questionnaires étaient analysables.

I - Les données liées au statut

a) Le sexe

La population étudiée était constituée de 5 hommes (5,0%) et 95 femmes (95,0%).

b) L'âge

La population étudiée était âgée de 23 à 63 ans soit un âge moyen de 33,9 ans (+/- 9,3), avec une médiane à 31 ans.

c) La parité

Dans la population étudiée il y avait 44 personnes ayant déjà eu des enfants ce qui représentait 44,0% de la population.

d) Les antécédents de DPN

Dans la population étudiée il y avait six femmes (13,6%) ayant comme antécédent une dépression postnatale.

e) La profession

La population étudiée était composée de 79% de sages-femmes, 3% d'internes en gynécologie-obstétrique et 18% de gynécologues-obstétriciens.

Tableau 1 : Répartition de la population selon leur profession

	Effectif	Pourcentage
Sage-femme	79	79,0
Interne de gynécologie-obstétrique	3	3,0
Gynécologue-obstétricien	18	18,0

f) Le nombre d'années d'exercice de la profession

Tableau 2 : Répartition de la population selon l'antériorité du diplôme

	Effectif	Pourcentage
Moins de 5 ans	40	41,2
Entre 5 et 10 ans	22	22,7
Entre 11 et 15 ans	19	19,6
Entre 16 et 20 ans	6	6,2
Plus de 20 ans	10	10,3

g) Le semestre des internes

Il y avait trois internes, un interne 9^{ème} semestre (33,3%), un interne en 10^{ème} semestre (33,3%) et un interne en 11^{ème} semestre (33,3%).

h) La maternité d'exercice

Tableau 3 : Répartition de la population selon la maternité d'exercice

	Effectif	Pourcentage
L'Institut Mutualiste	16	16,0
Montsouris		
Les Bluets	15	15,0
Saint-Maurice	23	23,0
Notre Dame de Bon	7	7,0
Secours		
Bicêtre	13	13,0
CHI Créteil	26	26,0

i) Le(s) service(s) d'exercice

La majorité de la population exerçait dans les services de salles de naissances et de suites de couches.

Tableau 4 : Répartition de la population selon son ou ses secteur(s) d'exercice

	Effectif	Pourcentage
Consultations prénatales	58	58,0
Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)	19	19,0
Grossesses pathologiques	48	48,0
Salles de naissances	87	87,0
Suites de couches	63	63,0
Consultations postnatales	17	17,0

j) Les expériences antérieures

Presque la moitié de la population avait déjà eu une expérience en maternité de type 3.

Tableau 5 : Répartition de la population selon leur(s) expérience(s) antérieure(s)

	Effectif	Pourcentage
Type 1	30	30,0
Type 2	45	45,0
Type 3	49	49,0
Libéral	20	20,0
PMI	3	3,0

k) Les formations professionnelles complémentaires

Soixante-quatorze personnes (74,0%) avaient reçu une ou des formations complémentaires en plus de leur diplôme dans les dix dernières années. Ces formations étaient variées. Nous les avons regroupés en plusieurs catégories qui étaient :

- Gynécologie/sexologie
- Prévention dans le domaine de la santé
- Grossesse et post-partum
- Médecine fœtale/échographie
- Urgences obstétrico-pédiatriques

Dans la majorité des cas 34,0% de la population avaient reçu une formation spécialisée en obstétrique (n= 34).

I) Les formations sur la psychologie de la grossesse et du post-partum

Presque trois quarts de la population, 74,0% (n=74) n'avaient reçu aucune formation supplémentaire à leur diplôme sur la psychologie de la grossesse et du post-partum.

II - Les connaissances sur le « baby-blues »

a) Le délai d'apparition

Seulement 24% de la population connaissaient le délais d'apparition du baby-blues.

Tableau 6 : Délai d'apparition du baby-blues

	Effectif	Pourcentage
Moins de 24 heures	2	2,0
Moins de 3 jours	69	69,0
10 jours	24	24,0
1 mois	3	3,0
2 mois	2	2,0
Je ne sais pas	0	0,0

b) La durée

La durée habituelle du baby-blues était appréciée par 60% de la population.

Tableau 7 : Durée habituelle du baby-blues

	Effectif	Pourcentage
48 heures	60	60,0
5 jours	22	22,0
15 jours	11	11,0
1 mois	6	6,0
1 an	0	0,0
Je ne sais pas	1	1,0

c) Les symptômes

L'humeur labile (93%), l'asthénie (78%) et la culpabilité (68%) étaient reconnus comme les trois principaux symptômes du baby-blues.

Tableau 8 : Symptômes du baby-blues

	Effectif	Pourcentage
Asthénie	78	78,0
Humeur labile	93	93,0
Relation à l'enfant perturbée	37	37,0
Hallucinations	1	1,0
Culpabilité	68	68,0
Je ne sais pas	0	0,0

d) La prise en charge

L'intégralité de la population était d'accord sur le fait que le baby-blues nécessite une prise en charge qui repose avant tout sur la réassurance de la patiente. Soixante-neuf pour cent de la population considéraient qu'une prise en charge psychologique devait être effectuée.

Tableau 9 : Prise en charge du baby-blues

	Effectif	Pourcentage
Aucune	0	0,0
Réassurance	100	100
Antidépresseur	3	3,0
Prise en charge psychologique	69	69,0
Prise en charge psychiatrique	3	3,0
Je ne sais pas	0	0,0

e) Les complications

Seulement 15% de la population pensaient que le baby-blues n'entraîne pas de complication.

Tableau 10 : Complications du baby-blues

	Effectif	Pourcentage
Aucune	15	15,0
Dépression postnatale	86	86,0
Dépression	49	49,0
Altération du lien mère-enfant	75	75,0
Je ne sais pas	0	0,0

III - Les connaissances sur la dépression postnatale

a) La prévalence

Seulement 27% de la population connaissaient la prévalence de la DPN et dans 69% des cas, celle-ci était sous-estimée.

Tableau 11 : Prévalence de la dépression postnatale

	Effectif	Pourcentage
Moins de 1%	3	3,0
Entre 1 et 5%	37	37,0
Entre 5 et 10%	29	29,0
Entre 10 et 20%	27	27,0
Entre 20 et 40%	1	1,0
Je ne sais pas	3	3,0

b) Le délai d'apparition

Plus d'une personne sur deux (52%) pensaient que la DPN survenait dans un délais inférieur ou égal à dix jours après l'accouchement.

Tableau 12 : Délai d'apparition de la dépression postnatale après l'accouchement

	Effectif	Pourcentage
24 heures	4	4,0
3 jours	8	8,0
10 jours	40	40,0
1 mois	44	44,0
2 mois	4	4,0
Je ne sais pas	0	0,0

c) Le délai maximal de survenue

Le délais de survenue maximal était sous-estimé, 34% de la population le plaçaient à un an après l'accouchement.

Tableau 13 : Délai maximal de survenue d'une dépression postnatale après l'accouchement

	Effectif	Pourcentage
10 jours	3	3,0
1 mois	16	16,0
6 mois	36	36,0
12 mois	34	34,0
18 mois	11	11,0
Je ne sais pas	0	0,0

d) Les symptômes

L'ensemble de la population était en accord pour dire que la DPN entraine une relation perturbée avec l'enfant. Presque la moitié des soignants, 46% connaissaient les symptômes de la DPN.

Tableau 14 : Symptômes de la dépression postnatale

	Effectif	Pourcentage
Asthénie	90	90,0
Humeur labile	78	78,0
Relation à l'enfant perturbée	100	100
Hallucinations	36	36,0
Culpabilité	88	88,0
Je ne sais pas	0	0,0

e) La prise en charge

La totalité de la population était d'accord sur le fait qu'il faille prendre en charge ces femmes. Un tiers de la population (33%) connaissait la prise en charge adéquate pour ces femmes.

Tableau 15 : Prise en charge de la dépression postnatale

	Effectif	Pourcentage
Aucune	0	0,0
Réassurance	65	65,0
Antidépresseur	74	74,0
Prise en charge psychologique	84	84,0
Prise en charge psychiatrique	76	76,0
Je ne sais pas	1	1,0

f) Les complications

Pour l'intégralité de la population, une DPN entraîne des complications. Pour 97% d'entre eux, cela entraînait une altération du lien mère-enfant et pour 69% d'entre eux, la DPN pouvait se compliquer d'une psychose puerpérale.

Tableau 16 : Complications de la dépression postnatale

	Effectif	Pourcentage
Aucune	0	0,0
Syndrome dépressif chronique	84	84,0
Psychose puerpérale	69	69,0
Altération du lien mère-enfant	97	97,0
Je ne sais pas	0	0,0

g) L'échelle de dépistage

Dans notre étude, 28% de la population reconnaissaient ne pas connaître le nom de l'échelle de dépistage de la dépression postnatale et 38% indiquaient la bonne échelle de dépistage.

Tableau 17 : Echelle de dépistage de la dépression postnatale

	Effectif	Pourcentage
Post-Partum Depression Checklist	27	27,0
L'Edinburgh Postnatal Depression Scale	38	38,0
Score de Lipsitz	6	6,0
Echelle de Dépistage de la Dépression en Institution	1	1,0
Je ne sais pas	28	28,0

h) Les facteurs de risque professionnels

Plus de la moitié de la population (54%) considéraient qu'il n'y avait aucun facteur de risque professionnel dans la DPN. Pour les autres, le milieu hospitalier était le principal facteur de risque.

Tableau 18 : Facteurs de risque professionnels de la dépression postnatale

	Effectif	Pourcentage
Aucun	54	54,0
Le milieu militaire	14	14,0
Le milieu hospitalier	30	30,0
Le milieu agricole	15	15,0
Le milieu commercial	16	16,0
Je ne sais pas	13	13,0

i) Les facteurs de risque sociaux

Pour 39% de la population les facteurs sociaux n'étaient pas des facteurs de risque de DPN.

Tableau 19 : Facteurs de risque sociaux de la dépression postnatale

	Effectif	Pourcentage
Aucun	39	39,0
La précarité	44	44,0
Un milieu financier aisé	29	29,0
Un niveau socio-professionnel bas	32	32,0
Je ne sais pas	6	6,0

IV - La prévention

a) Du baby-blues

Le baby-blues était un sujet abordé pendant la grossesse et le post-partum puisque seulement 8% des soignants disaient ne jamais en parler. Ils étaient 22% à en parler systématiquement.

Tableau 20 : Fréquence de la prévention sur le baby-blues

	Effectif	Pourcentage
Jamais	8	8,0
De temps en temps	33	33,0
Souvent	36	36,0
Systématiquement	22	22,0
Sur demande de la patiente	6	6,0

La prévention sur le baby-blues se faisait majoritairement (78,3%) en suites de couches et en cours de PNP (38,0%).

Tableau 21 : Lieu(x) de la prévention (sur une population n=92)

	Effectif	Pourcentage
Consultations prénatales	24	26,1
Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)	35	38,0
Salles de naissances	5	5,4
Suites de couches	72	78,3
Consultations postnatales	11	12,0

b) De la dépression postnatale

Seulement 8% des soignants parlaient systématiquement de la DPN et un tiers de la population (33,0%) n'en parlait jamais.

Tableau 22 : Fréquence de la prévention sur la dépression postnatale

	Effectif	Pourcentage
Jamais	33	33,0
De temps en temps	33	33,0
Souvent	20	20,0
Systématiquement	8	8,0
Sur demande de la patiente	10	10,0

La prévention sur la DPN intervenait majoritairement en suites de couches (70,1%) et en cours de PNP (34,3%).

Tableau 23 : Lieu(x) de la prévention (sur une population n=67)

	Effectif	Pourcentage
Consultations prénatales	17	25,4
Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)	23	34,3
Salles de naissances	6	9,0
Suites de couches	47	70,1
Consultations postnatales	10	14,9

Sur la population de soignants faisant de la prévention, 39% d'entre eux faisaient de la prévention à toutes les femmes.

Tableau 24 : Type de patientes à qui la prévention sur la dépression du postnatale est faite (sur une population n=74)

	Effectif	Pourcentage
Toutes les patientes	29	39,2
Uniquement aux patientes avec des ATCD psychologiques ou psychiatriques	22	29,7
Autres	23	31,1

L'échelle de dépistage de la dépression postnatale, l'Edinburgh Postnatal Depression Scale était utilisée par uniquement deux soignants qui réalisaient des consultations postnatales ce qui représentait 11,8 % de cette population.

c) En consultation

Le plus grand nombre de soignants (72,4%) réalisaient des consultations qui duraient entre quinze et vingt minutes.

Tableau 25 : Durée moyenne d'une consultation (sur une population n=87)

	Effectif	Pourcentage
15 minutes	28	32,2
20 minutes	35	40,2
25 minutes	11	12,6
30 minutes	12	13,8
Plus de 30 minutes	1	1,1

Seulement 18 soignants soit 20,5% estimaient que le temps qu'ils prenaient en consultation était suffisant pour la prise en charge de la patiente. (Sur une population n=88)

Dans notre étude, 97 soignants (97,0%) estimaient que le fait que la patiente ait la même sage-femme ou médecin tout au long de la grossesse était bénéfique pour elle.

Presque la totalité du personnel, 97 soignants (97,0%) estimaient que la grossesse constituait un stress psychologique pour la patiente.

V - Impact d'une formation sur les troubles psychiques postnataux

Dans notre population, 26% des personnels répondants avaient bénéficié d'une formation supplémentaire dans le champ de la prévention des troubles psychiques postnataux.

Tableau 26 : Tableau des différences de connaissances entre les professionnels formés et non formés (p-values à la suite des tests de chi2)

		Coefficient de contingence	p-value
Critères socio-démographique	Ancienneté du diplôme* (10 ans)	0,147	0,144
	Maternité de type 3	0,093	0,350
	ATCD de DPN	0,054	0,591
	Statut professionnel	0,048	0,891
	Sexe	0,073	0,464
	Enfant	0,066	0,508
	Age**	F= 0,003	0,958
	Connaissances sur le baby-blues	Délais d'apparition	0,119
Durée habituelle		0,028	0,780
Symptômes		0,143	0,145
Connaissances sur la DPN	Prévalence	0,001	0,992
	Délais de survenue	0,066	0,508
	Délais maximal de survenue	0,326	0,001***
	Symptômes	0,094	0,347
	Les complications	0,109	0,274
	L'échelle de dépistage	0,145	0,143
Prévention sur la DPN	Souvent	0,158	0,111
Autres	Grossesse = stress ?	0,161	0,103

*Les trois internes ne sont pas comptés dans l'ancienneté du diplôme, on leur demandait leur semestre.

** L'âge est une variable continue, nous avons donc utilisé un Test t pour égalité des moyennes et un test de Levene sur l'égalité des variances.

*** Sont surlignées dans ce tableau les valeurs significatives.

VI - Représentations des soignants à propos de la prévention de la DPN

Les tableaux suivants résument les représentations en fonction de la catégorisation et de l'analyse fréquence/occurrence.

a) A propos des obstacles personnels pour la prise en charge de la DPN

Un total de 88 réponses a été recueilli dans notre échantillon de professionnels participants à l'étude. Ce total comprend l'ensemble des réponses des répondants à cette partie du questionnaire.

Tableau 27 : Catégorisation des réponses « obstacles personnels » par fréquence et importance

		Importance	
		Grande	Faible
Fréquence	Forte	Manque de connaissances théoriques(46,6%)	Manque de temps en général (13,6%)
	Faible	Manque d'outils de dépistage (14,4%)	Difficultés à créer un moment propice (9,1%)

Certains professionnels ont évoqué des obstacles de type préjugés personnels (4 réponses, 4,5%), absence d'intérêt des femmes enceintes ou ayant accouchée (3 réponses ; 3,4%). Sept (<8%) des réponses n'ont pas pu être catégorisées car non comprises.

b) A propos des obstacles professionnels pour la prise en charge de la DPN

Un total de 160 réponses a été recueilli.

Tableau 28 : Catégorisation des réponses « obstacles professionnels » par fréquence et importance

		Importance	
		Grande	Faible
Fréquence	Forte	Organisation inadaptée des soins (43,1%)	Manque de formation (7,5%)
	Faible	Manque de temps (41,3%)	Absence d'outils de dépistage à disposition (4,4%)

La catégorie « organisation inadaptée des soins » regroupe des obstacles professionnels en lien avec la durée de séjour à la maternité trop courte, le nombre de chambres doubles limitant la confidentialité, les difficultés de communication avec les experts du soin psychique et de liaison avec les centres de PMI au retour à la maison. Certains professionnels ont évoqué en plus de ces quatre catégories des obstacles professionnels divers (3,75%), notamment des difficultés en lien avec les rotations d'équipes ne permettant pas de suivre les patientes, et l'entourage de la maman.

c) A propos des leviers personnels pour la prise en charge de la DPN

Un total de 58 réponses a été recueilli.

Tableau 29 : Catégorisation des réponses « leviers personnels » par fréquence et importance

		Importance	
		Grande	Faible
Fréquence	Forte	Formation adaptée (36,2%)	Manque de temps (22,4%)
	Faible	Outils de repérage et de diagnostic(29,3%)	Mieux préparer la maman en amont et en postnatal (8,6%)

Certains professionnels ont évoqué des leviers personnels en lien avec la sensibilisation des pères (4,45%).

d) A propos des leviers professionnels pour la prise en charge de la DPN

Un total de 73 réponses a été recueilli.

Tableau 30 : Catégorisation des réponses « leviers professionnels » par fréquence et importance

		Importance	
		Grande	Faible
Fréquence	Forte	Plus de présence d'experts du soin psychique (37,3%)	Plus de temps disponible (13,7%)
	Faible	Outils d'aide au dépistage (30,1%)	Etre formé (8%)

e) A propos de la prise en charge idéale de la DPN

Un total de 136 réponses a été recueilli.

Tableau 31 : Catégorisation des réponses « prise en charge idéale » par fréquence et importance

		Importance	
		Grande	Faible
Fréquence	Forte	Psychologue ou psychiatre (22,8%)	Outils de dépistage et d'informations (11,8%)
	Faible	Consultation dédiée et organisée (14,0%)	Réassurance/ Etayage/ Ecoute (9,6%)

Certains professionnels ont évoqué le fait qu'il y avait des psychologues dans les services mais que le lien avec eux devait être amélioré et notamment étendre les plages horaires où ils sont présents. Certains professionnels ont également proposé le réseau ville-hôpital comme prise en charge (10 d'entre eux) et d'autres des prises en charge spécifiques comme l'acupuncture, l'hypnose, ou des groupes de parole.

f) A propos de la prise en charge réelle de la DPN

Vingt-cinq des professionnels de l'étude ont déjà pris en charge une DPN. Un total de 33 réponses a été recueilli.

Tableau 32 : Catégorisation des réponses « prise en charge réelle » par fréquence et importance

		Importance	
		Grande	Faible
Fréquence	Forte	Difficultés avec l'équipe d'experts psy (48,4%)	Se sentir démuni(e), mal formé(e) (32%)
	Faible	Déni/refus de la patiente (22,5%)	Pas de difficulté de prise en charge (3,2%)

Le reste des réponses représentent des prises en charge de baby blues qualifiées de sans problème (9,6%).

g) A propos de la formation reçue depuis le début des études

Tous les professionnels de l'étude ont répondu. Un total de 114 réponses a été recueilli.

Tableau 33 : Catégorisations des réponses « formation reçue pour la DPN » par fréquence et importance

		Importance	
		Grande	Faible
Fréquence	Forte	Formation moyenne ou insuffisante (52,6%)	Formation lointaine ou trop théorique (13,1%)
	Faible	Formation nulle (17,5%)	Formation satisfaisante (8,7%)

Dix réponses (8,2%) n'ont pas pu être catégorisées car non comprises.

ANALYSE ET DISCUSSION

Le questionnaire a été mis à disposition d'environ 365 personnes au total sur les six maternités.

Pour notre étude, 103 ont été récupérés et 100 questionnaires sont analysables. Trois questionnaires ont été exclus de l'étude pour doublon. Le taux de participation en apparence peu important (27,4%) est correct pour ce type d'enquête².

Notre objectif premier était de faire un état des lieux des connaissances des professionnels de santé sur les complications psychiques du post-partum.

Nous discutons dans la suite les résultats principaux au regard des hypothèses posées en priorisant les résultats ciblant la DPN.

I - La population

Notre population est constituée de 95 femmes et de 5 hommes dont 79 sages-femmes, 3 internes en gynécologie-obstétrique et 18 obstétriciens. La profession de sage-femme est majoritairement composée de femmes ce qui explique cette répartition (2,6% d'hommes sage-femme en France au 1^{er} janvier 2017 [61]). En France, il y a environ quatre fois plus de sages-femmes que de gynécologues-obstétriciens [61,62] ce qui est en rapport avec nos données.

Dans la population étudiée il y a six femmes (13,6%) ayant comme antécédent une dépression postnatale. Ce résultat est concordant avec la prévalence de la DPN dans la population générale [8,9,11,13].

En premier lieu, nous avons émis l'hypothèse que les complications psychiques du post-partum sont méconnues des professionnels de santé.

II - Les connaissances des professionnels

Uniquement 60% des professionnels interrogés connaissent la durée habituelle du baby-blues qui est de 48 heures environ [10].

Sur la prise en charge, les soignants sont unanimes, il est nécessaire de rassurer la patiente et de dialoguer avec elle. Parmi ceux questionnés, 3% pensent qu'il est nécessaire de faire une prise en charge psychiatrique et de mettre la femme sous antidépresseurs. Pour rappel, le baby-blues est un évènement totalement bénin et physiologique n'entraînant

² Les promotions antérieures rapportent un taux de réponses aux alentours de 20%.

aucune complication [8,10,11]. Seulement 15% des répondants estiment que le baby-blues n'entraîne pas de conséquences sur la mère ou l'enfant.

Concernant la prévalence de la DPN, 69% des soignants la sous-estime. Les études actuelles ont montré une prévalence aux alentours de 10 à 20% dans la population générale [7,9]. Cette sous-estimation est peut-être dû au fait que l'on parle peu de cette pathologie.

Le délai d'apparition de la DPN est dans la majorité des cas (52%) assimilé à celui du baby-blues c'est-à-dire se manifestant dans les dix jours après l'accouchement [2,10]. Or selon que l'on prend comme référence le DSM-5 ou le CIM 10, le délai serait respectivement de quatre et six semaines après l'accouchement [10,11]. Cela montre une première confusion entre baby-blues et DPN.

Le délai maximal de survenue de la DPN est porté à un an après l'accouchement [9,10,21]. Seulement 34% des soignants ont coché la bonne réponse. Les professionnels de santé rencontrant des mamans qui ont un ou des enfants de moins d'un an doivent être d'autant plus vigilants à la santé mentale de leur patiente.

Dans notre étude, 31% de la population connaissent les symptômes du baby-blues et 46% ceux de la DPN. Les soignants ne font pas correctement la différence entre les deux. Certains symptômes de la DPN sont assimilés au baby-blues ce qui expliquerait que la DPN ne soit pas diagnostiquée en tant que telle et donc pas prise en charge correctement. Pour rappel, les symptômes du baby-blues sont des pleurs fréquents, une labilité émotionnelle, de l'anxiété, de la culpabilité ainsi qu'une asthénie [7,8,10-12,15]. La DPN est caractérisée par des pleurs souvent cachés, une labilité émotionnelle, une culpabilité excessive, une relation à l'enfant perturbée ainsi que des troubles du comportement touchant l'alimentation et le sommeil entraînant une importante asthénie [7-11].

La prise en charge optimale d'une patiente faisant une DPN consiste à la rassurer, l'orienter vers un psychologue et un psychiatre pour que ce dernier lui prescrive des antidépresseurs [2,11,21,25]. Un tiers de notre population (33%) réalise face à la situation une prise en charge adéquate. Il existe déjà des unités mère-enfant qui permettent de préserver au maximum ce lien grâce à une hospitalisation conjointe (dix professionnels de santé le citent comme moyen de prise en charge de la DPN dans la dernière partie du questionnaire).

L'interprétation des résultats laissent suggérer que dans l'esprit des répondants il y aurait un continuum entre le baby-blues, la DPN et la psychose puerpérale. Pour plus des deux tiers de notre population (69%), la psychose puerpérale est une complication de la DPN. Si la physiopathologie entre psychose et DPN est différente, elles entraînent toutes

les deux une altération du lien mère-enfant. La DPN pourrait entraîner un syndrome dépressif chronique [11,13,20].

L'échelle de dépistage de la DPN est l'Edinburgh Postnatal Depression Scale utilisée en France depuis 1995 [55,56]. Dans notre étude, 38 soignants sont capables d'assimiler cet outil au dépistage de la DPN et 28 reconnaissent ne pas le connaître. Cette insuffisance de connaissances questionne sur les modalités de mise à disposition des soignants de ce dispositif de dépistage. Cet outil pourrait être noté comme item systématique pour inciter les professionnels à explorer le risque de DPN pour chaque femme venant faire sa consultation postnatale.

Concernant les facteurs de risques professionnels, aucun soignant ne possède la bonne réponse. Seul le milieu militaire représente un facteur de risque professionnel de la DPN [9]. Parmi la population, 13 professionnels ont coché le fait qu'ils ne connaissaient pas la réponse. Pour 54 soignants, aucun milieu professionnel n'est un facteur de risque. Il y a un réel intérêt à former les soignants afin qu'ils connaissent les populations à risques et qu'ils aient une attention particulière en les prenant en charge.

Sur les 33 soignants restant, 30 ont coché le milieu hospitalier. Cette réponse questionne sur l'anxiété des soignants face à leur métier. Certaines soignantes ont profité du questionnaire pour parler de leur propre vécu post-accouchement face à la DPN alors qu'on leur demandait de parler de celui de leurs patientes.

Il a été démontré qu'un contexte social défavorisé que ce soit au niveau financier et/ou au niveau du statut professionnel est un facteur de risque de DPN [28-32]. Seulement 14 personnes ont obtenu la bonne réponse.

Nous avons souhaité comparer les professionnels de santé ayant eu une formation sur la psychologie de la grossesse et du post-partum et ceux n'en ayant pas eu.

À la suite d'une analyse par un test de chi 2 (Tableau 26), nous n'avons constaté que très peu de différences entre les deux groupes. Les professionnels formés n'ont pas plus de connaissances ou une meilleure prise en charge que les professionnels non formés. La seule donnée significative c'est-à-dire avec une p -value < 0,05 est la suivante : les soignants ayant reçu une formation en psychologie de la grossesse et du post-partum font plus d'erreurs dans le délai maximal de survenue de la DPN (p -value = 0,001). Un autre résultat nous a interpellé bien qu'il demande à être confirmé (tendance à une significativité). Les personnes formées considèrent moins la grossesse comme un stress (92,3% (n=24)) comparé aux personnels non formés (98,6% (n=73)) (p -value = 0,103).

Le constat que très peu de données soient significatives peut s'expliquer par le fait que les formations ne sont pas adaptées aux besoins des professionnels de la périnatalité. Cela peut également s'expliquer par le fait que nous n'avons pas défini le terme de « formation »

dans notre question donc certains professionnels ont juste reçu une ou deux heures de d'enseignement sur le sujet ce que nous ne considérons pas comme une réelle formation.

D'après l'analyse de nos résultats, nous avons pu constater que les connaissances des professionnels sur le baby-blues et la dépression postnatale étaient limitées. Notre première hypothèse est donc validée. Notre troisième hypothèse est par contre elle invalidée, en effet nous avons constaté que les professionnels formés n'ont pas plus de connaissances ou une meilleure prise en charge que les professionnels non formés.

En second lieu, nous avons émis l'hypothèse qu'il existe un manque de prévention autour de la dépression postnatale pendant la grossesse et le post-partum immédiat.

III - La prévention

La prévention sur le baby-blues est faite de façon systématique par seulement 22% des soignants et 8% n'en parlent jamais à leur patiente. Pour ce qui est de la DPN, la prévention est insuffisante : 33% des soignants ne l'évoquent jamais et seulement 8% en parlent de façon systématique.

Les soignants n'évoquant jamais le baby-blues ne parlent également jamais de la DPN.

Les soignants qui parlent en systématique de la DPN évoquent également en systématique le baby-blues.

La prévention qu'elle soit pour le baby-blues ou la DPN se fait majoritairement lors du séjour en suites de couches et lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité.

Aucun soignant effectuant une consultation de quinze minutes n'est satisfait de sa prise en charge. Les soignants réalisant des consultations de 25 ou 30 minutes ont les meilleurs taux de satisfaction respectivement à 63,6% et 58,3%. Cela souligne la nécessité de consultations suffisamment longues pour que les soignants puissent déployer l'ensemble des actes somatiques et psychiques à faire ; et ainsi qu'ils soient satisfaits de leur prise en charge. Dans la plupart des maternités, les consultations prénatales se succèdent toutes les 15 ou 20 minutes.

Analyse des carrés de vergés

La manque de prévention est en parti dû au fait que les services hospitaliers sont surchargés, les personnels soignants n'ont pas le temps qu'ils souhaiteraient pour prendre en charge les femmes. Les sorties de maternité se font de plus en plus précocement ce qui

limite aussi le dépistage de problèmes psychologiques pouvant survenir après le séjour à la maternité. D'autant plus que les femmes sont perdues de vue par la suite, il n'y a pas de suivi à l'hôpital. La grande majorité des consultations postnatales sont réalisées en ville, seules les femmes ayant eu une césarienne ou une extraction instrumentale peuvent en général être revues à la maternité. Ces obstacles professionnels sont souvent décrits par la population à 43,1% pour les problèmes organisationnels et à 41,25% pour le manque de temps.

L'obstacle personnel majeur qui ressort dans la prévention de la DPN est le manque de connaissances théoriques décrit par 46,6% de la population. Cela montre qu'il est important de former au plus vite les professionnels de santé. Le manque d'outils disponible est également décrit.

Les soignants ont relevé que le fait d'avoir une formation adaptée serait un levier professionnel pour 36,2% d'entre eux. Or nous l'avons vu, plus de la moitié de la population (52,6%) qualifie sa formation sur le sujet de « moyenne » ou « insuffisante » et même plus d'un quart « d'inexistante ».

Les professionnels (37,3%) seraient aidés par la présence quotidienne y compris les week-ends de psychologues ou psychiatres dans les services. Malgré le plan de périnatalité mis en place cela n'est pas suffisant pour pallier aux besoins des services de maternité. Le manque de temps et de formation sont de nouveau pointés du doigt.

Pour les soignants, une prise en charge idéale d'une femme souffrant de symptômes caractéristiques d'une DPN serait d'utiliser en premier lieu un outil de dépistage et de l'adresser à un psychologue ou psychiatre. Seulement 9,6% des soignants proposent de l'écouter, la rassurer.

Dans notre étude, lors d'une prise en charge de patiente souffrant de symptômes caractéristiques d'une DPN les professionnels de santé (48,4%) rencontrent des difficultés avec les équipes de psychologues ou psychiatres notamment dans la communication. Beaucoup de soignants se sentent également démunis face à cette situation notamment par manque de connaissances sur le sujet.

Nous constatons que les professionnels de santé ont eu tendance à donner des réponses erronées lors des questionnaires à choix multiples alors que lors de la dernière partie du questionnaire, où ils devaient s'exprimer avec leur vocabulaire, leur prise en charge était adaptée. Cela nous conduit à proposer qu'il y a plus un problème dans le dépistage que dans les connaissances de la prise en charge de la pathologie. Cela montre également que certaines pratiques existent dans les services mais qu'elles sont soit mal mises en place ou qu'elles doivent être renforcées. Il serait nécessaire d'améliorer un

existant en exploitant au maximum les modalités de prise en charge à disposition. Il existe une vraie volonté de vouloir prendre en charge ces femmes de la part des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens. En effet, cette compétence est incluse dans leur prérequis. Une formation adéquate leur permettrait de pouvoir réaliser un meilleur dépistage et de ce fait améliorer l'orientation et la prise en charge des patientes.

D'après l'analyse de nos résultats, nous avons pu constater qu'il existe un manque de prévention autour de la dépression postnatale pendant la grossesse et le post-partum immédiat. Notre seconde hypothèse est ainsi validée.

IV - Les points forts et biais de cette étude

a) Les points forts

Notre étude multicentrique constituait un point fort car elle a permis d'évaluer les pratiques professionnelles dans différentes maternités.

Elle évaluait à la fois les pratiques et les connaissances des professionnels. Cela a permis de les mettre en relation et de pouvoir suggérer des propositions.

Cette étude intégrait à la fois une approche quantitative et qualitative permettant de quantifier les connaissances ainsi que les représentations autour des pathologies psychiques du post-partum.

b) Les biais

Notre étude était principalement basée sur un questionnaire, cette méthode s'appuie uniquement sur du déclaratif ce qui peut ne pas refléter la réalité.

Certaines soignantes ont profité du questionnaire pour parler de leur ressenti sur leur propre DPN alors qu'on leur demandait de parler du ressenti de leurs patientes. Il y a eu une mauvaise compréhension de la question de leur part, elles devaient se positionner en tant que soignant et non de patient.

Les réponses qualitatives fournies (méthodologie des carrés de Vergès) sont pour certaines imprécises rendant difficile leur catégorisation. La méthodologie utilisée demande de répondre par des mots aux questions posées ce qui peut limiter les modalités d'expression de la pensée pour certains des soignants.

L'étude s'est déroulée uniquement à Paris et la région parisienne ce qui ne permet pas de refléter les connaissances et les pratiques professionnels au niveau national.

L'effectif de cette étude était faible, seulement 100 questionnaires ont été récoltés malgré de nombreuses relances dans les établissements. Cette étude manque donc de puissance. Au vu du peu de réponses de la part des professionnels de santé de la maternité de Bicêtre (centre de référence), nous avons trouvé peu pertinent de voir s'ils avaient plus de connaissances sur la DPN comparé aux soignants travaillant dans d'autres maternités. Nous avons donc choisi de comparer les connaissances des soignants dans leur globalité. Le taux de participation aux questionnaires était hétérogène en fonction des maternités et des types de maternités ce qui ne nous a pas permis de comparer les données des soignants entre les différents centres.

V - Les propositions

a) Pour les soignants

Nous proposons la réalisation d'un mémento pour les praticiens rappelant les principaux troubles psychiques du post-partum, leurs symptômes, leur délais d'apparition ainsi que leurs prises en charge.

Nous souhaiterions donner la possibilité aux soignants de réaliser en autonomie une psychoéducation grâce à des applications d'informations médicales fiables (Santéac, Dr Simone).

A plus long terme, nous aimerions créer une formation diplômante pour tout corps de métier avec l'entreprise C2Care. La formation serait composée d'une partie théorique et d'une partie pratique avec l'utilisation de la réalité virtuelle. L'intérêt étant d'uniformiser les pratiques des soignants et de remettre la DPN au cœur des sujets des problèmes de santé publique. Monsieur Malbos Éric, psychiatre à Marseille, avec qui nous sommes en contact a créé un diplôme universitaire de psychologie en utilisant la réalité virtuelle. Il serait partant pour nous épauler dans ce projet.

b) Pour les femmes/les couples

Nous aimerions développer des groupes de paroles pour les femmes et les couples en post-partum. Cela est déjà mis en place dans certaines maternités comme dans la maternité du groupe hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon. Les psychologues de la maternité organisent un jeudi par mois un groupe de parole pour les femmes ayant accouché dans les mois précédents.

Nous proposons l'élaboration d'une campagne de prévention avec des affiches disposées dans les couloirs des maternités au niveau des services de consultations prénatales, des suites de couches. Dans le but d'informer les femmes de la prévalence de la DPN, des symptômes ainsi que de la prise en charge adéquate.

Un flyer pourrait également leur être remis en même temps que les papiers de sortie de la maternité. Cela permettrait de les informer des symptômes, de la prise en charge, des personnes à contacter si besoin. Le flyer ne remplacerait pas la prévention faite à l'oral mais permettrait qu'elles gardent une trace de ces informations pour si elles en ont besoin plus tard.

Il serait intéressant de généraliser la proposition de l'Entretien PostNatal Précoce à toutes les femmes.

Notre travail de recherche nous a démontré que les soignants étaient sensibles aux complications psychiques du post-partum et qu'une formation serait nécessaire pour améliorer le dépistage et la prise en charge de ces troubles.

Par ailleurs, probablement dans les années à venir nous serons amenés à prendre en charge plus de complications psychologiques postnatales. En effet une étude publiée en mars 2020 dans le journal *The Lancet* [63] a démontré que les personnes ayant subi un confinement prolongé au-delà de dix jours seraient plus à risque de développer des pathologies psychiques dans les trois ans qui suivent le confinement.

D'autant plus que les parturientes se retrouvent séparées de leur conjoint pour la gestion du pré travail à l'hôpital ainsi que lors du séjour en suites de couches. Dans certaines maternités françaises les conjoints sont également interdits en salle d'accouchement. Les femmes se retrouvent donc seules pour ce moment tant attendu depuis des mois, ce qui bouleverse totalement ce à quoi elles s'étaient préparées. A cela se rajoute le stress d'être probablement infecté, de transmettre le virus à leur bébé ou de développer une forme grave de la maladie. Cela représente de nombreux facteurs de risques de DPN. Nous devons, en équipe pluridisciplinaire accordés une attention toute particulière lors de cette période au bien-être psychologique des patientes.

Les soignants sont également soumis à des fortes tensions et à un stress important, ils auront ainsi peut-être une vigilance moins importante à la santé mentale des patientes.

Il est urgent que le gouvernement réalise l'enjeu des troubles psychiques du post-partum. Il serait souhaitable que l'Alliance francophone de la santé mentale périnatale, créé en juin 2019 à Marseille par des acteurs de la pspérinatalité sur le modèle anglais de la Global Alliance for Maternal Mental Health, puisse faire prendre conscience de la

situation. Les professionnels participants à ce projet souhaitent « proposer sur tout le territoire national une réponse coordonnée et graduée aux besoins de soins psychiques conjoints des futurs parents et des bébés » [20].

CONCLUSION

L'état des lieux des connaissances des soignants qui a été réalisé au cours de cette étude a permis de constater qu'il y a bien souvent un amalgame entre les complications bénignes et malignes du post-partum. Nous observons une banalisation de la dépression postnatale.

La dépression postnatale est une des complications psychiques les plus importantes et les plus graves du post-partum. La DPN est une maladie et nécessite donc une prise en charge adéquate. C'est un réel problème de santé publique qui touche deux fois plus la population militaire que la population civile. Il serait nécessaire d'apporter une attention particulière à cette population à risque.

Il existe une réelle nécessité et une urgence à former les soignants et informer la population impliquée c'est-à-dire les femmes en âge de procréer. Il est important d'uniformiser les pratiques et les prises en charge. Il est nécessaire de mettre à disposition des soignants les outils essentiels pour adresser les patientes à un réseau organisé de prise en charge des complications psychiques du post-partum (centres de référence).

Les conditions d'exercice au sein des hôpitaux ne permettent pas toujours d'accorder un temps nécessaire à la prise en charge psychologique des patientes. Il faudrait étendre la campagne de prévention autour de la dépression postnatale au réseau de ville : aux sages-femmes, aux centres de PMI, aux pédiatres, aux médecins généralistes, aux gynécologues et obstétriciens et aux psychologues.

La période postnatale est une période à risque de complications psychologiques sévères, il devrait donc avoir un dépistage systématique de ces pathologies chez toutes les patientes à distance de leur accouchement.

L'épidémie du coronavirus qui a touché de très nombreux pays dont la France depuis ces derniers mois et le confinement qu'elle a entraîné peut laisser suggérer que la prévalence de la DPN va augmenter dans ces prochains mois. Les efforts des professionnels de la périnatalité font devoir se renforcer.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Institution national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Santé publique France. Troubles émotionnels et psychiques des mères en post-partum. [En ligne]. [Consulté le 5 avril 2020]. Disponible à l'URL : <http://www.esculape.com/gynecologie/post-partum-troubles-emotionnels-psychiques.pdf>
- [2] Raynaud A. Du baby-blues à la psychose puerpérale : les états psychiques de la maternité. Profession sage-femme. Octobre 2019 ;259 :23-8.
- [3] Sutter-dallay AL, Guédeney N. Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites. EMC Psychiatrie/Pédopsychiatrie (Elsevier Masson SAS, Paris), 2010 ; 37-200-B-20. 3
- [4] Heim A, Heim N, Philippe HJ, Nuss P, Ferreri M. Troubles psychiatriques du post-partum. EMC Obstétrique (Elsevier Masson SAS, Paris), 2000 ; 5-110-B-10. 2.
- [5] Sutter-Dallay AL, Dallay D, Verdoux H. Psychic disorders during pregnancy and postpartum. Rev Prat 2004; 54: 1137-9
- [6] Sutter AL, Lacaze I, Loustau N, Paulais JY, Glatigny-Dallay E. Troubles psychiatriques et période périnatale. Annales Medico-Psychologiques 2005 ; 163 : 524-8.
- [7] Riquin E, Faure K, Legras M, Chocard A-S, Gillard P, Descamps P, et al. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. Rev du praticien. 2015 ;65 :701-8.
- [8] Tremblay P, Côté E. Santé mentale. Le portail d'information prénatale. Québec. Octobre 2011. [En ligne]. [Consulté le 5 avril 2020]. Disponible à l'URL : <https://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/8/SharedFiles/PDF/sante-mentale.pdf>
- [9] Tharwat D, Trousselard M, Balès M, Sutter-Dallay AL, Fromage D, Spitz E, et al. Chronic Stress protection for postnatal dEpREssioN prEvention (SERENE): a protocol for an exploratory study. BMJ Open. 2018.
- [10] Dayan J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Octobre 2007 ;36 :549-61.
- [11] Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNOGF). Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. [En ligne]. [Consulté le 5 avril 2020]. Disponible à l'URL : <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-42.html>
- [12] Rousseau P. La dépression postnatale : un risque de négligence négligé par la société. Belgique. Octobre 1994. [En ligne]. [Consulté le 1^{er} mars 2020]. Disponible à l'URL : http://www.one.be/fileadmin/user_upload/one_brochures/DIREM/Situations_a_risque_de_maltraitance/Direm_10.pdf

- [13] Tissot H, Frascarolo F, Despland JN, Favez N. Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. In : La psychiatrie de l'enfant. Paris : Presse Universitaires de France ;2011 :611-37.
- [14] Bayle B. Psychologie, grossesse et naissance. Tout se joue-t-il avant la naissance ? [En ligne]. [Consulté le 5 avril 2020]. Disponible à l'URL : <http://benoit.bayle1.free.fr/toutsejouetil.pdf>
- [15] Lafay N, Papet N, Manzanera C, Senon JL. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. [En ligne]. [Consulté le 5 avril 2020]. Disponible à l'URL : [https://psychaanalyse.com/pdf/TROUBLES%20PSYCHIQUES%20DE%20LA%20GROSSE%20ET%20DU%20POST%20PARTUM%20\(5%20Pages%20-%2061%20Ko\).pdf](https://psychaanalyse.com/pdf/TROUBLES%20PSYCHIQUES%20DE%20LA%20GROSSE%20ET%20DU%20POST%20PARTUM%20(5%20Pages%20-%2061%20Ko).pdf)
- [16] Depeaux B. Dépression post-natale : Evaluation d'un outil de dépistage *l'Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Mémoire : Ecole de Sages-Femmes de Rouen ; 2016.
- [17] O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Warner MW. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental and hormonal variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 1991; 100: 63-73.
- [18] Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry*, 1993; 163:27-31.
- [19] American psychiatric association. DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4^{ème} éd. Issy-Les-Moulineaux : Masson ;2005.
- [20] Magnan G. Prévenir le suicide maternel. *Profession sage-femme*. Décembre 2019-Janvier 2020 ;261 :15-22.
- [21] Association canadienne pour la santé mentale. La dépression postnatale. [En ligne]. [Consulté le 5 avril 2020]. Disponible à l'URL : <https://cmha.ca/fr/documents/la-depression-postnatale>
- [22] Organisation Mondiale de la Santé. CIM-10 : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^{ème} révision. Edition 2008.
- [23] Monzon C, Lanza di Scalea T, Pearlstein T. Postpartum psychosis : updates and clinical issues. Janvier 2014. [En ligne]. [Consulté le 5 avril 2020]. Disponible à l'URL : <https://www.psychiatrytimes.com/special-reports/postpartum-psychosis-updates-and-clinical-issues>
- [24] Sharma V, Mazmanjan D. The DSM-5 peripartum specifier: prospects and pitfalls. *Archives of Women's Mental Health*, 2014 ; 17(2) : 171-3.
- [25] Plateforme de concertation en santé mentale de la Province du Luxembourg. Dépression du post-partum. [En ligne]. [Consulté le 5 avril 2020]. Disponible à l'URL : <http://www.plateformepsylux.be/troubles-et-maladies/depression-du-post-partum/>

- [26] Edler Schiller C. The hormone withdrawal hypothesis of postpartum depression: a translational approach. 2011. Clinical Psychology thesis; University of Iowa, USA; 2011.
- [27] Galea LA, Wide JK, Barr AM. Estradiol alleviates depressive-like symptoms in a novel animal model of post-partum depression. *Behavioral Brain Research*, 2001; 122: 1-9.
- [28] Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, Stuart S. The prevalence of postpartum depression: the relative significance of three social status indices. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2007; 42: 316-321.
- [29] Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 2001; 50: 275-285.
- [30] Richard-Guerroudj N. Dépression postnatale : la prévention manque sa cible. *Profession sage-femme*. Octobre 2018 ;249 :15-6.
- [31] O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression-A metaanalysis. *International Review of Psychiatry*, 1996; 8: 37-54.
- [32] Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 2006; 91: 97-111.
- [33] Le HN, Perry DF, Ortiz G. The Postpartum Depression Screening Scale-Spanish version: examining the psychometric properties and prevalence of risk for postpartum depression. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 2010; 12: 249-258.
- [34] Ross LE, Dennis CL. The prevalence of postpartum depression among women with substance use, an abuse history, or chronic illness: a systematic review. *Journal of Women's Health*, 2009; 18: 475-486.
- [35] Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross LE. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birthweight infants: a systematic review. *BJOG* 2010; 117: 540-550.
- [36] Bergant AM, Heim K, Ulmer H, Illmensee K. Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 1999; 46: 391-394.
- [37] Khazaie H, Rasoul Ghadami M, Knight DC, Emamian F, Masoud Tahmasian M. Insomnia treatment in the third trimester of pregnancy reduces postpartum depression symptoms: A randomized clinical trial. *Psychiatry Research*, 2013; 2010(3): 901-905.
- [38] Kabat-Zinn J. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body Mind to Face Stress, Pain, Illness* New York, USA: Delta; 1990.
- [39] Fennell MJV. Depression, low self-esteem mindfulness. *Behavioral Research Therapy*, 2004; 42: 1053-1067.

- [40] Vieten C, Astin J. Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, 2008; 11: 67-74.
- [41] Guo L, Zhang J, Mu L, Ye Z. Preventing Postpartum Depression With Mindful Self-Compassion Intervention : A Randomized Control Study. *J Nerv Ment Dis*. Déc 2019.
- [42] Gorwood P, Kessler V. La psychose puerpérale : un modèle du concept de vulnérabilité génétique ? In : *Devenir*. Suisse : Médecine et Hygiène. 2002 ;14 :17-26.
- [43] Fernandes C. Baby-blues et dépression post-natale : évaluation des connaissances des femmes : quelle information ont-elles reçue ? Mémoire : Ecole de Sages-Femmes de Clermont-Ferrand : Université d'Auvergne ; 2012.
- [44] Côté F, Fligny C, Bayard E, Launay JM, Gershon MD, Mallet J, et al. Maternal serotonin is crucial for murine embryonic development. *Proceedings National Academy of Sciences*, 2007; 104: 329-334.
- [45] Organisation mondiale de la santé (OMS). Définitions. [En ligne]. [Consulté le 5 avril 2020]. Disponible à l'URL : <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- [46] Ministère des affaires sociales et de la santé. Plan « Périnatalité » 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité. Paris. Novembre 2004. p42.
- [47] Bréart G, Puech F, Rozé J-C. Mission Périnatalité. Vingt propositions pour une politique périnatale. Ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées. Paris. Septembre 2003. p24.
- [48] Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Service des recommandations professionnelles. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. Avril 2005. p134.
- [49] Hebert M. L'entretien prénatal, premier maillon dans une démarche active de prévention ? *Vocation Sage-Femme*. Mars 2009 ;70 : 25-8.
- [50] Réseau de santé périnatal parisien. Entretien prénatal précoce. [En ligne]. [Consulté le 5 avril 2020]. Disponible à l'URL : <http://www.rspp.fr/vie-du-reseau/les-projets-du-reseau/50-entretien-prenatal-precoce>
- [51] Ordre des sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. Avril 2010. [En ligne]. [Consulté le 5 avril 2020]. Disponible à l'URL : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
- [52] Nanzer N, Righetti-Veltéma M. Le DAD-P : un outil simple pour le dépistage anténatal du futur risque de dépression du postpartum. *Rev Med Suisse* 2009 ; 5 : 395-401.
- [53] Réseau périnatal du Val d'Oise. Plaquette EPNP-EPP. [En ligne]. [Consulté le 5 avril 2020]. Disponible à l'URL

[:https://www.rpvo.org/sites/default/files/page_classique/fichiers/plaquette_epnp-epp_rpvo_v2.pdf](https://www.rpvo.org/sites/default/files/page_classique/fichiers/plaquette_epnp-epp_rpvo_v2.pdf)

[54] Tari C, Riquet S. The early postnatal consultation, a new time to adjust the educational diagnosis in perinatal education. *Ther Patient Educ* 2016; 8(2): 20105

[55] Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 6 janv 1987;150(6):782-6.

[56] Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry*. 1998;13(2):83-9.

[57] Milgrom J. Dépistage et traitement de la dépression postnatale (DPN). *Devenir*. 1 sept 2001;13(3):27-50.

[58] Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Service des recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Recommandations pour la pratique clinique. Novembre 2005. p56.

[59] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries. Report of the meeting held in Geneva, Switzerland 30 January – 1 February 2008. [En ligne]. [Consulté le 5 avril 2020]. Disponible à l'URL : https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh_jan08_meeting_report.pdf?ua=1

[60] Vergès Pierre. L'analyse des représentations sociales par questionnaires. In: *Revue française de sociologie*, 2001, 42-3, 537-561.

[61] L'Ordre des sages-femmes. Nombre de sages-femmes par genre. [En ligne]. [Consulté le 5 avril 2020]. Disponible à l'URL : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/11/Nombre-de-SF-par-genre.pdf>

[62] Profil médecin. Chiffres-clés : Gynécologues-obstétriciens [En ligne]. [Consulté le 5 avril 2020]. Disponible à l'URL : <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-gynecologue-obstetrique/>

[63] Brooks S, Webster R, Smith L, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 2020 ; 395 : 912–20

ANNEXES

Annexe I : Questionnaire de Genève ou DAD-P

Annexe II : Fiche d'information destinée aux professionnels de santé sur la dépression postnatale

Annexe III : Fiche d'information destinée aux professionnels de santé sur le baby-blues

Annexe IV : Organigramme sur le baby-blues et la dépression postnatale

Annexe V : L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Annexe VI : Questionnaire transmis aux professionnels

Annexe VII : Méthodologie des carrés de Vergès

Annexe I : Questionnaire de Genève ou DAD-P

Annexe 1. 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

- Avez-vous des démangeaisons?
oui, beaucoup _____ (1 point)
oui, moyennement _____ (0 point)
oui, un peu _____ (0 point)
non, pas du tout _____ (0 point)
- 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)
- 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)
- 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)
- 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)
- 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

Questions supplémentaires

- Pleurez-vous facilement?
oui, beaucoup _____ (1 point)
oui, moyennement _____ (1 point)
oui, un peu _____ (0 point)
non, pas du tout _____ (0 point)
- 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 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

- Avez-vous des démangeaisons?
oui, beaucoup _____ (1 point)
oui, moyennement _____ (0 point)
oui, un peu _____ (0 point)
non, pas du tout _____ (0 point)
- 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)
- 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)
- 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)
- 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)
- 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

- 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.



Réseau de Santé Périnatal Parisien
Des professionnels ensemble
au service des mères et des enfants

Dépression du post-partum

La dépression du post partum n'est pas une affection rare puisqu'elle touche en moyenne, selon les études, plus de 10% des femmes. Elle peut survenir tout au long de la première année suivant l'accouchement. Elle est à distinguer par sa durée et son intensité du simple baby blues fugace et bénin. Elle est également totalement différente de la psychose puerpérale, épisode de délire aigu, beaucoup plus rare (1/1000), survenant en général dans les 2 semaines suivant l'accouchement.

Qu'une femme se sente déprimée dans le contexte heureux de l'arrivée d'un enfant a longtemps été un tabou. Même si aujourd'hui la dépression du post partum est une entité bien décrite par les spécialistes et mieux connue du grand public, il n'en reste pas moins qu'elle reste insuffisamment diagnostiquée et traitée. Les femmes culpabilisées, hésitent à en faire part aux professionnels qu'elles rencontrent pour elles ou pour leur enfant, les pères démunis ne savent pas à qui faire appel.

Il est important que les professionnels, en première ligne auprès des mères et de leur bébé, soient sensibilisés et aillent rechercher activement les symptômes de la dépression post natale. Pourquoi est-ce important ? Parce que ces femmes souffrent et que non traitées ces dépressions peuvent durer toute une année et récidiver, notamment à l'occasion d'une autre grossesse, parce qu'il existe des traitements médicamenteux efficaces et de plus en plus de lieux de prises en charges spécialisées pour ces femmes et pour leur bébé ainsi que pour les pères; et enfin parce que les dépressions maternelles peuvent altérer le lien mère-bébé et avoir des conséquences sur le développement des bébés et sur leur construction psychique.



Réseau de Santé Périnatal Parisien

Des professionnels ensemble
au service des mères et des enfants

Rappel :

Pathologie la plus fréquente du post-partum (entre 10 à 15%)

- Apparition:
 - ✓ dès la sortie de la maternité
 - ✓ Pics de fréquence aux 6-8èmes, 9-15èmes semaines jusqu'à 12 mois après la naissance.
- Durée : Quelques mois à un an.

Repérer des situations à risque

- Antécédents familiaux ou personnels de psychopathologie.
- Antécédents d'évènements traumatiques.
- Evènement de vie négatif en période périnatale :
 - ✓ vécu difficile de l'accouchement ;
 - ✓ difficultés de comportement de l'enfant : troubles du sommeil, d'alimentation ;
 - ✓ relations conflictuelles : conjoint et/ou famille ;
 - ✓ décès périnatal ;
 - ✓ troubles anxieux ou dépressifs pré-natals.
- Vulnérabilité :
 - ✓ naissance prématurée ou grossesse multiple.
 - ✓ immigration récente ; Conjoint absent/indisponible.
- Absence de soutien social.
- Abus de substances psychoactives

Repérer les signes cliniques

Tableau clinique 1 : tristesse

- Inhibition avec repli sur soi :



Réseau de Santé Périnatal Parisien

Des professionnels ensemble
au service des mères et des enfants

- ✓ Mouvement de retrait de la mère, s'isole, regarde ailleurs ; □
Ralentissement physique, fatigue constante.
- Troubles de la mémoire, difficulté à penser. □ Troubles de l'alimentation, anorexie.

Au regard du bébé :

- ✓ Découragée, met l'enfant à distance ;
- ✓ Et/ou indifférente, laisser-aller ;
- ✓ Et/ou irritée dès que le bébé réclame le sein ou le biberon.

Tableau clinique 2 : dysphorie

- Trouble du sommeil, insomnie.
- Etat d'agitation anxieuse : irritabilité.
- Douleur morale, culpabilité : se dévalorise.

- Difficultés accentuées, désorganise son couple.

Au regard du bébé :

- Cherche à être une bonne mère, voir idéale ;
- Anxieuse, stimule son bébé, l'empêchant de dormir ;
- A peur que son bébé n'aille pas bien (MIN)

L'insomnie est un des premiers signes d'appel pour repérer le risque de décompensation du postpartum. Les idées noires sont souvent présentes, les idées suicidaires plus rares.

Outil éventuel à l'attention des patientes

- Echelle EPDS (*Edinburgh post-natal depression scale*) à utiliser à partir de 6-8 semaines du post-partum.



□ Repérer des éventuels troubles chez le bébé

L'observation d'un bébé présentant certains troubles peut être un élément de repérage potentiel de dépression du post-partum chez la mère :

- Pleurs incessants, troubles du sommeil ;
- Régurgitations ;
- Attitude de retrait ;
- de l'attachement (difficultés d'ajustement corporel, évitement du regard...) □
Troubles de la relation émotionnelle.

Impact sur la qualité des interactions mère-bébé à long terme.

□ CAT

Assurer une disponibilité immédiate

- Ouvrir le dialogue, explorer le malaise : « je ne vous sens pas bien » ; « vous me paraissez », etc...
- Evaluer l'urgence.
- Avancer le prochain rendez-vous.
- Créer ou maintenir un lien de confiance
- Explorer le maillage des professionnels : quels sont ceux en place : Médecins (généraliste ou spécialiste), sages-femmes, professionnels de PMI.
- Explorer le maillage de soutien familial/amical existant :
- Père : présent ? le rencontrer, conscient du malaise ? le soutenir.
- Y-a-t-il un entourage ?
- A-t-elle le sentiment d'être comprise, aidée ?
- Evaluer les besoins ?, besoin d'aide à domicile : mise en place d'une TISF.
- Evaluer le risque de psychose du postpartum

□ Quel professionnel contacter ?

Selon les ressources locales, les habitudes de travail et la qualité de l'entourage.

Comment ?

- Maintenir la confiance, prudemment.
- En accord avec les autres professionnels engagés et contactés : « nous allons voir ensemble comment vous aider... » □ Rester disponible si orientation.

Vers qui orienter ?

Cf. logigramme

- En première intention : s'appuyer sur les professionnels impliqués dans le suivi prénatal
 - ✓ Sage-femme libérale
 - ✓ Médecin traitant
 - ✓ PMI
 - ✓ Psychologue de maternité
- En seconde intention
 - ✓ CMP pédopsychiatrie /unité petite enfance : +++
Prise en charge possible dans un délai maximal de 15 jours. Ne pas hésiter à les contacter par téléphone avant d'orienter. Cf. annuaire RSPP
 - Evaluation globale : mère et enfant
 - Evaluation indication d'un suivi par psychiatre adulte + orientation □ Psychiatre libéral ou en CMP
- Support à domicile : si besoin



Réseau de Santé Périnatal Parisien

Des professionnels ensemble
au service des mères et des enfants

- ✓ TISF
- ✓ Puéricultrice de PMI

Référence bibliographique :

105 fiches pour le suivi post-natal – Mère-enfant

Auteurs : Anne Battut ; Thierry Harvey ; Alexandre Lapillonne

Editeur : Elsevier Masson

Recommandations Dépression du post-partum	Version 1
Validée par : Commission scientifique psy	
Date de validation: 09/01/2017	



Réseau de Santé Périnatal Parisien

Des professionnels ensemble
au service des mères et des enfants

Baby Blues

- Fluctuations émotionnelles brèves du post-partum immédiat.
- 50-70% des femmes.
- Apparaît dans les premiers jours suivant la naissance ; pic entre J3 et J5.
- Quelque soient la parité, le mode d'accouchement, le mode d'alimentation du bébé.

Physiopathologie

Mécanismes biologiques imparfaitement connus malgré de nombreuses études.

Lié en partie à :

- **Une chute brutale du taux d'hormones sexuelles maternelles lors de la délivrance du placenta ;**
- **Un taux élevé de prolactine.**

Clinique

- Bouleversement psychique avec diversité des signes cliniques :
- Signe majeur : pleurs irrépressibles (« je suis tellement heureuse en larmes ininterrompues »)
- Labilité de l'humeur ;
- Elation (exaltation) et irritabilité ;
- Confusion, oubli
- Troubles du sommeil, fatigue ;



Réseau de Santé Périnatal Parisien

Des professionnels ensemble
au service des mères et des enfants

- Dépressivité
- Plaintes somatiques
- Anxiété, anorexie

Prise en charge

- Sensibiliser les femmes/couples dès la période anténatale.
- Favoriser un temps d'écoute : aider la mère à comprendre son état émotionnel, sa fatigue, pour prévenir une dépression qui pourrait advenir en fonction de son histoire, son entourage et son environnement.
- Tenir compte de la fatigue et de l'insomnie qui amènent à la dévalorisation, au goût à rien et à la désorganisation.

Conclusion

- Le baby blues peut être considéré comme un moment de transition normal, cédant rapidement : nécessité de l'accompagner par un ajustement bienveillant et des paroles valorisantes de soutien.
- Il peut être un précurseur de la dépression, banalisé par la femme elle-même ; le professionnel doit être vigilant à ce que ces éléments ne persistent pas.

Référence bibliographique :

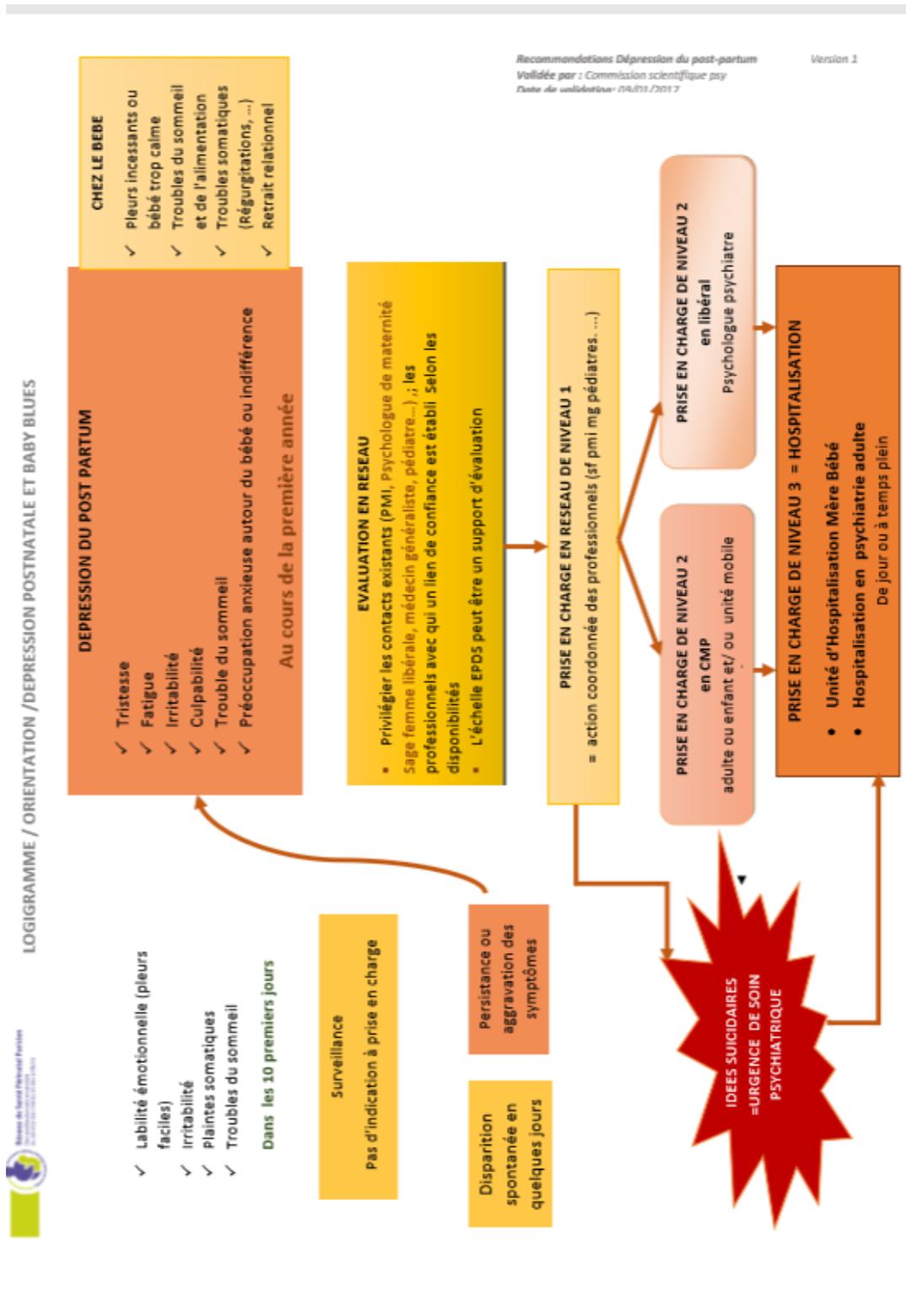
105 fiches pour le suivi post-natal – Mère-enfant

Auteurs : Anne Battut ; Thierry Harvey ; Alexandre Lapillonne

Editeur : Elsevier Masson

Recommandations Baby blues	Version 1
Validée par : Commission scientifique psy	
Date de validation: 09/01/2017	

Annexe IV : Organigramme sur le baby-blues et la dépression postnatale



Annexe V : L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)



Avec un nouveau bébé,
la vie n'est pas toujours rose.

Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg

Les catégories de réponses sont notées 0, 1, 2 et 3 selon la sévérité des symptômes. Les items ayant un astérisque sont notés inversement (i.e. 3, 2, 1, et 0). Le total est calculé en additionnant les résultats des dix items. Une femme qui obtient un résultat de 10 ou plus devrait être aiguillée vers un médecin ou un spécialiste de la santé mentale à des fins d'évaluation plus poussée. Une note de 13 ou plus pourrait indiquer une dépression majeure. Tout résultat positif à l'item 10 nécessite une évaluation clinique plus poussée. Quelques femmes ayant une note de moins de 10 pourraient aussi avoir une dépression post-partum et/ou vont bénéficier de services de soutien. Ces notes ne sont pas applicables à toutes les populations.

Instructions aux utilisateurs:

1. Demandez à la mère de souligner la réponse qui est la plus près de ce qu'elle a ressenti durant les 7 derniers jours.
2. Les dix items doivent être complétés.
3. Évitez la possibilité que la mère discute de ses réponses avec d'autres personnes.
4. La mère devrait compléter le questionnaire elle-même, à moins que sa compréhension du français soit limitée ou qu'elle ait de la difficulté à lire.

L'échelle de dépression post-partum d'Édimbourg a été développée dans les centres de santé de Livingston et Édimbourg. Elle consiste en 10 courts énoncés. La mère souligne laquelle des quatre réponses possibles est la plus près de ce qu'elle a ressenti durant la dernière semaine. La plupart des mères complètent l'échelle sans difficulté en moins de 5 minutes. L'étude de validation a démontré qu'une notation au-dessus du seuil était une indication possible de dépression. Malgré tout, la notation EPDS ne devrait pas passer outre à un jugement clinique. Une évaluation clinique plus poussée devrait être effectuée pour confirmer le diagnostic. L'échelle indique comment la mère s'est sentie durant la semaine précédente et, dans les cas douteux, il peut être utile de la répéter une ou deux semaines plus tard. L'échelle ne détectera pas les mères avec des névroses d'anxiété, des phobies ou des troubles de la personnalité.

best start
meilleur départ

Ontario's national, voluntary and early
child development resource centre
Centre de ressources sur la maternité,
les nouveau-nés et le développement
des jeunes enfants de l'Ontario



Ontario
Prevention
Clearinghouse Centre ontarien
d'information
en prévention

The Royal College of Psychiatrists 1987. L'Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg peut être photocopiée par des chercheurs ou des cliniciens à des fins personnelles sans autorisation des éditeurs. Le questionnaire doit être copié en entier et porter la mention suivante :

Cox, J.L., Holden, J.M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. Une permission écrite du Royal College of Psychiatrists est nécessaire pour copier ou distribuer ce questionnaire à des tiers ou le publier (version papier, en ligne ou sous tout autre format).

La traduction du questionnaire ainsi que les directives d'utilisation peuvent être trouvées dans Cox, J.L. et J. Holden, (2005). *Perinatal Mental Health : a Guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Londres, Gaskell.

L'EPDS est un outil pour aider les professionnels de la santé à identifier les mères souffrant de dépression post-partum.



Avec un nouveau bébé, la vie n'est pas toujours rose.

*Soulignez la réponse qui correspond le plus précisément
à vos sentiments depuis les sept derniers jours.*

1. **J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.**
Aussi souvent que d'habitude
Pas tout à fait autant
Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
Absolument pas
2. **Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir.**
Autant que d'habitude
Plutôt moins que d'habitude
Vraiment moins que d'habitude
Pratiquement pas
3. **Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal*.**
Oui, la plupart du temps
Oui, parfois
Pas très souvent
Non, jamais
4. **Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.**
Non, pas du tout
Presque jamais
Oui, parfois
Oui, très souvent
5. **Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons*.**
Oui, vraiment souvent
Oui, parfois
Non, pas très souvent
Non, pas du tout
6. **J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements*.**
Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude
7. **Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil*.**
Oui, la plupart du temps
Oui, parfois
Pas très souvent
Non, pas du tout
8. **Je me suis sentie triste ou peu heureuse*.**
Oui, la plupart du temps
Oui, très souvent
Pas très souvent
Non, pas du tout
9. **Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré*.**
Oui, la plupart du temps
Oui, très souvent
Seulement de temps en temps
Non, jamais
10. **Il m'est arrivé de penser à me faire du mal*.**
Oui, très souvent
Parfois
Presque jamais
Jamais

QUESTIONNAIRE

Bonjour,

Actuellement étudiante en 5^{ème} année du cursus maïeutique à l'école Saint-Antoine à Paris, je réalise pour mon mémoire de fin d'études une **évaluation des pratiques professionnelles sur les complications psychiques du post-partum**.

Les objectifs de cette étude sont :

- Faire un **état des lieux** des **connaissances des professionnels** de santé sur le **baby-blues et la dépression postnatale**.
- **Fournir les outils nécessaires aux professionnels de santé** pour qu'ils puissent ensuite **mieux informer les patientes** pendant la grossesse et le post-partum, **dépister** les situations à risques et les **prendre en charge**.
- Mettre en place une **campagne de prévention** autour de la dépression postnatale.

Vous pouvez participer à cette étude en répondant au questionnaire ci-joint. Ce questionnaire respecte l'anonymat et dure environ 15 minutes.

Cette étude est réalisée sous la direction de madame THARWAT Dahlia, sage-femme, et du docteur TROUSSELARD Marion. Nous vous remercions par avance pour l'aide que vous apporterez à ce travail. Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Bien cordialement.

Laurine Lebossé

laurine.lebosse@hotmail.fr

1^{ère} Partie : Données liées au statut

1) Vous êtes :

- Un homme Une femme

2) Quel est votre d'âge ?

.....

3) Avez-vous déjà eu un enfant ?

- Oui Non

4) Avez-vous vécu personnellement ou votre conjointe une dépression postnatale ?

- Oui Non

5) Vous êtes :

- Sage-femme Interne en gynécologie-obstétrique Gynécologue-obstétricien

6) Si vous êtes sage-femme ou gynécologue-obstétricien depuis quand êtes-vous diplômé ?

- Moins de 5 ans Entre 5 et 10 ans Entre 11 et 15 ans
 Entre 16 et 20 ans Plus de 20 ans

7) Si vous êtes interne en quel semestre êtes-vous ?

.....

8) Dans quel(s) secteur(s) de la maternité avez-vous l'habitude d'exercer ?

- Consultation prénatale PNP Grossesse pathologique Salle de naissance
 Suite de couche Consultation postnatale

9) Dans quel type de maternité exercez-vous en ce moment ?

- Type 1 Type 2 Type 3

10) Avez-vous eu d'autres expériences auparavant ? (Plusieurs réponses possibles)

- Maternité type 1 Maternité type 2 Maternité type 3 Libéral PMI

11) Avez-vous eu une ou des formation(s) complémentaire(s) au cours des dix dernières années ? Si oui, la(les)quelle(s) ?

- Non Oui
-

12) Avez-vous eu une formation en psychologie de la grossesse et du post-partum ? Si oui, combien d'heure(s) ?

- Non Oui
-

2^{ème} partie : Etude des connaissances du baby-blues

13) Quel est le délai d'apparition du baby-blues par rapport à l'accouchement ?

- Moins de 24h Moins de 3 jours 10 jours 1 mois
 2 mois Je ne sais pas

14) Combien de temps dure-t-il habituellement ?

- 48 heures 5 jours 15 jours 1 mois
 1 an Je ne sais pas

15) Quel(s) est (sont) le(s) symptôme(s) ?

- Asthénie Humeur labile Relation à l'enfant perturbée
 Hallucinations Culpabilité Je ne sais pas

16) Quelle est la prise en charge ? (Plusieurs réponses possibles)

- Aucune Réassurance Antidépresseur Prise en charge psychologique
 Prise en charge psychiatrique Je ne sais pas

17) Quelle(s) est (sont) la(les) complication(s) ?

- Aucune Dépression postnatale Dépression
 Altération du lien mère-enfant Je ne sais pas

3^{ème} partie : Etude des connaissances de la dépression postnatale

18) Connaissez-vous la prévalence de la dépression postnatale ?

- Moins de 1% Entre 1 et 5% Entre 5 et 10% Entre 10 et 20%
 Entre 20 et 40% Je ne sais pas

19) A partir de quand survient la dépression postnatale ?

- 24h après 3 jours après 10 jours après 1 mois après
 2 mois après Je ne sais pas

20) Quel est le délai maximal de survenue de la dépression postnatale après l'accouchement ?

- 10 jours 1 mois 6 mois 12 mois
 18 mois Je ne sais pas

21) Quel(s) est(sont) le(s) symptôme(s) ?

- Asthénie Humeur labile Relation à l'enfant perturbée
 Hallucination Culpabilité Je ne sais pas

22) Quelle est la prise en charge ? (Plusieurs réponses possibles)

- Aucune Réassurance Antidépresseur Prise en charge psychologique
 Prise en charge psychiatrique Je ne sais pas

23) Quelle(s) est(sont) la(es) complication(s) ?

- Aucune Syndrome dépressif chronique Psychose puerpérale
 Altération du lien mère-enfant Je ne sais pas

24) Quel est l'outil utilisé pour le dépistage de la DPN ?

- Post-Partum Depression Checklist l'Edinburgh Postnatal Depression Scale
 Score de Lipsitz Echelle de Dépistage de la Dépression en Institution
 Je ne sais pas

25) Quel(s) est(sont) le(s) facteur(s) de risque professionnel(s) ?

- Aucun Le milieu militaire Le milieu hospitalier
 Le milieu agricole Le milieu commercial Je ne sais pas

26) Quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) de risque social (sociaux) ?

- Aucun La précarité Un milieu financier aisé
 Un niveau socio- professionnel bas Je ne sais pas

4^{ème} partie : La prévention

27) Parlez-vous du baby-blues à vos patientes ?

- Jamais De temps en temps Souvent Systématiquement
- Sur demande de la patiente

28) Si oui, quand en parlez-vous ?

- Consultation prénatale PNP Salle de naissance
- Suite de couche Consultation postnatale

29) Parlez-vous de la dépression postnatale à vos patientes ?

- Jamais De temps en temps Souvent Systématiquement
- Sur demande de la patiente

30) Si oui, quand en parlez-vous ?

- Consultation prénatale PNP Salle de naissance
- Suite de couche Consultation postnatale

31) Si vous en parlez à vos patientes est-ce ?

- A toutes vos patientes
- Uniquement aux patientes avec des antécédents psychologiques ou psychiatriques
- Autres :

.....

32) Utilisez-vous un questionnaire pour le dépistage de la dépression postnatale dans le post-partum ?

- Jamais De temps en temps Souvent Systématiquement

33) Durée moyenne que vous prenez pour faire une consultation ?

- 15 minutes 20 minutes 25 minutes 30 minutes
- Plus de 30 minutes

34) Estimez-vous que ce temps soit suffisant pour prendre en charge les patientes ?

- Oui Non

35) Estimez-vous que le fait que la patiente ait la même sage-femme ou médecin tout au long de la grossesse soit bénéfique pour elle ?

- Oui Non

36) Selon vous la grossesse constitue-t-elle un stress psychologique ?

- Oui Non

4^{ème} partie :

Merci de répondre aux questions suivantes uniquement par des mots. Il ne faut pas faire des phrases, ni utiliser de verbe ou de complément. Notez les mots de façon spontanée dans l'ordre qu'ils vous viennent. **Vous n'êtes pas obligé de remplir tous les tirets.**

37) Selon vous, quels sont les obstacles pour la prise en charge de la dépression postnatale ? Distinguez ceux relatifs à votre pratique personnelles et ceux relatifs aux pratiques de service.

Pratique personnelle :

-
-
-
-
-
-

Pratique de service :

-
-
-
-
-
-

38) Selon vous, quels sont les leviers pour la prise en charge de la dépression postnatale ? Distinguez ceux relatifs à votre pratique personnelles et ceux relatifs aux pratiques de service.

Pratique personnelle :

-
-
-
-
-
-

Pratique de service :

-
-
-
-
-
-

39) Quel type de prise en charge proposiez-vous ?

-
-
-
-
-
-

40) Si vous avez été confrontez à un tableau de dépression postnatale quelle(s) difficulté(s) avez-vous rencontré personnellement ?

-
-
-
-
-
-

41) Que diriez-vous de votre formation pour la prise en charge de la dépression postnatale ?

-
-
-
-
-
-

Merci de votre participation !

Annexe VII : Méthodologie des carrés de Vergès

La méthodologie des carrés de Vergès consiste, à considérer des items d'amorçage d'intérêt comme un inducteur des mots/expressions qui viennent à l'esprit du sujet [59]. Elle permet : a) d'accéder rapidement aux éléments qui constituent l'univers sémantique de l'objet étudié, sans avoir comme dans un entretien, à passer par une quantité importante de production discursive. Et b) de regrouper les éléments recueillis par catégories sémantiques, tout en étant conscient que ce regroupement ne peut se réaliser qu'avec une certaine subjectivité du chercheur. Pour limiter la subjectivité de la catégorisation, les analyses ont été réalisées par deux investigateurs séparément avant de confronter les résultats pour ne retenir que les points d'analyse consensuels. Cette analyse qualitative est complétée par la prise en compte du rang d'importance des mots induits par l'item au niveau individuel et de la fréquence de ce mot au niveau du groupe étudié.

Un élément est considéré avec une fréquence forte lorsque celle-ci est supérieure ou égale à la fréquence moyenne de tous les autres éléments. Elle est considérée comme faible lorsqu'elle est inférieure à la fréquence moyenne. Un élément est considéré comme important, lorsqu'il obtient un rang d'importance supérieur ou égal au rang moyen d'importance et est considéré comme faible si son rang est inférieur au rang moyen d'importance. Ce prétraitement (fréquence-importance des mots) permet de hiérarchiser les mots induits par un item pour une population donnée à un temps t et de les regrouper selon 4 typologies (tableau 34).

Tableau 34 : représentation des 4 typologies de l'analyse occurrence/fréquence

		Importance	
		Grande	Faible
Fréquence	Forte	Case 1 NOYAU CENTRAL	Case 2 1re PERIPHERIE
	Faible	Case 3 ELEMENTS CONTRASTES	Case 4 2e PERIPHERIE

Cette méthode a été utilisée pour recueillir le contenu de l'univers représentationnel des professionnels de santé en lien avec leur représentation des leviers et obstacles à la prévention de la DPN. A partir de dix mots/expressions inducteurs impliquant les obstacles et leviers personnels et professionnels pour la prise en charge DPN, l'expérience personnelle (prise en charge et difficultés) et les perceptions des formations sur la DPN, les professionnels devaient exprimer jusqu'à cinq mots ou expressions qui leur venaient spontanément à l'esprit.

GLOSSAIRE

CIM : Classification Internationale des Maladies

DPN : Dépression postnatale

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale

EPNP : Entretien PostNatale Précoce

EPP : Entretien Prénatale Précoce

GABA : Acide Gamma-AminoButyrique

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PPB : Post-Partum Blues

Résumé

Introduction : L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux des connaissances des professionnels de santé sur le baby-blues et la dépression postnatale.

Méthodes : Il s'agissait d'une enquête descriptive, multicentrique, par questionnaire, réalisée du 23 septembre 2019 au 27 décembre 2019 inclus, au sein de six maternités d'Ile de France. La population d'étude comprenait tous les gynécologues-obstétriciens, les internes de cette spécialité et les sages-femmes.

Résultats : Les caractéristiques des troubles psychiques du post-partum sont peu connues des professionnels de santé interrogés ; leurs prises en charge sont cependant mieux connues. Une prévention existe mais elle n'est pas assez généralisée.

Conclusion : Il est nécessaire d'améliorer les connaissances des professionnels pour qu'ils puissent ainsi mieux dépister et prendre en charge ces femmes. Il est important de réaliser une prise en charge pluridisciplinaire des complications psychiques du post-partum.

Abstract

Introduction : The aim of this study was to take stock of the knowledge of health professionals on baby blues and postnatal depression.

Methods : This descriptive study was multicentric and took place between September 23, 2019 to December 27, 2019 included, in six maternity of Ile de France. The studied population included all gynecologists and obstetricians, interns in this specialty and midwives. Data were collected after sharing of a survey form.

Results : Most of respondents failed to give right answer to items about risks factors, prevalence and description of the evaluated postnatal mental diseases. However, the management of this disease is better known.

Conclusion : It's necessary to improve the professionals knowledge and like this they will better detect and care for these women. It's important to provide multidisciplinary management of postpartum psychic complication for improving psychological postnatal prevention.

Mots-clés : Dépression postnatale, formation, prévention/dépistage, professionnels de la périnatalité

Nombre de pages : 46

Nombre d'annexes : 7

Nombre de références bibliographique : 63