



HAL
open science

Prévention de la dépression post-natale. Dépister en consultations prénatales : entretiens auprès des sages-femmes et obstétriciens

Céline Braha

► **To cite this version:**

Céline Braha. Prévention de la dépression post-natale. Dépister en consultations prénatales : entretiens auprès des sages-femmes et obstétriciens. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00618381

HAL Id: dumas-00618381

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00618381>

Submitted on 1 Sep 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Liens

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELLOCQUE

Groupe Hospitalier Cochin – Saint-Vincent de Paul

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le 8 Avril 2011

par

Céline BRAHA

Née le 31/03/1987

Prévention de la dépression post-natale**Dépister en consultations prénatales : entretiens auprès
des sages-femmes et obstétriciens****DIRECTEURS DU MEMOIRE :****Dr DEBOURG Alain**

Psychiatre, Hôpital du Vésinet

Mme FRESSON Sylvie

Sage-femme cadre, Hôpital du Vésinet

JURY :**Mr le Professeur CABROL Dominique**

Chef de service, Maternité de Port-Royal

Mme DUQUENOIS Sylvie

Sage-femme guidante, ESF Baudelocque

Mme MESNIL-GASPAROVIC Nicole

Sage-femme enseignante, ESF Baudelocque

Mme NOTO Simone

Psychologue, Hôpital Necker

Mme WETZEL-DAVID Prisca

Sage-femme, Paris

N° du mémoire : 2011PA05MA06

Je tiens à remercier,

Madame Sylvie Fresson ainsi que le Docteur Debourg pour avoir accepté de diriger ce mémoire mais également pour m'avoir encouragé tout au long de ce travail.

Madame Sylvie Duquenois pour ses précieux conseils, sa disponibilité et sa bienveillance.

Les professionnels de Port-Royal et St Vincent de Paul ayant accepté de participer à mon étude, pour m'avoir accordé du temps et transmis leurs savoirs.

Les psychologues de Port-Royal et St Vincent de Paul pour leurs conseils.

Tous ces professionnels qui m'ont suivi de près comme de loin.

Monsieur le Pr Cabrol ainsi que l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sage-femme de Baudelocque pour son enseignement au cours de ces quatre années.

Ma famille pour être présente en toutes circonstances.

Ma sœur Sonia pour l'intérêt qu'elle porte à ce mémoire.

Mes amis qui me donnent beaucoup de force pour avancer.

Sans oublier la promotion et tout particulièrement : Amandine, Caroline, Julia, Lucie, Marion, Melina, Myrtille, Sandrine, Sophie qui m'ont donné beaucoup de bonheur pendant ces quatre années.

Glossaire

EPDS : Echelle postnatale d'Edimbourg

DAD-P : Dépistage anténatal du risque de dépression du post-partum

DPP : Dépression du post-partum

ISRS : Inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine

ONED : observatoire national de l'enfance en danger

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

TC : Tricyclique

TSPT : Trouble de stress post-traumatique

Table des matières

Liste des tableaux et figures.....	8
Liste des annexes.....	9
Introduction.....	10
Première partie Cadre conceptuel.....	12
1. Présentation générale sur la dépression du post-partum.....	12
1.1. <i>Historique</i>	12
1.2. <i>Définition de la dépression post-natale (DPP)</i>	13
1.2.1. Epidémiologie	14
1.2.2. Tableaux cliniques	14
1.2.3. Facteurs étiologiques	15
1.2.4. Evolution	16
1.2.5. Traitements	16
1.3. <i>Diagnostiques différentiels</i>	19
1.3.1. Le blues du post-partum ou « baby blues »	19
1.3.2. La psychose puerpérale	21
1.3.3. Le trouble de stress post-traumatique (TSPT)	23
1.4. <i>La théorie de l'attachement</i>	24
1.5. <i>Les conséquences de la dépression du post-partum</i>	24
1.5.1. Sur le couple	24
1.5.2. Sur la relation mère-enfant	24
1.5.2.1. Sur l'enfant.....	26
1.6. <i>Facteurs de risque prédictifs de DPP visibles en pré-partum</i>	27
2. Prévention et dépression post-natale	29
2.1. <i>Définitions selon l'OMS</i>	29
2.2. <i>L'entretien du 4^{ème} mois</i>	29
2.2.1. Textes de références	30
2.2.2. Objectifs	30
2.3. <i>Outil de dépistage : l'EPDS en post-partum</i>	31
Deuxième partie Etude.....	33
1. Problématique.....	33
2. Hypothèses et objectifs.....	33
3. Méthodologie de l'étude.....	34
3.1. <i>Les entretiens semi-directifs</i>	35
3.1.1. Le premier entretien	36
3.1.2. Le second entretien.....	37

3.2.	<i>Le test de dépistage : le Dépistage Anténatal du risque de Dépression du Post-partum (DAD-P)</i>	37
3.2.1.	Validation et présentation du test	37
3.2.2.	Objectifs du DAD-P	38
3.2.3.	Recommandations pour la pratique clinique	39
4.	Résultats de l'étude	40
4.1.	<i>Premier thème : la formation des professionnels</i>	40
4.1.1.	La formation initiale	40
4.1.2.	La formation continue	41
4.1.3.	Les facteurs de risque et symptômes relevés comme prédictifs de dépression... ..	42
4.1.4.	Les raisons d'orientations des patientes vers les psychologues	45
4.1.5.	Le Staff Médico-Psycho-Social (staff MPS)	47
4.2.	<i>Deuxième thème : Les outils dont disposent les professionnels</i>	48
4.2.1.	Le temps de consultation	48
4.2.2.	Le dossier obstétrical	52
4.2.3.	Opinion concernant l'entretien du 4 ^{ème} mois.....	55
4.3.	<i>Troisième thème : Introduction du DAD-P en consultation</i>	57
4.4.	<i>Entretiens après la mise en place du DAD-P</i>	58
4.4.1.	Professionnels ayant utilisé le DAD-P	59
4.4.2.	Partie commune de l'entretien	63
5.	Analyse et discussion de l'étude	65
5.1.1.	Formation initiale comme première obstacle à la sensibilisation des professionnels	66
5.1.2.	Sécurité professionnelle et collaboration médico-psychologique : écouter, jusqu'où ?	70
5.2.1.	Une entrave au dépistage : le facteur temps	73
5.2.2.	Le dossier médical : des avis partagés	74
5.3.1.	Analyse de la population ayant utilisé le DAD-P	75
5.3.2.	Un support objectif	76
5.3.3.	Une alternative à l'entretien du 4 ^{ème} mois	78
6.	Propositions	79
6.1.1.	La formation initiale	79
6.1.2.	La formation continue	80
6.2.1.	La Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP)	81
6.2.2.	Les consultations prénatales	82
6.3.1.	Les suites de couches	82
6.3.2.	La consultation post-natale.....	82
6.3.3.	La PNP en post-partum : une solution ?	82

6.3.4. Un staff à distance de l'accouchement : une possibilité de retours sur les dépressions post-natales	83
Conclusion.....	84
Bibliographie.....	86
Annexes.....	91

Liste des tableaux et figures

Figure 1 : Répartition des professionnels inclus dans l'étude.....	35
Figure 2 : Les facteurs de risque prédictifs de DPP	43
Figure 3 : Les symptômes dépressifs cités par les professionnels.....	44
Figure 4 : Les différentes raisons d'orientation vers un psychologue citées par les professionnels de santé interrogés	46
Figure 5 : Le pourcentage de participants au staff MPS.....	47
Figure 6 : Le temps moyen de consultation (hors première consultation).	48
Figure 7 : Le temps moyen de la première consultation	49
Figure 8 : Les raisons du dépassement du temps de consultation.....	51
Figure 9 : Pourcentage de professionnels remplissant les données psychologiques dans le dossier AUDIPOG.....	52
Figure 10 : Pourcentage des participants définissant le dossier obstétrical comme adéquat	54
Figure 11 : Les différentes notions abordées par les praticiens	56
Figure 12 : Pourcentage de professionnels ayant utilisé le test de dépistage au terme de trois mois d'expérimentation.....	58
Figure 13 : Raisons pour lesquelles les praticiens n'ont pas utilisé le test	59
Tableau 1 : Propriétés psychométriques du DAD-P (version dépistage large).....	38

Liste des annexes

Annexe 1 : le Dépistage Anténatal du risque de Dépression du Post-partum (DAD-P) (dépistage large)	91
Annexe 2 : Trame Entretien n°1 (avant la mise en place du test de dépistage)	93
Annexe 3 : Fiche récapitulative des facteurs de risque prédictif de DPP	95
Annexe 4 : Trame Entretien n°2 (après la mise en place du test de dépistage)	96
Annexe 5 : L'Echelle Postnatale d'Edimbourg (EPDS)	98
Annexe 6 : Outil pour l'entretien du 1 ^{er} Trimestre et fiche des facteurs de risque que propose l'HAS aux professionnels de santé	101
Annexe 7 : arbre décisionnel en fonction du résultat du DAD-P	102

Introduction

Depuis les années quatre-vingts, la dépression du post-partum fait l'objet de nombreuses études. Celles-ci montrent que sa prévalence est importante puisqu'elle concerne près de 20% des femmes ayant accouché : ce problème relève donc de la santé publique. Il a été largement démontré que cette maladie pouvait affecter l'état psychologique de la mère, porter atteinte au couple, avoir des conséquences néfastes sur les relations mère-enfant au risque de perturber le développement psychologique de celui-ci. Il semble indispensable de repérer chez les mères l'existence d'un tel trouble et de façon la plus précoce possible. Cependant, la question du dépistage pose encore problème, aussi bien pour la femme qui peut ignorer sa dépression et dissimuler sa souffrance par crainte d'être jugée de « mauvaise mère » mais également de la part des professionnels de santé pour lesquels le domaine psychologique peut s'avérer obscur pour plusieurs raisons que nous tenterons d'explicitier tout au long de ce travail.

Deux pics de prévalence ont été décrits concernant l'apparition de la dépression post-natale, l'un dans les six à huit semaines après l'accouchement et l'autre entre le neuvième et le quinzième mois. Afin de prévenir sa survenue, l'HAS recommande qu'au cours de la consultation post-natale, soient recherchés des signes évoquant une dépression. Cependant, Les études rétrospectives notent que chez les 10 à 20% des femmes qui souffrent de dépression du post-partum, 40 % souffraient de manifestations dépressives pendant la grossesse, une prévention primaire en amont de l'accouchement serait donc possible, au cours des consultations prénatales. Les sages-femmes et obstétriciens suivant ces femmes sont les principaux acteurs de cette prévention de première ligne. Tout au long de ce travail, nous nous sommes placés du côté des professionnels en essayant de comprendre quelles étaient les principales ressources dont ils disposaient pour ce dépistage, mais également les principales limites qui s'imposaient à eux.

Dans une première partie, nous rappellerons les principales pathologies psychiatriques pouvant survenir en maternité, en insistant tout particulièrement sur la dépression post-natale. De plus, la notion de prévention sera abordée. Les résultats de notre étude faite par entretiens semi-directifs, seront exposés en deuxième partie pour enfin être analysés et discutés dans en troisième point.

Finissons notre introduction sur la définition de la santé par l’OMS « La santé est un état de complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Première partie

Cadre conceptuel

1. Présentation générale sur la dépression du post-partum

1.1. Historique

Dans la vie d'une femme, la maternité peut être vécue comme l'un des événements le plus heureux de l'existence mais peut également être l'occasion possible de voir émerger certains troubles psychiatriques. Le fait est connu depuis toujours, Hippocrate le signalait déjà. (1)

Au 19^{ème} siècle, Esquirol, célèbre psychiatre français, décrit ces troubles en écrivant, dans *De la manie*, « des états d'agitation maniaque dont le modèle est l'état d'agitation physique et psychique maniaque post-puerpéral ». (2)

Dès 1839, Esquirol constatait aussi que "beaucoup de femmes ont des maladies mentales sévères secondaires à une naissance et ne reçoivent aucun soin psychiatrique": le problème étant qu'elles n'étaient pas dépistées.

En 1858, Marcé, sous la direction d'Esquirol publia sa thèse « Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices" qui décrivait pour la première fois toute la psychiatrie péri obstétricale. (3)

Ensuite, pendant près de 100 ans, il y aura peu de publications concernant la psychiatrie périnatale ; en effet, durant cette période, la médecine se penchera sur les psychoses aiguës sévères plutôt que sur les « simples troubles du post-partum ».

C'est au début du 20^{ème} siècle que les médecins accoucheurs décrivent l'apparition d'un état apparaissant précocement et qui prendra le nom de « dysphorie du 3^{ème} jour ».

Cet état sera par la suite considéré comme physiologique car affectant un grand nombre de femmes : on parle ici d'un « trouble de l'humeur », tout à fait transitoire.

Dans les années 1970, se mettent en place des collaborations entre obstétriciens et personnels psychiatriques : la santé mentale des accouchées devient un sujet

multidisciplinaire. Ce travail de groupe aboutit à la notion de « dépression post-natale atypique » qui toucherait près de 11% des mères. Parallèlement, aux Etats-Unis, des psychiatres décrivent une pathologie ayant un tableau clinique très proche de celui décrit en France : « le post-partum blues ». Une véritable confusion s'installe entre les deux pathologies.

Fin des années 1970, E. Papiernik ainsi que M. Bydlowski parlent de « névrose traumatique post-obstétricale », pathologie, tout à fait particulière, caractérisée par une dépression et des ruminations, qui se mettrait en place à la suite d'un accouchement traumatique mais dont la symptomatologie n'apparaîtrait que lors d'une nouvelle grossesse à la suite de la réactivation de certains éléments marquants.

La période du post-partum est une période à risque pour l'émergence de pathologies psychiatriques, et tranche avec la protection relative vis-à-vis des maladies mentales décrite pendant la période de la grossesse (Lemperière, 1984 ; Heim, 1995). Parmi ces troubles psychiatriques, nous pouvons schématiquement opposer les troubles aigus de type psychose puerpérale, aux troubles plus insidieux de type dépressif.

Nous les détaillerons par la suite.

1.2. Définition de la dépression post-natale (DPP)

D'après la définition du DSM IV, célèbre manuel de classification des troubles mentaux, les troubles de l'humeur « avec un début dans le post-partum » peuvent s'appliquer à la fois :

- A l'épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte d'un trouble dépressif majeur
- A un trouble bipolaire
- A un trouble psychotique bref (4)

1.2.1. Epidémiologie

Les dépressions du post-partum représentent un véritable problème de santé publique concernant 10 à 20% des accouchées, et pouvant survenir à tout moment dans l'année suivant la naissance de l'enfant. (5), (6), (7), (8), (9)

Deux pics de fréquence ont été observés : les 4 et 6 premières semaines puis entre le 9^{ème} et le 15^{ème} mois qui suivent la naissance. (2), (10)

Elles ne sont pas souvent reconnues par la mère ainsi que par l'entourage, car la naissance d'un enfant est par définition un évènement heureux.

Cette pathologie a un retentissement négatif sur la dyade mère-enfant mais également sur la relation de couple. (8), (11)

1.2.2. Tableaux cliniques

La symptomatologie de la dépression post-natale associée, à un degré plus ou moins important, les signes classiques de dépression.

Il n'existe pas de symptomatologie bien définie, nous pouvons aussi bien rencontrer des épisodes de simple dysphorie que des tableaux de mélancolie délirante.

Le début est le plus souvent insidieux et apparaît généralement après une phase de latence de durée variable. (13), (2)

En règle générale, on y retrouve :

- Une asthénie avec des troubles du sommeil; (2), (6), (10), (12), (14)
- Une labilité de l'humeur avec irritabilité et une aggravation symptomatique le soir (2), (6), (12), (13)
- Les soins prodigués à l'enfant sont réalisés sans plaisir (2), (10), (12), (14)
- Anxiété fréquente déplacée vers le bébé (14)
- Une culpabilité avec des auto-accusations en relation avec l'enfant : une impression de « ne pas remplir les fonctions maternelles » (2), (10), (12), (14)
- Un sentiment d'incapacité avec une perte d'estime de soi. (10), (14)
- La mère a des difficultés à exprimer ce qu'elle ressent. (14)
- Rares idées suicidaires (2), (14)
- Il peut exister des phobies d'impulsion (2), (10), (13), (15) ce qui entraîne la

mise à distance de l'enfant et donc un appauvrissement des contacts.

- Si la patiente exprime son mal être, elle ne l'exprimera, le plus souvent, qu'à travers des plaintes somatiques comme l'insomnie, une prise ou perte de poids, des céphalées, une asthénie, des douleurs. (6)

Il est de notre devoir de démasquer ces plaintes si la patiente n'en parle pas d'elle-même.

La consultation post-natale, qui a lieu 6 à 8 semaines après l'accouchement correspondant au 1^{er} pic de dépression du post-partum, peut être une bonne occasion de l'écouter et de l'interroger.

Il est également possible d'intégrer à cette consultation un test de dépistage de la DPP par l'Echelle Postnatale d'Edimbourg (EPDS), grille validée à cet effet. (8)

Ces symptômes sont, en règle général, minimisés par la patiente par peur de décevoir l'entourage. (11)

Le problème étant que ces troubles peuvent être également sous-estimés par les professionnels de santé entourant la femme dans l'année suivant l'accouchement. D'après la littérature, environ 50% de ces dépressions ne sont pas reconnues par le médecin généraliste ou autres professionnels. (11)

Il est également à noter que dans environ 30% des cas, la dépression du post-partum a débuté durant la grossesse et pouvait, de ce fait, être dépistée. (2)

Il est possible de faire le diagnostic à travers la relation mère-enfant : cette forme de pathologie pouvant s'exprimer à travers des craintes au sujet de l'enfant mais également des consultations pédiatriques répétées, sans qu'il n'y ait de motifs valables. (12)

1.2.3. Facteurs étiologiques

Les facteurs déclenchants peuvent s'inclure et interagir dans un modèle complexe, dit bio-psycho-social des DPP: la cause exacte de la dépression post-partum est inconnue, il n'existe donc pas d'élément déclencheur unique. (6), (16)

Les facteurs de risque prédictifs d'une future dépression ainsi que certains symptômes pouvant être déjà présents lors des consultations prénatales seront détaillés par la suite.

1.2.4. Evolution

Leur évolution est traînante. (14)

Un an après l'accouchement, 50 % des femmes atteintes de DPP ne sont pas guéries, avec le risque que certaines développent par la suite un trouble dépressif chronique ou récurrent. (7)

Cependant, l'évolution peut se faire vers la résolution spontanée après 3 à 6 mois avec des récurrences en dehors du contexte puerpéral et un risque de retentissement sur les interactions mère- enfant ainsi que sur le développement de l'enfant. (10).

D'après Dr Poinso, psychiatre, cette affection représenterait une menace pour la fonction maternelle, grevant ainsi les possibilités de *holding* dans le sens général que lui donne Winnicott (1975). De plus, il semble que du côté des soignants, le *holding* que l'on peut offrir aux mères est également mis en défaut, entre une stigmatisation d'une part, ou une dénégation et banalisation d'autre part.

On estime le risque de récurrence d'une dépression postnatale maternelle lors d'une grossesse suivante à 30 % et hors grossesse, le risque dépressif serait d'environ 50 %, rejoignant le risque habituel, après un premier épisode dépressif. (2), (13)

Il semble donc indispensable de connaître les antécédents des patientes afin d'optimiser la prise en charge tout au long de sa grossesse et dans les suites de couches.

Les femmes dans cette situation devraient en discuter avec leur médecin afin de recevoir des traitements adéquats le cas échéant.

1.2.5. Traitements

A la suite des travaux de Racamier, « l'introduction de l'enfant dans le champ thérapeutique » a été préconisée.

Le traitement des troubles anxiodépressifs caractérisés lors de la période périnatale repose sur l'usage de méthodes psychothérapeutiques auxquelles il peut être utile et parfois nécessaire d'adjoindre la prescription de psychotropes.

Le traitement de l'état dépressif associe :

1.2.5.1. Moyens thérapeutiques médicamenteux : chimiothérapie

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont le premier choix de traitement par antidépresseurs chez la femme enceinte ou allaitante car ils sont sécuritaires, bien documentés, causent peu d'effets indésirables et ont peu d'interactions.

Concernant les antidépresseurs, les tricycliques (TC), peuvent également être prescrit durant la grossesse et dans le post-partum. (17), (18)

Pour une patiente sous traitement antidépresseurs qui désire allaiter : les antidépresseurs appartiennent à la classe de psychotropes la plus étudiée pendant la période de l'allaitement.

Plusieurs études ont montré que les taux plasmatiques néonataux étaient souvent nuls ou indétectables avec les médicaments suivants : nortriptyline (appartenant au TC), paroxétine utilisable après 10 semaines d'aménorrhée selon le CRAT (ISRS), sertraline.

Avec la fluoxétine (ISRS) ou encore la clomipramine (TC), des complications ont été retrouvées chez le nouveau-né : problèmes digestifs à type de coliques, mais également des probables syndromes de sevrage. (18)

Les anxiolytiques sont également donnés.

1.2.5.2. Moyens thérapeutiques non médicamenteux

- Psychothérapie mère-enfant

Historiquement, René Spitz a effectué, dans les années 1940, des travaux concernant la dépression chez le nourrisson. Ces études ont révélé la nécessité d'une prise en charge précoce.

Certains auteurs, comme Milgrom ou encore Cramer ont mis au point des protocoles thérapeutiques spécifiques incluant les relations père/mère/enfant. Les traitements peuvent être d'une durée variable de six mois à plusieurs années avec fréquemment

un premier temps où père, mère et bébé viennent aux séances ensemble, avec parfois mère et bébé seuls et parfois père et bébé seuls, puis un deuxième temps où le bébé guéri disparaît des séances. (18)

- Un soutien psycho-social dans le cadre d'un travail en réseau entre la maternité, la PMI, les services sociaux, les services de psychiatrie (enfant et adulte).

Ces interventions réalisées par un professionnel de santé comme une sage-femme, une infirmière ou encore une psychologue représentent un complément à la psychothérapie ou encore à l'utilisation de psychotropes.

En effet, « utilisées seules » elles n'ont pas démontré leur efficacité sur les troubles dépressifs caractérisés du pré- ou post-partum, ni à titre thérapeutique ni même à titre de prévention. (18)

Elles pourraient toutefois faire preuve de leur efficacité préventive dans certains cas :

- Ciblées sur des sujets à risque,
- En continuité dans le pré- et post-partum,
- Avec un rythme soutenu,
- Notion de personne « référente »(18)

Les entretiens dits « de prévention » apportent une écoute et un soutien bienveillant et apaisant, pouvant ainsi permettre de créer un lien, un sentiment rassurant de familiarité rendant plus facile l'acceptation de visites au domicile, qui en général ne sont guère vécues comme « intrusives » par les mères. (7)

- Une hospitalisation en milieu spécialisé si nécessaire et si possible en hospitalisation conjointe : les unités d'hospitalisation mère-enfant

Dans les années 1950, Main et Douglas expérimentent les premières hospitalisations mère-enfant pour des mères atteintes de maladies psychiatriques.

Dix ans plus tard, Baker crée au Royaume-Uni la première unité mère-enfant comprenant huit lits et compare l'évolution d'un groupe de mères hospitalisées sans enfant avec un groupe de mères hospitalisées avec leur enfant : ces femmes étant hospitalisées pour les mêmes pathologies.

Les résultats de cette étude sont concluants : les femmes hospitalisées en unité mère-enfant ont une durée moyenne d'hospitalisation raccourcie et des rechutes à six mois moins fréquentes.

En France, c'est en 1979 que la première unité mère-enfant a vu le jour, à Créteil, dans un service de pédopsychiatrie, avec 4 lits de mères et 4 berceaux. (18)

Les hospitalisations mère-enfant appelées les unités mère-bébé (UMB) accueillent conjointement des nourrissons avec leurs mères dont le trouble psychique actuelle ou ancien (psychose puerpérale, dépression postnatale, pathologies psychotiques chroniques, troubles graves de la personnalité...) risque de fragiliser l'établissement des premiers liens et, par conséquent, de mettre en jeu le développement psychoaffectif du bébé.

Les demandes d'hospitalisation mère-bébé peuvent provenir de différents protagonistes : la mère elle-même, la famille, le secteur psychiatrique, le service d'obstétrique, les réseaux médicosociaux.

Il est essentiel de préciser que l'hospitalisation mère-enfant est un outil de soin et de prévention. L'accueil en UMB doit s'inscrire dans un projet global de soins, et « ne prend sens qu'articulé aux autres dispositifs de soin et de prévention organisés autour de la famille et du bébé ». (19), (20)

L'administration d'un traitement, dans certaines formes, s'avère indispensable. En effet, sous traitements, nous observons 70% de guérison définitive en quelques semaines ou quelques mois. Il est rare de voir évoluer ce trouble en une psychose maniaco-dépressive.

1.3. Diagnostics différentiels

1.3.1. Le blues du post-partum ou « baby blues »

1.3.1.1. Epidémiologie

Sa prévalence se situe entre 50 et 80 %.(21), (22)

1.3.1.2. Tableau clinique

Historiquement nommé « syndrome du 3^{ème} jour », il est caractérisé par sa survenue précoce (au 2^{ème}- 5^{ème} jour). (13), (22)

Il n'est pas pathologique au sens strict du terme, en effet, sa grande fréquence ainsi que sa bénignité plaident en faveur de la normalité du phénomène. (21), (23)

Il s'agit de manifestations psychiques et somatiques mineures, contemporaines de la montée laiteuse et en principe transitoires. (6), (22)

Sa symptomatologie, bien connue du milieu obstétrical, se définit par :

- Une grande tristesse, des crises de larmes brutales, on parle « d'humeur labile » (1), (6), (10), (21), (22), (23), (24), (25), (26)
- Une anxiété (6), (10), (22), (24)
- Des difficultés à dormir peuvent être relevées ; cependant, les troubles du sommeil sont difficiles à mettre en évidence car le sommeil en post-partum est généralement perturbé (10), (22)
- Une irritabilité envers l'entourage peut être perçue (10), (22), (24)
- Des plaintes somatiques sont également rapportées (10), (22)
- Un sentiment d'incapacité à s'occuper du nourrisson (6), (10)

1.3.1.3. Facteurs étiologiques

Commun à tous les troubles psychiques, une conjonction de facteurs à la fois somatiques mais surtout psychologiques doit être envisagée :

- Chute des hormones (24), (27)
- Epuisement de l'accouchement,
- Deuil de « l'enfant imaginaire » et rencontre avec l'enfant réel,
- Sentiment de ne plus être « au centre » des préoccupations au profit de l'enfant,
- Ainsi que la prise de conscience des responsabilités accrues de la maternité. (26), (28)

Aucun rôle spécifique n'a pu être attribué à une substance particulière (hormone thyroïdienne, œstradiol, progestérone.). Au total, les mécanismes biologiques qui

sous-tendraient le blues sont encore imparfaitement connus malgré les nombreuses études effectuées. (1)

1.3.1.4. Facteurs culturels

La fréquence du baby blues est sensiblement la même dans les différents pays du monde. (29)

1.3.1.5. Evolution

Son évolution est favorable en quelques heures à quelques jours sans traitement spécifique. Seul un accompagnement par le personnel de la maternité ainsi que le support de l'entourage maternelle sont préconisés. (10), (22)

Cependant, un baby blues qui se poursuit au-delà de 10 jours nécessite une surveillance particulière car il peut révéler une dépression précoce du post-partum sans pour autant affirmer qu'il en est un précurseur. (22)

En effet, la présence d'un baby blues n'est pas prédictive d'une dépression. En revanche, sa durée et son intensité le sont. (12)

1.3.2. La psychose puerpérale

1.3.2.1. Epidémiologie

La notion de psychose puerpérale est reconnue par les cliniciens français qui soulignent sa spécificité, il n'en est pas de même dans les nosographies étrangères. (1)

Ce terme définit « un ensemble de manifestations délirantes aiguës associées à une modification brutale de l'humeur », il apparaît typiquement dans les 15 jours qui suivent l'accouchement. (1), (13)

Cette pathologie est rare, touchant environ 1 à 2 femmes pour 1000 accouchements. (6), (10)

1.3.2.2. Tableau clinique

Cette pathologie est parfois précédée de prodromes :

- Des crises d'angoisse, forte anxiété, (6), (10)

- Crises de larmes, (10)
- Des troubles du sommeil, cauchemars, agitation nocturne. (10), (31)

Sa symptomatologie se rapproche de celle d'une « bouffée délirante » et est souvent accompagnée d'une angoisse extrême.

Les thèmes délirants sont focalisés sur un déni de la maternité, de l'accouchement ainsi que de l'enfant. (10)

1.3.2.3. Facteurs de risque

Cinquante à soixante pour cent des psychoses puerpérales sont des primipares et près de 50% ont eu des complications obstétricales. (1)

De plus, nous retrouvons comme facteurs de vulnérabilité :

- Age supérieur à 30 ans, (6), (10)
- Primiparité : la majorité (jusqu'à 70%) des psychoses surviennent chez des primipares, (2), (6), (10)
- Accouchement difficile, complications obstétricales, (2), (6), (10)
- Antécédent personnel d'accès psychotique aigu ou bouffée délirante, (2), (6), (10)
- Antécédent familial de schizophrénie, (2), (6), (10)
- Mauvaise situation socio-économique, (6), (10)
- Environ 75 % des sujets présenteraient, dès la grossesse, des manifestations anxiodépressives (contre 25 % des témoins). (2)

Il est important de rappeler que, selon les auteurs, 15 à 30% des mères atteintes d'un trouble bipolaire ont eu leur premier épisode en post-partum, à la suite du premier accouchement. (6), (10)

1.3.2.4. Evolution

Les psychoses puerpérales représentent une véritable urgence psychiatrique. Une majorité de ces épisodes aigus pourrait se rattacher à l'émergence de troubles maniaco-dépressifs chez des femmes jeunes. (1), (6), (31)

Si le danger initial est grand, pour la mère comme pour l'enfant (infanticide, suicide..), le pronostic de l'épisode lui-même est bon en quelques mois, mais la réelle question reste celle du maintien du lien mère-nourrisson malgré l'hospitalisation de la mère,

afin de prévenir des troubles graves de l'attachement. (31)

Le pronostic maternel à long terme est favorable ; cependant nous pouvons dégager plusieurs évolutions possibles :

- Le plus fréquent : absence de troubles par la suite (40 à 50%) avec une rechute en post-partum pour les grossesses futures (20 à 30%). (6)
- Egalement fréquent : l'apparition de troubles bipolaires (environ 20 %). (6)
- Evolution vers la schizophrénie rare. (1)

Cette pathologie doit nécessiter l'institution d'un traitement alliant un neuroleptique à un antidépresseur. En effet, sans traitement, la psychose puerpérale peut évoluer vers la chronicité et des risques de suicide et d'infanticide sont à craindre. (13)

La prévention des récurrences doit se faire de deux façons :

- Conseiller la patiente d'attendre avant de faire un autre enfant, le temps que s'instaure une relation suffisamment stable avec le premier,
- Il est parfois préférable d'hospitaliser systématiquement la mère et son bébé en unité mère-bébé lors de la prochaine grossesse. (6)

1.3.3. Le trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Le stress post-traumatique est un sujet très débattu: en effet, il est difficile de faire la distinction entre la réactivation de traumatismes et le vécu de l'accouchement.

D'après la définition du TSPT selon le DSM IV : il est décrit comme « un événement au cours duquel le sujet a, soit été témoin de la mort ou de la grave blessure d'un individu ; soit, a été menacé lui-même de mort ou de grave blessure ; soit son intégrité physique a été menacée. Cet événement aura été suivi de réactions de « peur intense, d'impuissance ou d'horreur ».

En effet, il y aurait deux facteurs fréquents dans l'accouchement qui le rendrait potentiellement traumatisant: une douleur extrême et le sentiment de perte de contrôle. (32)

La qualification ainsi que la reconnaissance de l'accouchement en tant qu'évènement pouvant être traumatique est récente. Peu d'études se sont encore intéressées à la prise en charge possible du trouble.

1.4. La théorie de l'attachement

Selon Bowlby, la théorie de l'attachement porte sur les relations affectives et plus spécifiquement concerne ce besoin de sécurité inhérent à l'Homme.

Bowlby élabore sa théorie à partir du lien mère-enfant : l'attachement procure l'apaisement et le sentiment de sécurité, ce dernier étant indispensable pour se construire et s'éloigner par la suite.

De plus, il décrit « l'attachement » comme faisant partie des besoins primaires : de même qu'il doit s'alimenter pour grandir, le bébé doit, pour se développer et explorer le monde, pouvoir trouver sécurité et réconfort par un lien privilégié avec l'adulte. (33) Il avance que les bébés développent des stratégies adaptatives différentes selon la manière dont nous en prenons soin. Un attachement dit « sécure » (le mot vient de l'anglais) avec la mère minimisera par la suite les troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent, contrairement à l'inverse de l'attachement « insécure ».

La théorie de l'attachement est devenue centrale dans le développement de la pédopsychiatrie. Les travaux ultérieurs ont montré que le père ou toute autre personne pouvait prendre soin du bébé et le sécuriser. (34)

1.5. Les conséquences de la dépression du post-partum

1.5.1. Sur le couple

Un lien entre dépression maternelle et discordance au sein du couple a été retrouvé mais également un risque plus important que le conjoint développe une dépression à son tour. (35)

1.5.2. Sur la relation mère-enfant

D'après Shore : « Les premières relations que les nourrissons développent avec leurs partenaires privilégiés et principalement leur mère sont les bases du

développement d'une personnalité unique, avec ses capacités adaptatives comme ses vulnérabilités et ses résistances contre les formes particulières de pathologies futures. »

Certains auteurs ont mis en évidence le fait que, d'une façon générale, le point commun entre toutes ces femmes est qu'elles exprimaient tristesse, désintérêt et irritabilité : c'est la raison pour laquelle un grand nombre de dépressions est repéré à travers un dysfonctionnement du lien mère- enfant et donc principalement par les pédiatres.

Dans la relation instaurée entre les deux acteurs de cette dyade, les mères dépressives se différencient des mères non dépressives par certains de leurs comportements.

Cependant, il existe une grande variabilité dans les « profils interactifs » des mères dépressives, rendant difficile la mise en lumière d'une symptomatologie commune contrairement aux mères non dépressives qui présentent entre elles plus de points communs dans leurs interactions avec le bébé. (11)

La diversité des types d'interactions des mères dépressives peut être expliquée par la diversité des profils dépressifs.

Malgré ces différences, Cohn et al ont pu dégager quatre profils distincts :

- La mère fuyant l'interaction : on parle alors de profil « désengagé »,
- La mère agressive, en colère et hyper stimulante : on parle de profil « intrusif ».
- La mère adopte une attitude de jeu : on parle alors de profil « positif »,
- Un dernier qui regroupe les 3 catégories que l'on appelle « mixte ».

Dans ce cas, la dépression du post-partum serait l'étiologie d'un dysfonctionnement du lien mère-enfant.

Cependant, certains auteurs partent du principe que la dépression est une conséquence du dysfonctionnement relationnel mère-enfant. En règle générale, les mères dépressives décrivent leur enfant comme « plus difficiles » que les mères non dépressives. Murray a montré que l'immatricité motrice et une irritabilité accrue des nouveau-nés (de ce fait difficiles à contenir par leur mère) ont un effet dépressogène sur celles-ci, indépendamment de tout autre facteur de risque.

Si l'attachement est de mauvaise qualité, l'enfant sera « insécure » et pourra présenter des troubles du sommeil, de l'alimentation, une grande nervosité ainsi qu'une angoisse de séparation importante.

Nous rejoignons le point de vue de Golse, qui définit « les dépressions maternelles non pas seulement du côté de la mère, mais comme un véritable désordre de la relation mère-enfant, désordre à fondement interactif et servant de point d'encrage au concept de psychiatrie périnatale. ».

1.5.2.1. Sur l'enfant

Les études de l'ONED confirment que la principale cause de placement des enfants réside dans les troubles psychiatriques maternels.

Les conséquences de la dépression sur l'adolescent et l'adulte sont très difficiles à mettre en évidence objectivement ; cependant nous connaissons l'importance des premières années de vie dans la construction de l'identité. (1)

D'après la littérature, plusieurs caractéristiques peuvent se retrouver chez un enfant ou adolescent de mère déprimée :

- Dépression
- Troubles de l'humeur
- Troubles anxieux
- Troubles du comportement
- Difficultés scolaires
- Troubles de l'attention
- Personnalité pathologique

Une étude menée auprès d'enfants de mères dépressives, âgés de 18 mois, affirme qu'aucun n'a développé de troubles intellectuels ou relationnels sérieux. Ils présentaient, cependant, des différences significatives par rapport aux enfants de mères non déprimées: se montrant plus évitants, se livrant à moins d'interactions à distance, d'échanges vocaux et visuels; moins souvent souriants; ayant une capacité d'attention moins soutenue et avec un certain retard dans l'expression verbale.

Une étude longitudinale, menée par Lynn Murray, sur des enfants plus âgés est

toutefois plus négative. Elle a ainsi montré que des enfants de femmes qui avaient été déprimées après la naissance présentaient non seulement une insécurité d'attachement plus importante que les bébés de mères non déprimées, mais un risque plus important de perturbations émotionnelles et cognitives : "Une mère dépressive instaure des interactions pathogènes avec son nourrisson or, même s'il est peut-être excessif de parler de période sensible, la qualité des premiers échanges mère-bébé est posée comme primordiale pour le devenir psychique de l'enfant".

1.6. Facteurs de risque prédictifs de DPP visibles en prépartum

Il est important de connaître le tableau clinique d'une dépression, mais il est également du devoir des professionnels de savoir repérer les femmes vulnérables et donc à « risque » de développer une dépression en période post-natale.

Certains facteurs de risque doivent alerter le praticien qui pourra orienter ou non cette patiente vers un spécialiste de l'écoute ou bien décider de la revoir avant la consultation mensuelle prévue.

Rappelons qu'il est difficile de dresser une liste théorique et précise de l'ensemble des facteurs de risques existants et que des facteurs de risque isolés ne sont pas prédictifs de dépression future. De plus, il est essentiel de rappeler que l'accouchement, l'accueil du bébé, la présence ou non de complications jouent un rôle important et peuvent favoriser l'installation d'une dépression post-natale. (2), (36)

Les facteurs de risque ou dit de « vulnérabilité » que nous devons repérer dans le prépartum sont les suivants :

- Histoire personnelle de dépression ou de dépression du post-partum, (1), (2), (14)
- Dépression ou importante anxiété durant la grossesse, (2), (14)
- Antécédents familiaux de troubles de l'humeur, (1), (2), (14)
- Manque d'estime de soi, (1)
- Relation de couple conflictuelle ou insatisfaisante, dépression du partenaire,

- (1), (2)
- Relation conflictuelle avec sa propre mère, décès, séparation. (2)
 - Manque de soutien de la part de l'entourage (partenaire, parents, amis), (1), (14)
 - Evènements de vie négatifs (viols, abus dans l'enfance, décès, perte d'emploi.).
 - Grossesse non désirée, ambivalence par rapport à la grossesse, antécédents d'avortements répétés, (14)
 - Difficultés socio-économiques : absence de partenaire ou d'emploi, problèmes financiers, (2)
 - Ages extrêmes, (2), (14)
 - Problème d'infertilité retrouvé dans les états dépressifs prénataux
 - Antécédents obstétricaux (mort fœtale, IMG...)
 - Migration géographique, barrage de la langue (français non parlé ou non compris). (1)

Les études rétrospectives notent que chez les 10 à 20% des femmes qui souffrent de dépression du post-partum, **40 % souffraient de manifestations dépressives pendant la grossesse.** (13)

Les symptômes de la dépression sont les suivants:

- Anxiété
- Nausées et vomissements incoercibles persistants après le 1^{er} trimestre, (6)
- Tristesse et/ou irritabilité extrême, (2)
- Ne peut penser clairement ou prendre de décisions
- Manque d'intérêt ou de plaisir dans les activités
- Sentiments de culpabilité, particulièrement au sujet du bébé
- Inquiétudes pour le futur (6)
- Appétit accru ou diminué (1), (2)
- Se sent inadéquate, particulièrement en tant que mère, (2)
- Besoin de sommeil accru ou diminué, (1), (2), (13), (14)
- Rares pensées de suicide ou d'actes autodestructeurs, (6)
- Fatigue extrême, (2), (6)
- Non-respect des conseils médicaux, (6)
- Absence de ménagement pour elle-même. (6)

Le nombre de congés de maladie pris pendant la grossesse et la fréquence des consultations médicales peuvent également être des signes avant-coureurs.

Certains auteurs se sont intéressés au syndrome prémenstruel (SPM) : les femmes présentant des troubles psychiatriques auraient plus souvent des SPM sévères et des symptômes dépressifs que les femmes de la population générale. (37)

2. Prévention et dépression post-natale

2.1. Définitions selon l’OMS

La prévention primaire « est l’ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l’apparition d’un trouble, d’une pathologie ou d’un symptôme. »

Dans le cas de la dépression du post-partum : les professionnels de santé (sages-femmes et obstétriciens) doivent effectuer une anamnèse complète; être attentifs et à l’écoute des femmes en consultations prénatales afin de repérer au mieux les facteurs de risque de dépression pouvant être présents au cours de la grossesse.

La prévention secondaire : « vise la détection précoce des maladies, dans le but de les découvrir à un stade où elles peuvent être traitées. »

Nous pouvons appliquer cette prévention secondaire au dépistage de la dépression en consultation post-natale.

La prévention tertiaire : « tend à éviter les complications dans les maladies déjà présentes. »

Il s’agit de la mise en place des traitements médicamenteux mais également non médicamenteux.

2.2. L’entretien du 4^{ème} mois

Avant 2006, le suivi de grossesse, réalisé par un médecin ou une sage-femme, était composé de **7 examens prénataux obligatoires** (Décret du 14 Février 1992) **complétés de séances collectives de préparation à la naissance** (pratiquées par **47% des femmes enceintes**, essentiellement des primipares).

Depuis le 1^{er} Janvier 2006, nous assistons à des modifications importantes concernant le suivi de la grossesse : il est désormais possible de proposer, à toute femme enceinte, un entretien individuel ou en couple nommé « entretien du 4^{ème} mois ». Ces changements importants ont pour objectif de « mettre en place précocement les conditions d'un dialogue permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents » d'après *Le Plan périnatalité 2005-2007 « Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité »*. (38)

2.2.1. Textes de références

Trois textes de références concernant cet entretien :

Le Plan Périnatalité 2005-2007 « Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité » définit cet entretien comme étant « *l'occasion d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la futur mère lors des examens médicaux prénataux : questions sur elle-même, sur les modifications de son corps, sur son environnement affectif, sur sa vie professionnelle, sur l'attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille, sur la présence ou non de supports familiaux après la naissance etc..* ». (38)

La Circulaire Molénat traitant du renforcement des collaborations médico-psychologique en maternité. (39)

La Préparation à la naissance et à la parentalité par l'HAS en 2005 (40)

2.2.2. Objectifs

D'après le Plan Périnatalité 2005-2007, « L'entretien du 1er trimestre de la grossesse peut être considéré comme un pont entre deux cultures qui jusqu'alors se chevauchaient insuffisamment : l'objectivité nécessaire de la médecine organique, la subjectivité porte d'entrée au registre émotionnel. »

Il semble important de préciser que cet entretien **n'est pas un examen médical** et a plusieurs objectifs : (38), (39), (40)

- Informer sur le parcours du suivi de grossesse,
- Informer le couple ou la femme sur leurs droits : congés maternité et paternité, droits du travail et droits sociaux,
- Informer sur les lieux de naissance,
- Rechercher les antécédents personnels et familiaux,
- **Identifier d'éventuelles difficultés psychologiques** ou sociales,
- **Renforcer les compétences parentales,**
- Aider à établir un projet de naissance.

Ce même plan précise « L'offre aux parents d'une **écoute attentive de leurs attentes et questions, le recueil précoce des facteurs de stress, ne devraient pas être considérés comme un acte « à part »**, mais la porte d'entrée à une réintégration nécessaire de la dimension affective dans le processus humain qu'est la naissance, donnant son plein sens à une démarche attentive de prévention, à l'opposé de toute stigmatisation.

Cet entretien peut être effectué **par une sage-femme ou un médecin** ayant reçu une formation spécialement dédiée à sa pratique et s'effectue de façon précoce pendant la grossesse.

Il semble utile de préciser qu'il est possible de le faire en dehors de la maternité, dans le cadre d'un suivi en libéral ou en PMI.

2.3. Outil de dépistage : l'EPDS en post-partum

L'EPDS est présenté en **annexe n°5**.

Nous ne pouvons parler de dépistage de la DPP sans aborder les outils validés existants. Le plus connu des professionnels de périnatalité est l'Echelle Postnatale d'Edimbourg (EPDS) pouvant être utilisé en suites de couches immédiates mais également lors de la consultation post-natale.

Chabrol and al, dans une étude datant de 2004, ont évalué, dans les premiers jours après l'accouchement, la valeur du seuil prédictif d'une dépression du post-partum avec l'EPDS et de préciser son seuil pour le dépistage des dépressions majeures du post-partum.

Les mères qui présentaient des problèmes psychologiques et sous traitements n'étaient pas incluses dans cette étude.

Cette étude admet une **valeur seuil à 9 comme prédictive de DPP à J3** (avec pour sensibilité à 0.88 et une spécificité à 0.50). Elle prévoit **un seuil à 12, entre la 4e et la 6e semaine post-partum, pour le dépistage des dépressions majeures** du post-partum (avec une sensibilité à 0,91 et spécificité à 0,74)

« Cette échelle permet à la fois le dépistage précoce des mères à risque de développer une dépression postnatale et, dans les premières semaines du post-partum, celui des mères présentant une dépression du post-partum. » (8)

Deuxième partie

Etude

1. Problématique

La dépression du post-partum, véritable complication de l'accouchement survenant dans l'année qui suit celui-ci, concernent 10 à 20% des patientes que nous suivons quotidiennement en consultations prénatales.

Ce travail de réflexion a débuté lors de la lecture de certaines études rétrospectives notant que chez les femmes victimes de dépression du post-partum, 40 % d'entre elles souffraient de manifestations dépressives pendant la grossesse : les sages-femmes et obstétriciens de consultations étaient de véritables acteurs de santé publique et avaient un rôle de prévention d'une haute importance : un dépistage primaire de cette pathologie.

A travers ce travail, nous avons décidé de nous placer du côté des professionnels encadrant la grossesse et plus spécifiquement des sages-femmes et obstétriciens en consultations prénatales afin de savoir si ces derniers avaient réellement les ressources pour repérer des facteurs prédictifs d'une future dépression.

2. Hypothèses et objectifs

- Les professionnels de santé (sages-femmes et obstétriciens) ne reçoivent pas de formations initiale et continue suffisantes au dépistage des femmes à risque de développer une dépression dans le post-partum.
- Les sages-femmes et obstétriciens disposent d'outils adéquats (dossier obstétrical, temps imparti à chaque consultation) au repérage des femmes à risque de développer dans le futur une dépression post-natale.
- L'introduction, au sein des services de consultations, d'un test de dépistage

rapide des risques de dépression du post-partum est un bon moyen de sensibiliser les professionnels de la grossesse à la dépression.

L'étude qui a été réalisée permettra, nous l'espérons, d'affirmer ou d'infirmer ces différentes hypothèses.

Nos objectifs suivent la lignée de nos hypothèses.

- Sensibiliser le personnel médical (sages-femmes et obstétriciens) à cette pathologie du post-partum mal connue et au repérage des facteurs de risque et symptômes déjà visibles pendant la grossesse.
- Evaluer l'acceptation du questionnaire de Genève, appelé également DAD-P au sein des services de consultations dans les maternités de Port Royal et St Vincent de Paul.
- Proposer certaines actions aussi bien lors de leurs formations qu'à l'hôpital pour sensibiliser les praticiens à un meilleur dépistage.

3. Méthodologie de l'étude

L'étude réalisée est qualitative sous forme **d'entretiens semi-directifs, prospective et multicentrique, elle comporte également une partie expérimentale concernant un test de dépistage.**

Nous avons proposé à des sages-femmes et des obstétriciens, effectuant de façon régulière des consultations prénatales de participer à notre étude.

L'étude s'est déroulée dans 2 maternités :

- Une maternité de type III : Port-Royal à Paris (14^{ème} arrondissement),
- Une maternité de type IIA : St Vincent de Paul à Paris (14^{ème} arrondissement).

Ces deux maternités **ont été choisies pour plusieurs raisons** :

- Le nombre élevé de pathologies rencontrées,

- Le nombre important d'accouchements et donc de patientes vues en consultations,
- **L'absence d'entretien du 4^{ème} mois.**

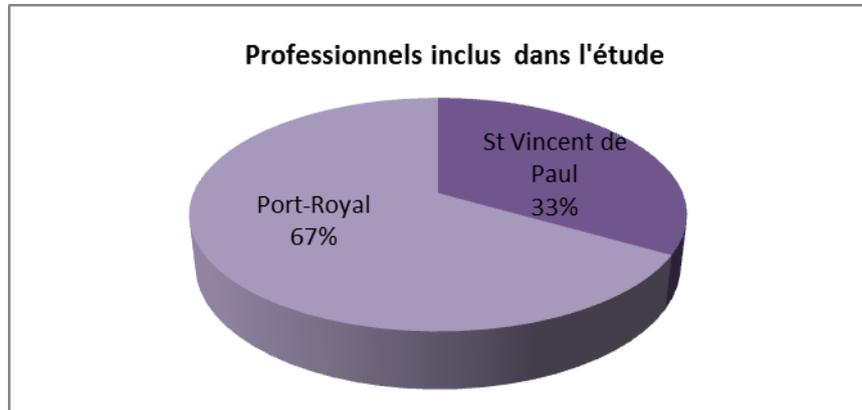


Figure 1 : Répartition des professionnels inclus dans l'étude

Dix-huit sages-femmes et obstétriciens ont été contactés afin de participer à ce travail. Neuf ont répondu de façon négative (**50%**) :

- Quatre n'ont pas pu participer par faute de temps,
- Deux autres praticiens ont répondu négativement sans donner de raison,
- Les trois derniers n'ont pas répondu au courrier électronique envoyé.

Cette étude a été menée selon les procédures suivantes : Deux entretiens semi-directifs à 3 mois d'intervalle pour chaque professionnel.

- Le premier a eu lieu pendant les périodes de Juin 2010 jusqu'à Aout 2010,
- Le second a eu lieu pendant les périodes de Octobre 2010 jusqu'à Décembre 2010.

3.1. Les entretiens semi-directifs

Nous avons choisi d'utiliser les entretiens semi-directifs comme méthode d'étude pour plusieurs raisons :

- La richesse des informations obtenues en comparaison aux questionnaires,

- Les témoignages obtenus par entretiens sont rendus vivants et peuvent être nuancés,
- L'entretien semi-directif permet d'obtenir des informations mais également des perceptions, des sentiments et opinions de l'interviewé, de plus, il donne la possibilité de relever certaines attitudes de l'interrogé,
- Il permet d'approfondir certains points importants et de rebondir sur certains thèmes ce qui en fait sa souplesse d'utilisation,
- Pour finir, il rend possible l'initialisation d'une démarche participative tout comme l'introduction d'un test de dépistage au sein des services de consultations prénatales comme nous l'avons fait.

Les entretiens que nous avons construits se sont déroulés sur les sites de Port-Royal et St Vincent de Paul.

Chaque entretien se déroulait de la façon suivante :

- Exposition claire du sujet et du contexte,
- Ils ont **tous été enregistrés** afin de permettre une retranscription précise du contenu de chaque entretien.

3.1.1. Le premier entretien

Au cours de ce 1^{er} entretien (**Annexe 2**), les principales thématiques abordées sont :

- **La formation (initiale et continue)** des professionnels,
- **Les moyens (dossier AUDIPOG, temps de consultation)** dont ils disposent à l'hôpital pour dépister les femmes à risque de dépression post-natale,
- Il **introduit un test de dépistage** (le DAD-P présenté par la suite).

A la fin de cet entretien, une fiche récapitulative des facteurs de risque prédictifs de dépression post-natale a été donnée. (**Annexe n°3**)

Les premiers entretiens sont d'une **durée moyenne de 40 min et au nombre de 9.**

Les professionnels désirant utiliser ce test sur une période de 3 mois étaient vus lors d'un second entretien afin de recueillir leurs sentiments sur l'introduction d'un tel outil de dépistage. A l'inverse, les professionnels pouvaient choisir de ne pas expérimenter le test : dans ce cas, ils n'étaient pas revus lors du second entretien.

Un praticien a décidé de ne pas expérimenter l'outil, les seconds entretiens sont donc **au nombre de 8**.

3.1.2. Le second entretien

Il est composé de deux parties (*Annexe n° 4*) :

- Une partie commune aux deux populations (praticiens ayant utilisé le test et praticiens ne l'ayant finalement pas utilisé) abordant les thèmes de la consultation post-natale, de l'information délivrée sur la DPP,
- Une partie propre aux praticiens ayant utilisé le test abordant les conditions d'utilisation, leurs avis, la vision des patientes...

La durée moyenne des seconds entretiens est de **25 min**.

3.2. Le test de dépistage : le Dépistage Anténatal du risque de Dépression du Post-partum (DAD-P)

3.2.1. Validation et présentation du test

Ce test étant également nommé « Questionnaire de Genève » a été élaboré dans le cadre d'une étude prospective portant sur la dépression du post-partum. (*Annexe 1*) (36)

Il a été validé sur une population de 907 femmes enceintes au cours d'une étude multicentrique dans les villes d'Yverdon (Suisse), Paris (France) et Bilbao (Espagne).

Dans le cadre d'un dépistage large	
Sensibilité	44.6 %
Spécificité	83.4%
Valeur prédictive positive	20.8%
Valeur prédictive négative	93.8%

Tableau 1 : Propriétés psychométriques du DAD-P (version dépistage large)

Il est important de noter, d'après le tableau ci-dessus, la **faible sensibilité de ce test**. Cependant nous nous devons d'en rappeler l'objectif premier : aborder certains thèmes posant problèmes aux professionnels **en servant de base concrète**. Il représente un outil permettant d'aborder certaines questions plus qu'un moyen efficace de dépister les futures dépressions post-natales.

Ce questionnaire comporte **deux parties** :

Une échelle composée de six items abordant des aspects personnels, somatiques ainsi que psychologiques les plus fréquemment retrouvés chez les femmes à risque de présenter des symptômes dépressifs après l'accouchement ; chaque item comporte quatre réponses possibles qui sont cotées de 0 à 1 (excepté pour l'item 4 coté de 0 à 3). Le score total est compris entre 0 et 8, **s'il est supérieur ou égal à 3, l'échelle est dite positive**.

Une à deux questions supplémentaires qui diffèrent selon la version du questionnaire, concernant la tendance aux pleurs, les cours de préparation à la naissance, les relations avec la mère de la patiente.

3.2.2. Objectifs du DAD-P

Le DAD-P permet aux professionnels de santé, et plus particulièrement aux sages-femmes et obstétriciens, d'effectuer dépistage régulier et rapide **au cours des consultations prénatales** du risque de DPP. De plus, les professionnels pourront aborder plus facilement certains **points susceptibles d'être « mis de côté » lors de l'interrogatoire classique**.

En effet, il sert de base concrète pour verbaliser certains ressentis.

3.2.3. Recommandations pour la pratique clinique

Ce test est particulièrement recommandé pendant **les deux derniers trimestres de la grossesse et a pour intérêt de pouvoir être répéter régulièrement.**

Si le résultat est positif, cela permettrait aux professionnels de **refaire le point sur les antécédents ainsi que les facteurs de risque de la patiente et de pouvoir organiser une prise en charge adaptée**, si besoin est (*annexe n°7*).

Il existe également une version du test utilisable pour un dépistage ciblé mais nous ne l'avons pas utilisé.

4. Résultats de l'étude

4.1. Premier thème : la formation des professionnels

4.1.1. La formation initiale

Il est indispensable de noter que les sages-femmes et obstétriciens ne bénéficient pas de la même formation en psychologie au cours de leurs études. Cependant, nous avons pu constater au fil des entretiens qu'il n'y avait pas de réelles différences de points de vue à ce sujet.

Cinq professionnels sur les neuf interrogés disent s'être sentis démunis en début de carrière : *« nous ne sommes pas armés en commençant, on a eu un cours sur la dépression fait par un obstétricien, ce n'était pas spécifique, c'était noyé au milieu du flot d'informations concernant toutes les complications du post-partum que tu pouvais rencontrer, c'était un symptôme parmi tant d'autres. »*

Pour deux d'en eux, la dépression du post-partum n'a jamais été abordée lors de leurs études : *« un seul cours avec toutes les pathologies mélangées, et encore il n'était expliqué que la psychose puerpérale », « pas de formation spécifique mais après tu te retrouves lâchée en consultation ! », « la dépression du post-partum n'a jamais été abordée pendant mes études ».*

Une notion commune aux praticiens interrogés apparaît à plusieurs reprises, il s'agit du fait que le repérage des femmes à risque de syndromes dépressifs est un **apprentissage de terrain nécessitant une certaine expérience :** *« les connaissances ne suffisent pas à faire face à certaines situations, il faut de l'expérience », « c'est avec l'expérience que tu peux avoir en tête tous les critères d'alerte » ou encore « c'est un réel apprentissage de terrain ».*

Trois d'entre eux expliquent que le dépistage de cette pathologie nécessite que le professionnel ait, de façon naturelle, un **certain intérêt pour la question :** *« l'intérêt porté à ce genre de problèmes dépend des individus », « les personnes sensibilisées par les problèmes psychosociaux le rechercheront plus facilement que les autres », « je pense que l'on devrait tous être sensibilisés et attentifs à la base », « personnellement ce n'est pas ma priorité ».*

Le praticien n°7 ajoute : « *Je pense qu'il y a des praticiens qui sont d'avance sensibilisés et il y en a d'autres qui ne le sont pas mais qui ne le seront malheureusement jamais.* »

Les notions **d'écoute attentive et de ressenti** apparaissent dans cinq entretiens : « *à partir du moment où l'on est à l'écoute des gens, je pense que l'on va assez bien dépister ces femmes* », « *c'est avec l'expérience que l'on dépiste mais c'est surtout au feeling* », « *je pense qu'il faut avoir une écoute et une sensibilité particulière* ».

4.1.2. La formation continue

Le praticien n°1 a suivi une formation extérieure de sophrologie sur le deuil et la dépression, celui-ci a également travaillé sur le staff médico-psycho-social (MPS) de la maternité dans laquelle il travaille : « *J'ai suivi une formation extérieure parce que j'étais particulièrement intéressée par le sujet, l'intérêt porté à ce genre de problème dépend des personnes qui eux même voudront suivre des formations extérieures.* »

Deux des professionnels interrogés considèrent que **les échanges constants avec les psychologues s'intègrent dans leur formation continue** : « *à travers les échanges avec les psychologues, c'est vrai que j'apprends, c'est formateur* ».

Les six autres professionnels n'ont pas suivi de formations extérieures pour différentes raisons :

- Quatre d'entre eux expriment un **manque d'informations** concernant les formations possibles : « *ce n'est pas par manque d'intérêt mais je ne me sens pas informé* », « *cela serait vraiment intéressant mais je n'en ai pas connaissance* », « *j'ai cherché mais je n'ai rien trouvé* ».
- Un professionnel énonce « *en toute honnêteté, par **manque d'intérêt** mais également par **manque de temps**, mais je ne mens pas, si j'avais plus de temps, j'irais à d'autres congrès qui m'intéressent plus que ça, la dépression n'est pas un sujet qui me sensibilise* ».
- La raison du manque de temps est reprise par un autre professionnel : « *J'aurais voulu faire à un moment une formation sur la parentalité, cependant*

elle était en plusieurs étapes et donc ce n'était pas gérable au niveau de mon emploi du temps ».

Les neuf professionnels **s'accordent pour dire que les échanges entre les psychologues/ psychiatres et les sages-femmes/obstétriciens sont nombreux et essentiels.**

Un professionnel a récemment **lu un ouvrage** sur ce sujet.

4.1.3. Les facteurs de risque et symptômes relevés comme prédictifs de dépression

Il est important de noter que les facteurs de risque/ symptômes non cités par les professionnels peuvent être dû à un oubli et non à un manque de connaissances.

4.1.3.1. Les facteurs de risque

Tous les professionnels ont cité **le contexte social** comprenant l'isolement, l'entourage familial, la présence ou non d'un conjoint, le contexte de survenue de la grossesse, suivi tardif, emploi, barrière de la langue, migration géographique.

- Le professionnel n°2 évoque **l'intérêt de la première consultation pour évaluer le contexte socio-économique** : *« on peut cerner pas mal de choses à la première consultation, ça s'y prête bien et ça permet de planter le décor ».*

Tous les professionnels ont également parlé des **antécédents personnels de dépression.**

Cinq professionnels sur les 9 interrogés relèvent comme facteur de risque de dépression, **les pathologies pouvant survenir au cours de la grossesse.**

- Le praticien n°5 évoque **l'hospitalisation comme propice au dépistage** *« on les voit en GHR ».*

Les conduites addictives/ toxicomanie sont évoqués par trois professionnels.

Les **antécédents de troubles de l'humeur dans la famille / dépressions** sont cités deux fois.

Les **troubles alimentaires/ difficultés à accepter la transformation physique** sont énoncés par deux professionnels.

D'autres facteurs de risque sont évoqués :

- La primiparité (praticien n°4 et praticien n°8),
- Les grossesses gémellaires (praticien n°5),
- Les femmes ne désirant pas allaiter (praticien n°4),
- Une relation conflictuelle avec sa propre mère (praticien n°9),
- Les antécédents de violences sexuelles (praticien n°8),
- Les violences dans le domaine professionnel/stress/pression (praticien n°9).

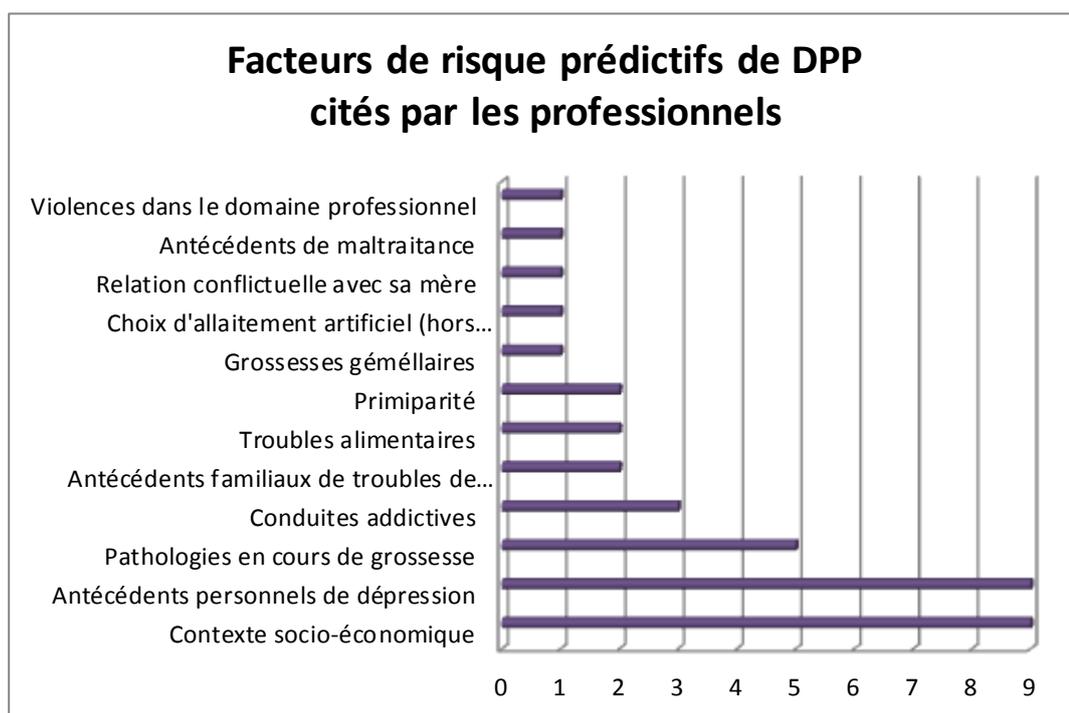


Figure 2 : Les facteurs de risque prédictifs de DPP

Le contexte socio-économique, les antécédents personnels de dépression ainsi que les pathologies pouvant survenir en cours de grossesse sont les trois facteurs de risque cités par le plus grand nombre de professionnels.

4.1.3.2. Les symptômes

Neuf professionnels nous ont cité **les pleurs** comme **principal** symptôme de dépression.

Les **troubles du sommeil** sont énoncés à trois reprises.

Les troubles du comportement alimentaire (perte de poids, anorexie, vomissements> 1^{er} T) sont cités par trois professionnels.

Les **consultations répétées aux urgences** sont mentionnées par trois professionnels, le praticien n° 3 évoque l'importance de ce signe d'alerte : « *il y a celles qui ont toujours mal partout et qui vont consulter aux urgences, pour ces femmes -là, je pense qu'il faut creuser.* »

D'autres signes sont évoqués comme l'asthénie, l'agressivité, les patientes mutiques, mouvements actifs perçus comme désagréables.

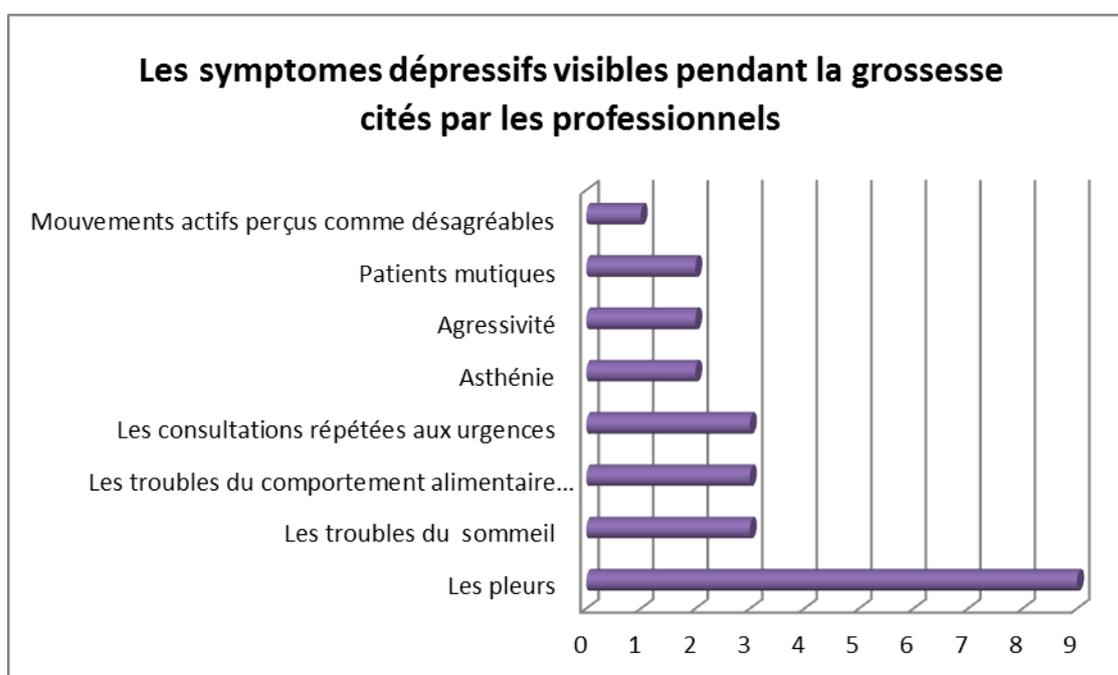


Figure 3 : Les symptômes dépressifs cités par les professionnels

Les pleurs est l'unique symptôme cité par tous les professionnels.

4.1.4. Les raisons d'orientations des patientes vers les psychologues

4.1.4.1. La patiente dite « angoissée »

Deux professionnels évoquent **la patiente qu'ils ressentent angoissée** :

« C'est subjectif, je ne peux pas lister les critères, mais quand je les sens tout simplement angoissées, qu'il y a beaucoup d'instabilité autour d'elles, qu'elles ne sont pas très entourées.... », « Lorsque je ne peux pas contenir l'angoisse qu'elle manifeste, alors je passe la main ».

4.1.4.2. Le facteur temps

Cinq professionnels évoquent parmi les raisons d'orientations vers un spécialiste de l'écoute **le facteur temps** :

- Le praticien n°1 s'exprime : *« Si une consultation prend trois quart d'heure pour un problème médical, je prends le temps de le régler, si c'est pour un problème psychologique, je l'envoie à la psychologue » ;*
- Le praticien n°6 évoque **le nombre important de patientes vues en une matinée** afin d'expliquer la raison de ses orientations : *« Moi j'ai vu vingt patientes ce matin, donc je ne vois pas à quel moment j'ai le temps de faire de la psychothérapie, et puis d'abord je n'ai pas la formation, parce qu'avoir la formation pour dépister c'est une chose mais pour traiter c'est autre chose ; je n'ai pas la formation pour les prendre en charge mais surtout je n'ai pas le temps de parler avec elles pendant des heures ».*

4.1.4.3. L'enrichissement d'une consultation avec un psychologue

Deux praticiens expriment le fait qu'un **entretien auprès d'une psychologue sera plus enrichissant pour la patiente** : « *La psychologue pourra aller plus en profondeur.* »

4.1.4.4. Prévention de la DPP

Deux praticiens énoncent la nécessité d'un suivi psychologique **en prévention de la dépression du post-partum** pour les femmes qu'ils ressentent fragiles :

« *Pour la prévention du post-partum, je me dis que même si à l'heure actuelle, elle pense n'avoir besoin de personne, c'est bien de voir quelqu'un en prévention pendant la grossesse.* »

« *Des fois, il n'y a absolument rien pendant la grossesse, mais je me dis que cette personne sera plus fragile en suites de couches et que donc c'est mieux qu'elle connaisse le psychologue.* »

4.1.4.5. Les antécédents de dépression

Cinq professionnels évoquent le fait que **les antécédents de dépression** nécessitent un suivi psychologique en parallèle.

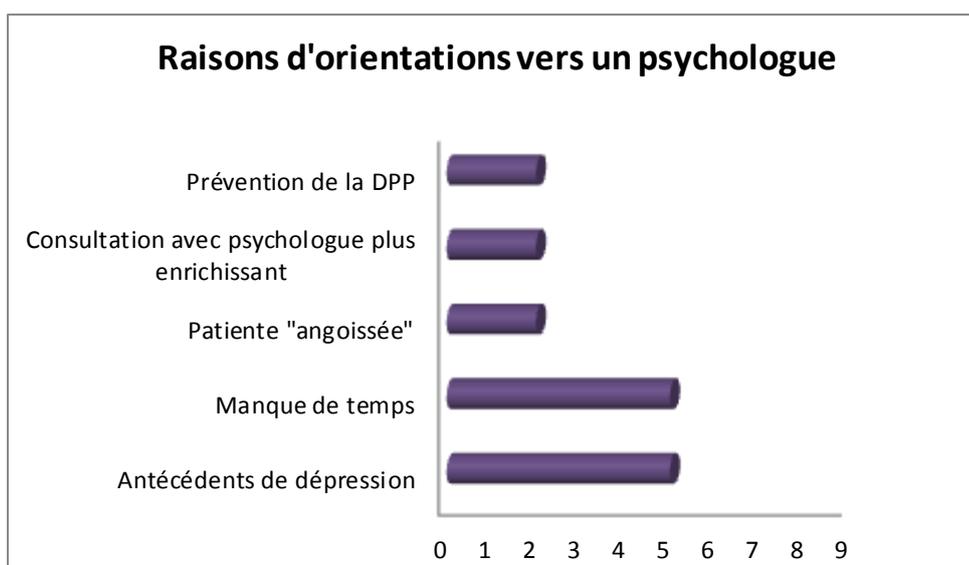


Figure 4 : Les différentes raisons d'orientation vers un psychologue citées par les professionnels de santé interrogés

Les antécédents de dépression ainsi que le manque de temps sont les raisons d'orientation vers un psychologue les plus cités.

4.1.5. Le Staff Médico-Psycho-Social (staff MPS)

Le staff MPS a été mis en place dans la maternité de Port-Royal mais il n'y a pas de staff MPS à la maternité de St Vincent de Paul.

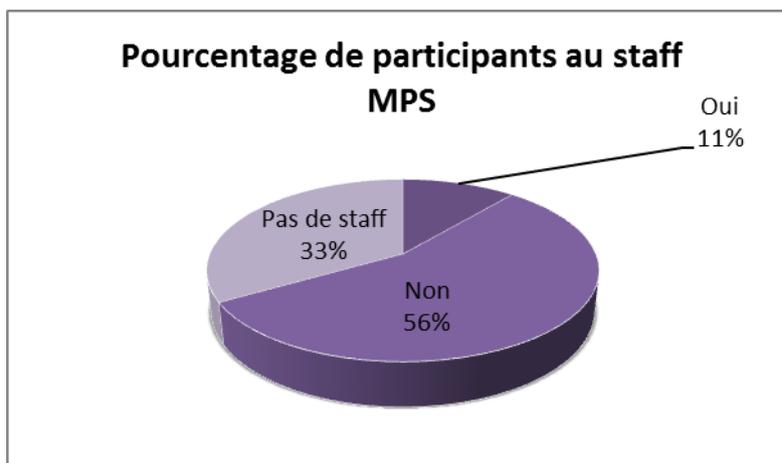


Figure 5 : Le pourcentage de participants au staff MPS

Le seul praticien y assistant a travaillé sur sa mise en place au sein du service.

Cinq praticiens n'ont jamais assisté au staff MPS, les différentes raisons sont les suivantes :

4.1.5.1. Le manque de temps

Trois professionnels évoquent le **manque de temps et les contraintes d'emploi du temps**.

4.1.5.2. Le manque d'intérêt

Deux praticiens pensent que le travail pouvant être fait entre deux professionnels est suffisant et discutent ainsi l'intérêt un staff MPS :

« Je trouve que **le travail qui peut être fait entre la personne qui suit la femme et l'assistante sociale ou la psychologue est suffisant**, à l'issue de ce staff, il y a des fiches de signalement qui sont faites et **en général, personne ne les regarde.** »

« Je ne regarde pas la fiche spécialisée, je préfère **parler aux gens directement.** »

L'usage des fiches spécialisées créées à l'issue du staff est également abordée.

4.2. Deuxième thème : Les outils dont disposent les professionnels

4.2.1. Le temps de consultation

4.2.1.1. Durée moyenne d'une consultation classique

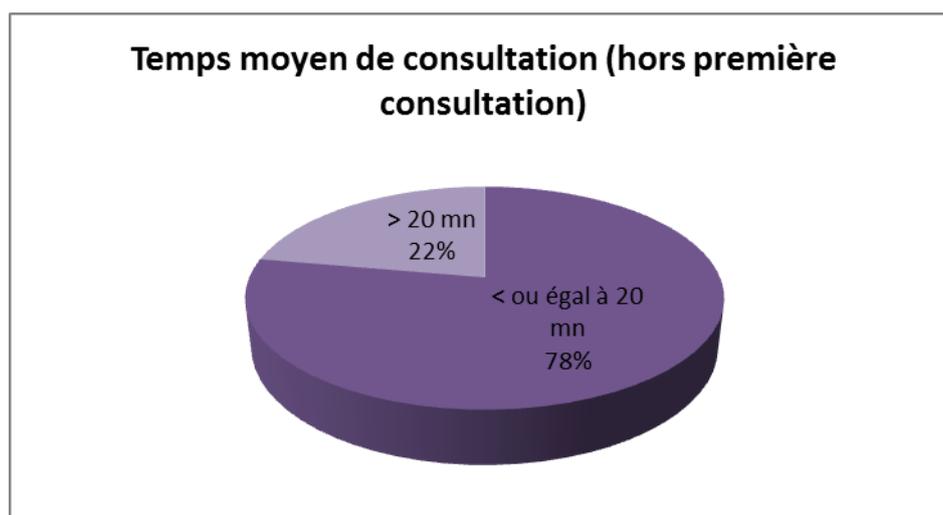


Figure 6 : Le temps moyen de consultation (hors première consultation).

Les 22% correspondent à deux praticiens ayant **45 minutes de temps de consultation** ; ces deux professionnels sont **toujours en présence d'un étudiant**.

Les autres professionnels disposent 20 minutes ou moins,

- Un des professionnels interrogés précise le fait qu'il **module le temps de consultation en fonction des patientes** : « *En moyenne, c'est quinze à vingt minutes mais je varie mes durées de consultation en fonction des patientes, **certaines ont besoin de moins, d'autres de plus.*** »
- Un autre praticien évoque **la réalité du temps de parole dans une consultation** dite de routine : « *Normalement c'est vingt minutes mais quand tu dois donner les rendez-vous, **le temps de parole est entre cinq et dix minutes.*** »

- « C'est très brillant, quinze minutes et encore... je dirais pour être franche plutôt dix minutes.

4.2.1.2. Durée d'une ouverture de dossier

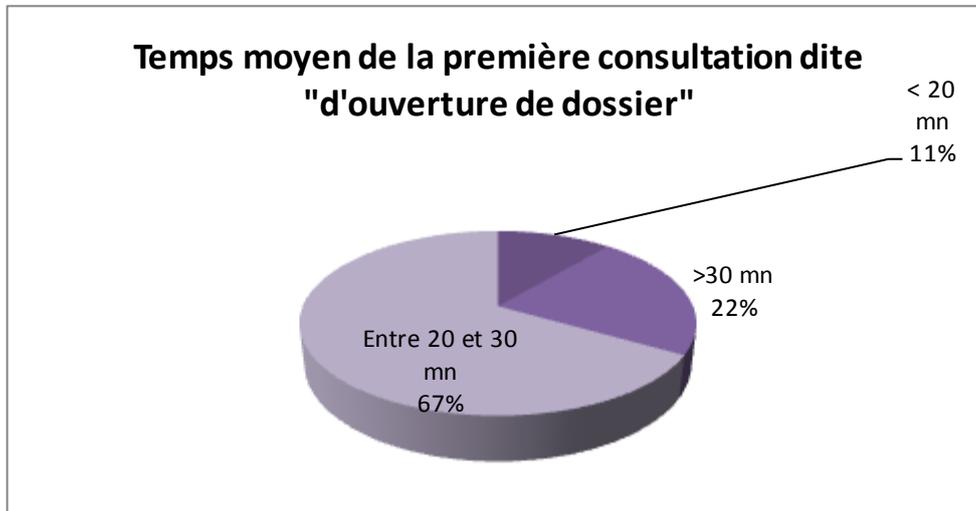


Figure 7 : Le temps moyen de la première consultation

Les 22% sont également représentés par les deux praticiens ayant 45 minutes de temps de consultation.

Un des deux praticiens possédant 45 minutes de temps de consultation **évoque la difficulté de dépister correctement en quinze minutes** : « *Je pense sincèrement que dépister et orienter en quinze minutes n'est pas possible, en tout cas, moi je n'en suis pas capable, je me dirais que j'ai forcément oublié quelque chose, je pourrais rester une heure avec une patiente si je sens qu'elle a besoin d'une heure et même si je suis pressée, je suis prise dans une problématique, si les gens ont besoin, je ne peux pas dire non... donc effectivement, je me suis souvent laissée déborder mais ça ne m'a jamais gêné, j'avais rempli ma mission et c'est le principal.* »

Les deux praticiens suivants expriment **la difficulté de gestion du temps mais également de gestion des priorités dans le cas de grossesses pathologiques** :

- Le praticien n°5 a entre quinze et vingt minutes pour cette première consultation : « *Et lorsqu'il faut éplucher les dossiers des deux autres*

grossesses qui se sont terminées par un HRP et une mort fœtale, ce n'est pas gérable. » ;

- Le praticien n°6 s'exprime également sur le sujet : *« Si la patiente est hypertendue, diabétique et qu'en plus c'est une grossesse gémellaire, le fait qu'elle soit déprimée, très honnêtement, ça passe après. »*

La majorité des praticiens évoque un temps de consultation **en moyenne entre vingt et trente minutes** :

- Le praticien n°7 soulève le fait que **les professionnels ne sont pas disponibles, faute de temps, et de ce fait les patientes s'expriment peu** : *« Je me débrouille pour faire une première consultation en trente minutes, je pense que ce n'est pas assez, tant pis, j'ai relativement de la chance, globalement les patientes le savent et ne parlent pas trop. »*

4.2.1.3. Quelles sont les raisons du dépassement du temps de consultations ?

➤ Questionnements « légitimes » de la grossesse

Deux praticiens évoquent **les questionnements légitimes** de certaines patientes ne nécessitant pas forcément de suivi psychologique :

« Souvent, les femmes ont besoin de parler et je suis essentiellement là pour ça. »

« Ce n'est pas toujours des angoisses démesurées mais juste des questions légitimes, et ça c'est notre travail, il n'y a pas besoin d'un psychologue. »

Le praticien n°9 évoque le fait que **rares sont les patientes pour lesquelles les quinze minutes de consultation suffisent** : *« Vous avez des patientes qui n'ont pas envie de parler, pas envie de raconter leur vie, où tout va bien, elles viennent en consultation pour le contrôle habituel, elles savent que c'est comme ça, tous les mois, elles viennent se faire suivre en consultation, elles repartent quinze minutes après et elles vont toujours très bien, oui là quinze minutes suffisent mais, soyons honnêtes, ce genre de patiente est rarissime. »*

Deux professionnels expliquent **les difficultés de gestion du temps rencontrées après l'annonce de certaines pathologies** :

- Le praticien n°6 s'exprime sur le fait que **le dépistage de pathologies entraîne un certain nombre de questionnements auxquels il peut être difficile de répondre du fait du temps limité** : « *Si l'on dépiste un problème, il faudrait parler des heures et ça c'est le boulot du psychologue, je n'ai vraiment pas le temps.* »

Le professionnel n°2 aborde le fait que les **patientes soient suivies par un même praticien** permettant de reprendre avec la patiente, tout au long des consultations, certains points qui seraient restés flous.

➤ Problèmes médicaux

Quatre praticiens soulèvent le fait que dans un tel type de maternité, **les problèmes médicaux sont fréquents et souvent responsables du dépassement du temps de consultation**, l'un d'entre eux énonce :

« *Je n'ai quasiment que des grossesses pathologiques, donc effectivement, l'organisation de la prise en charge de certains problèmes médicaux prend du temps.* »

Le praticien n°1 attribue au dépassement du temps de consultation, **50% de problèmes médicaux et 50% de questionnements**.

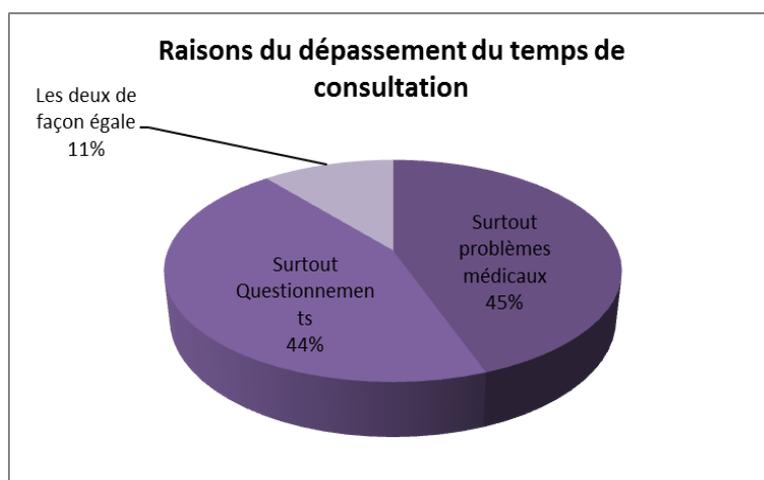


Figure 8 : Les raisons du dépassement du temps de consultation

Pour résumé : les **questionnements légitimes** ne nécessitant pas l'orientation vers un psychologue ainsi que **les problèmes médicaux** sont les deux raisons de dépassement du temps de consultation.

4.2.2. Le dossier obstétrical

4.2.2.1. Anamnèse des données psychologiques

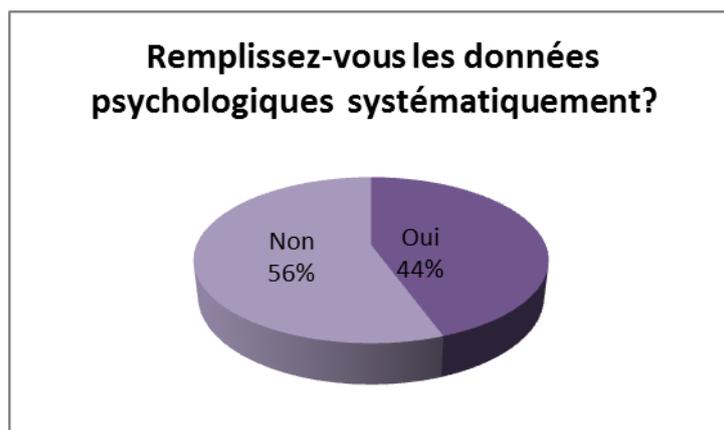


Figure 9 : Pourcentage de professionnels remplissant les données psychologiques dans le dossier AUDIPOG

Les praticiens **ne remplissant pas de façon systématique les données psychologiques** nous donnent différentes raisons :

- la notion de confidentialité de certaines informations

« J'avoue que je mets très peu de choses dans le dossier médical, je ne mets pas tout parce que les gens lisent le dossier et **certaines choses peuvent être mal interprétées et on ne s'occupe pas de la même façon des gens une fois que l'on a lu certaines choses...** les choses vraiment importantes je les écris mais sans détailler, c'est vrai que par exemple **les questions sur l'enfance, je ne les pose jamais.** »

« Personnellement, je n'aime pas tout noter, **parce que la patiente n'a pas forcément envie que cela puisse être lu, j'écris en gros mais jamais dans les détails, je note les choses importantes qui nécessitent d'être attentif.** »

➤ Questions difficiles à poser et jugées inadéquates

« Je ne remplis pas tout, je remplis les items principaux, **c'est probablement par manque de temps, il y a aussi certaines choses qui sont inadéquates quand on sent que la patiente va bien.** »

« Je pense que les questions sont trop abruptes, **c'est une rubrique difficile à remplir, il faut prendre le temps, dès qu'il y a quelque chose qui m'interpelle je note.** »

« Je trouve que **les questions sont intrusives, il est difficile de les poser lors de la première consultation, je fais un repérage, il ne faut pas aller trop loin lors de la première consultation.** »

Le manque de temps est également cité par un professionnel.

Les praticiens **remplissant de façon systématique les données psychologiques** nous donnent, selon eux, les raisons pour lesquelles certains ne le remplissent pas de façon systématique :

➤ Sujet difficile à aborder/ gestion de la réponse

Quatre professionnels interrogés évoquent cette raison :

« Certains préfèrent éviter que les gens parlent de leurs soucis **pour ne pas avoir à creuser plus loin.** »

« Certains professionnels ne veulent pas poser de questions car il ne saurait pas quoi faire de la réponse, ils **ne veulent pas avoir à gérer ce genre de problèmes, donc c'est plus simple de ne pas poser de questions.** »

« Certaines personnes sont incapables de poser ce genre de questions, **c'est vrai que c'est difficile** et qu'il faut savoir poser les questions en y mettant les formes. »

« Je pense qu'un certain nombre de personnes ne veulent pas mettre les pieds dans le plat et **qu'un grand nombre de questions seraient posées s'ils étaient sur qu'on leur réponde non.** »

- Manque d'intérêt pour le sujet

Un professionnel mentionne également cette raison :

« *Pour certain, l'aspect psychologique n'est pas important.* »

- Manque de temps

Le manque de temps est énoncé par **deux** professionnels.

Un praticien s'exprime sur ce sujet :

« *J'aurais tendance à dire que le manque de temps est une excuse.* »

4.2.2.2. Modifications

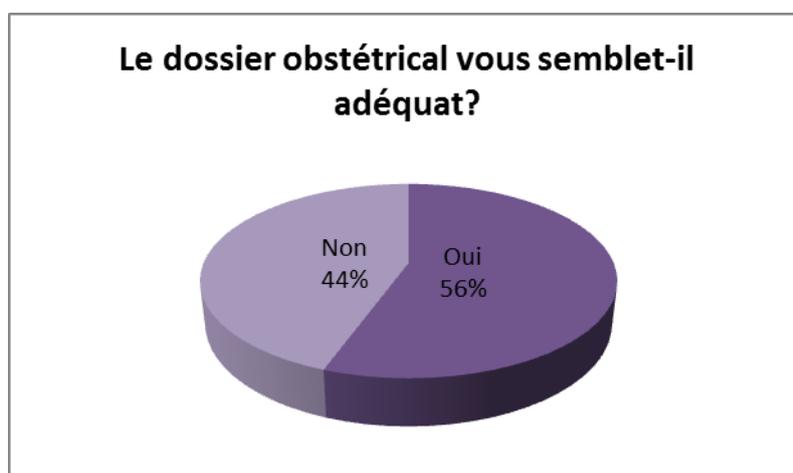


Figure 10 : Pourcentage des participants définissant le dossier obstétrical comme adéquat

Cinq professionnels pensent que le dossier obstétrical est un bon outil.

Le praticien n°1 énonce : « *Le dossier n'est pas un problème, il est très riche d'informations, il y a des questions sur l'entourage, sur l'enfance, sur le conjoint, sur soi ; le problème étant les gens qui ne le remplissent pas.* »

Les professionnels ayant répondu non à cette question expriment l'importance d'un espace ouvert qui permettrait de retracer le parcours psychologique de la patiente :

- le praticien n° 3 y ajoute les notions suivantes: « *J'aurais laissé un espace ouvert, il n'y a pas du tout le versant : **investissement de la grossesse, allaitement, processus de parentalité.** »*
- « *J'aurais fait une rubrique supplémentaire dans le dossier pour que **les informations psychologiques soient notées de façon plus claire.** »*
- « *J'aurais fait un espace ouvert, il n'y a pas de place au **niveau des consultations.** »*

Le praticien n°9 évoque le fait que **le domaine psychologique ne peut être rempli par des cases** : « *Il faudrait une rubrique nommée **parcours psychologique, la psychologie n'est pas un domaine que l'on remplit avec des cases.** »*

4.2.3. Opinion concernant l'entretien du 4^{ème} mois

Trois notions ont été abordées par les professionnels :

4.2.3.1. Démasquer les problèmes psycho-sociaux

Huit praticiens sur les neuf interrogés pensent que l'entretien du quatrième mois devrait être mis en place et permettrait de dépister les facteurs de vulnérabilité à la fois psychologiques et sociaux : « *C'est un très bon moyen de **mettre en exergue des difficultés** de tout ordre. »*

Les praticiens n° 4 et n°8 évoquent le fait que **le dépistage de certaines fragilités peut être négligé, faute de temps en consultation prénatale** : « *L'entretien du quatrième mois est quelque chose d'excellent, c'est là où l'on peut **dépister tous les problèmes que l'on ne dépiste pas en consultation faute de temps.** » ; « *C'est l'idéal pour **démasquer des problèmes sociaux ou psychologiques qui ne seront surement pas démasqué pendant la grossesse lors d'un suivi habituel.** »**

4.2.3.2. Alternative : suivi par un même praticien ?

Un des professionnels interrogés indique que le suivi de la grossesse par un même praticien pourrait remplir quelques fonctions de cet entretien sans pour autant le substituer entièrement :

« On fait la première consultation plus tôt, avant les marqueurs sériques et donc je trouve que cette consultation la remplace un peu, comme je ne les examine pas à ce moment- là, on discute beaucoup, **alors ça ne remplit pas totalement la fonction de l'entretien du quatrième mois parce qu'il y a forcément des choses qui passent à l'as mais dans notre pratique, cela permet de cibler les grossesses à risque et les situations qui nécessiteront plus de temps et de suivi, et puis on suit les mêmes patientes pendant toute la grossesse, ça aide aussi. »**

4.2.3.3. Entretien du 4^{ème} mois et financement

Trois professionnels abordent le contexte socio-économique actuel et pensent, du fait du manque de personnel, que la mise en place de l'entretien du quatrième mois n'est pas une priorité : « Je trouve qu'on n'a pas les moyens financiers, je pense qu'il faut être raisonnable, on manque de sages-femmes partout, il vaut mieux en mettre en salle de naissance. »

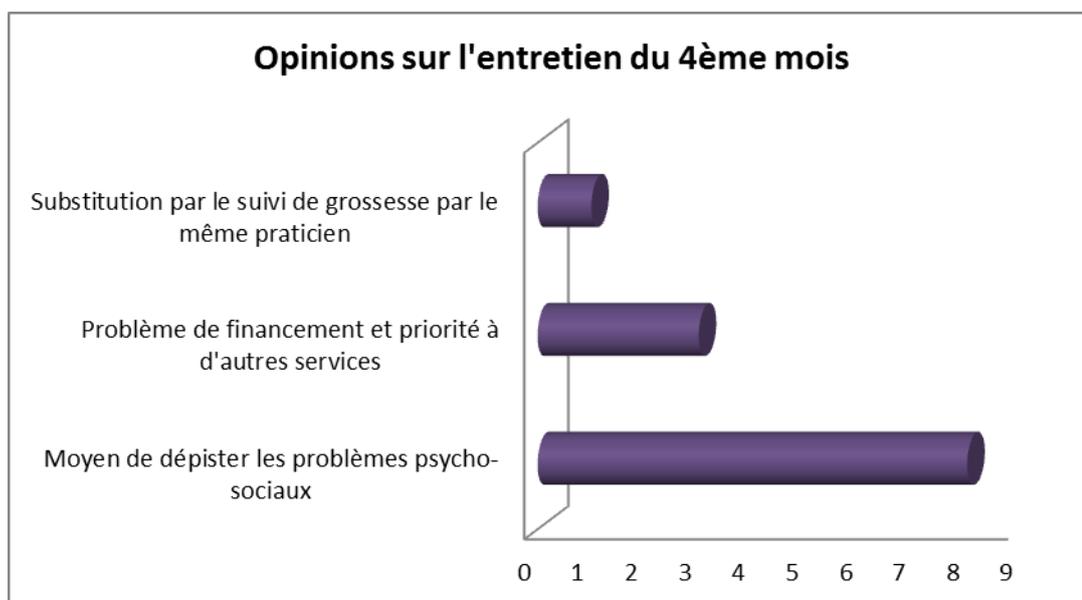


Figure 11 : Les différentes notions abordées par les praticiens

Le praticien n°3 **juge préférable de délivrer une information aux femmes, tout au long de la grossesse, en augmentant le temps imparti à chaque consultation** plutôt que « *donner trop d'informations à un moment T de la grossesse.* »

4.3. Troisième thème : Introduction du DAD-P en consultation

Après avoir présenté le questionnaire DAD-P, nous avons recueilli leurs premiers sentiments à son égard :

Un praticien a refusé de l'utiliser durant les trois mois suivants.

Six professionnels pensent que le DAD-P peut être une **aide lorsque l'échange s'avère difficile** mais **ne peut substituer le dialogue** spontané :

« Il y a certaines patientes avec qui ça ne passe pas, avec qui ce n'est pas simple et je pense que dans ce cas-là, ça peut être bien, mais ça ne remplacera jamais le dialogue entre deux personnes. »

Deux praticiens abordent le facteur temps et expliquent :

« Cela peut prendre une minute à faire c'est vrai mais si elle répond positivement à une question et qu'elle se met à parler vingt minutes, ça ne va pas être gérable, si elle enchaîne et qu'elle se met à expliquer certaines choses, tu perds un temps considérable. »

« Je pense que dans l'idéal c'est bien, mais qu'il faut avoir du temps pour gérer la réponse. »

Une fiche récapitulative des facteurs de risque repérables dans le pré-partum a été donnée à chaque professionnel.

Après une période de trois mois en moyenne, nous avons revu en entretien les professionnels ayant accepté de participer à cette deuxième partie de notre étude.

Nous avons mis en évidence deux populations :

- Une population n'ayant finalement pas utilisé le DAD-P,
- Une population ayant utilisé le DAD-P.

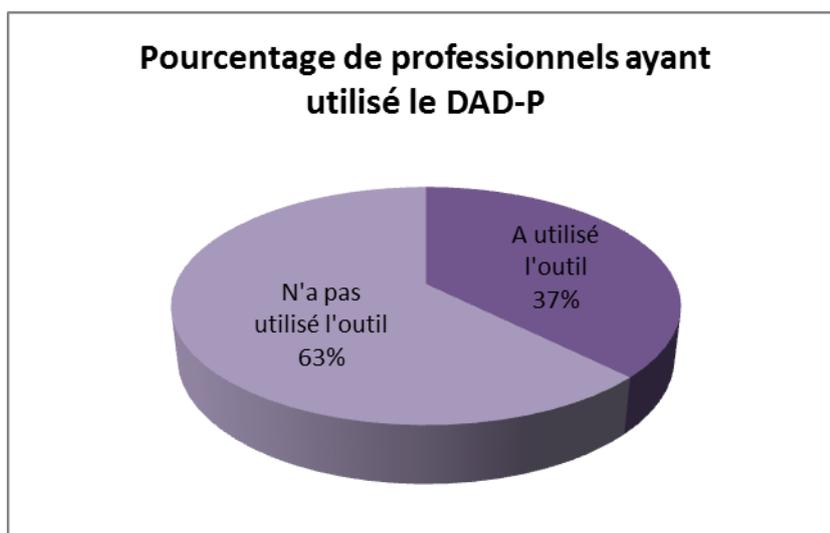


Figure 12 : Pourcentage de professionnels ayant utilisé le test de dépistage au terme de trois mois d'expérimentation

Ce second entretien était composé de deux parties :

- Une partie concernant le test, **seuls les praticiens ayant utilisé le DAD-P étaient interrogés,**
- **Une partie commune aux deux populations.**

4.4. Entretiens après la mise en place du DAD-P

Sur les huit professionnels ayant accepté d'utiliser le DAD-P, seulement **trois** d'entre eux l'ont réellement utilisé à l'issue des trois mois.

Deux des professionnels l'ayant testé avaient **45 minutes** de temps de consultation. Le troisième professionnel l'ayant utilisé avait **en moyenne 20 minutes** de consultation.

Les raisons pour lesquelles les cinq autres professionnels ne l'ont pas utilisé sont les suivantes :

- **Un** professionnel pense qu'un tel test de dépistage peut représenter une **entrave au dialogue spontané** existant entre deux interlocuteurs : *« j'avais l'impression que ça cassait un peu la discussion et la fluidité de*

l'échange, ça faisait un peu comme un obstacle. J'ai donc préféré discuter avec elles et les aider à plus me parler. »

- **Trois** praticiens ont évoqué **le manque de temps** : *« on n'a pas le temps en consultation et puis j'ai ma technique, je pose des questions si quelque chose m'interpelle sinon je ne dis rien. Je creuse seulement sur signes d'appel. »*
- **Un** praticien a **perdu les feuilles** de test et n'a donc pas pu l'utiliser : *« Si tu n'as pas les feuilles dans les dossiers, tu ne penses pas à le faire. »*

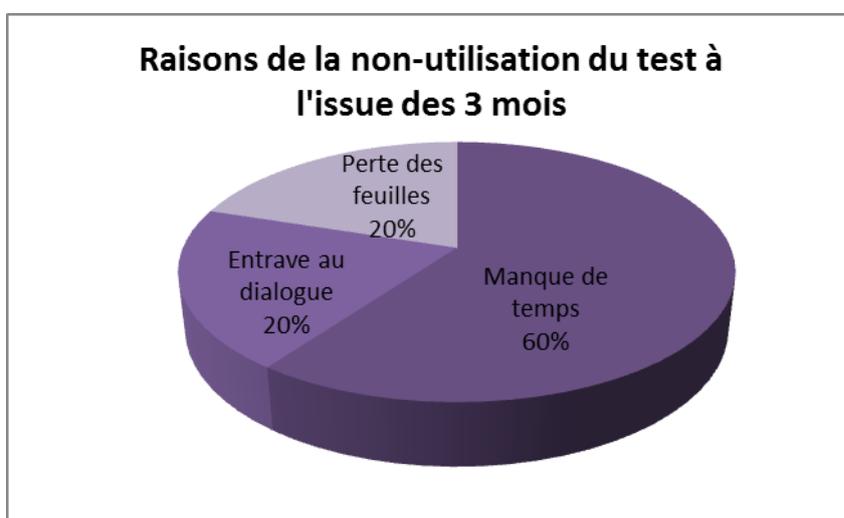


Figure 13 : Raisons pour lesquelles les praticiens n'ont pas utilisé le test

4.4.1. Professionnels ayant utilisé le DAD-P

4.4.1.1. Contexte d'utilisation : le temps de consultation

Le praticien n'ayant que 20 minutes de temps de consultation ne l'a pas utilisé pour toutes ses patientes **du fait du manque de temps** :

*« Honnêtement, je ne les ai pas choisis en fonction de critères spécifiques, **quand j'avais un peu de temps dans la journée, je me disais que je pouvais en faire quelques-uns, si je n'avais pas le temps, je n'en faisais pas, c'était au tout venant mais surtout en fonction du timing.** »*

Un des deux praticiens bénéficiant de 45 minutes l'a utilisé pour toutes ses patientes **excepté pour deux d'entre elles, par manque de temps également** ; en effet, les deux patientes présentaient un retard non négligeable :

« Les deux à qui je ne l'ai pas fait, c'était des dames très en retard dans la consultation. Je ne leur ai même pas proposé, avec 30 minutes pour les deux patientes, je n'ai pas pu le faire passer. »

L'autre praticien ayant 45 minutes de temps de consultation l'a utilisé **pour toutes ses patientes.**

4.4.1.2. Quand l'utiliser ?

Nous avons proposé de l'utiliser lors d'une ouverture de dossier pour deux raisons :

- Le temps de consultation est plus long (en moyenne dix minutes de plus),
- Ce test pouvant être intégré à l'anamnèse des données psycho-sociales.

Cependant, nous avons précisé aux professionnels qu'il était possible de l'utiliser dans d'autres conditions s'ils le désiraient.

- Les 3 praticiens qualifient **ce test d'intrusif pour une première consultation**, ils abordent le fait qu'une **relation de confiance doit être instaurée** avant d'aborder les questions de ce test.
- Si nous voulons agir rapidement et anticiper correctement le post-partum avec une prise en charge adaptée, **faire ce test au 3^{ème} trimestre est jugé trop tardif par les professionnels**, l'un d'entre eux s'exprime : *« il ne faut pas le faire trop tard pour pouvoir réagir, mais pas à l'ouverture de dossier parce que c'est un peu intrusif, il faut **qu'elle soit en confiance.** »*

Ils insistent sur le fait de préciser aux patientes **que le dépistage est systématique afin qu'elles ne se sentent pas attaquées ou stigmatisées** :

*« J'ai précisé que c'était un test de dépistage pour toutes les patientes que je suivais, je pense **qu'il faut rester dans le « c'est un dépistage proposé de manière systématique »**.*

4.4.1.3. Réactions des patientes

Les professionnels définissent la réaction des patientes **comme bonne**: « *Les patientes sentent que c'est une zone de sensibilité, ça ne les étonne pas qu'un professionnel puisse se poser la question et puis comme elles se sentent fragilisées par rapport à d'habitude, ça ne les choque pas, elles ne sont pas étonnées.* »

Un praticien nous fait part de son point de vue initial, en effet, **il s'attendait à plus de réserve** de la part des femmes : « *Je m'attendais à plus de réticences de leur part, c'était mon préjugé, mais finalement non ça leur a peut-être fait prendre conscience que le suivi de grossesse ce n'était pas que le toucher vaginal.* »

Les termes suivants « agréablement surpris », « contentes que l'on s'intéresse à autre chose », « ça fait prendre conscience que le suivi de grossesse, ce n'est pas qu'un toucher vaginal » témoignent du fait ces questions ne sont que très rarement incluses dans l'interrogatoire classique.

Les trois praticiens **n'ont rencontré aucune difficulté** lors du passage de ce test. Par ailleurs, les deux professionnels ayant eu des résultats positifs au test de dépistage ne l'ont pas annoncé à la patiente car un résultat positif est jugé trop anxiogène pour la patiente. La dernière a annoncé que les tests négatifs.

4.4.1.4. Outil permettant d'aborder certains sujets

Ce test est défini par les praticiens **comme un « tremplin »** permettant d'aborder plus facilement les questions relatives à l'estime de soi, la solitude ou encore les auto-accusations: « *Surtout les questions relatives au mental qui m'ont beaucoup aiguillé : est-ce que vous vous reprochez des choses ? Ce test est un tremplin pour aller plus loin.* »

La question du systématique est également abordée, en effet, un professionnel s'exprime : « *Il y a quand même des patientes pour lesquelles on ne se doute pas qu'elle pleure plus que la moyenne, parce qu'on a l'impression que tout va bien (...), à priori elles semblaient bien entourées.* »

Un autre praticien rajoute : « *On est **au-delà des apparences, je pense que j'ai un a priori en voyant la personne, plus sensibilisé sur les personnes à cibler plus que sur la dépression en elle-même.** »*

Le troisième insiste sur le fait que **le test a permis d'apporter des informations supplémentaires concernant la dépression du post-partum, le baby blues et évoque le fait que les patientes ne sont pas renseignées sur le sujet** : « *Oui par rapport à la dépression d'une manière générale, au moins pour 4 dames, parce que commencer à parler du baby blues relativement tôt dans la grossesse ce n'est pas tous les jours ! En parlant de la dépression, j'ai parlé de la dépression entourant la grossesse, donc en post-natal, deux mamans m'ont parlé du baby-blues, du coup, ça leur a amené des questions : « est ce que le baby-blues c'est une dépression ? », finalement ça a été une porte ouverte à une discussion, je pense que les patientes ont des connaissances assez limitées mais c'est en rapport avec le fait que c'est très tabou. »*

Pour 2 praticiens sur 3, ce test a permis de délivrer des informations supplémentaires concernant la dépression. Un des praticiens insiste sur le fait que les patientes ont des connaissances assez limitées sur le sujet, c'est l'une des raisons pour lesquelles elles n'en parlent que très peu : « c'est très tabou », « difficile d'en parler » soulignent la difficulté qu'ont les praticiens mais également les patientes à aborder le sujet.

4.4.1.5. Conclusions

Les trois praticiens interrogés pensent refaire ce test dans les semaines à venir, **les questions sur l'estime de soi seront réutilisées et intégrées à l'interrogatoire**. Les trois ont considéré que ce test était **un outil utile pour dépister certaines fragilités pouvant être difficilement perçues lors d'un interrogatoire classique**. « *Je pense que, bien qu'étant sensibilisée, peut-être qu'en post-partum, je devrais aborder encore plus franchement la question de la dépression, lors de la préparation à la naissance, j'estime que je le fais suffisamment mais plutôt dans le post-partum et vers 6-7 mois de grossesse éventuellement **glisser les questions sur les pleurs, solitude, reprocher des choses. Je vais tirer des questions de ce test sans pour autant faire passer le test en lui-même.** »*

« J'y ai réfléchi, je me suis posée la question... Peut-être pas sous forme de test mais je pense qu'il y a certains items que j'aimerais bien intégrer dans les questionnaires systématiques : l'impression que les autres ne vous comprennent pas, qu'il vous manque de sympathie , je ne vais peut-être pas assez loin, idem pour la solitude, je vais penser à la solitude pour une femme qui me dit qu'elle n'a pas de conjoint mais une femme qui est en couple spontanément je n'y penserai pas, ce sont des questions dans ma pratique que je cible beaucoup plus sur certaines personnes que sur d'autres : c'est un tort, je pense. »

« Oui je vais le refaire pour les 2 patientes (anorexie et problèmes de sommeil), je ne le réutiliserai pas en systématique mais à la moindre chose que je sens oui, c'est un tremplin. »

4.4.2. Partie commune de l'entretien

4.4.2.1. Contexte idéal pour délivrer une information sur la DPP

Cinq praticiens évoquent le fait que l'information sur la DPP doit se faire dans un **climat serein et non lors d'un phénomène aigu**, un professionnel précise : « il faut que ce soit fait à un bon moment, il faut un climat de confiance. »

La préparation à la naissance semble être un moment idéal pour délivrer une information sur la DPP ; cependant 5 professionnels sur les 6 ayant évoqué cette réponse, précisent que l'information en groupe pourrait être complétée d'une information individuelle dans le cadre d'une consultation prénatale par exemple.

4.4.2.2. L'EPDS lors de la consultation post-natale

L'ensemble des professionnels pense que le passage systématique de l'EPDS lors de la consultation post-natale serait utile.

- Le praticien n°5 **aborde le facteur temps en précisant que la consultation post-natale nécessite moins de temps qu'une consultation prénatale de routine** : *« L'idée d'un dépistage systématique ne me dérange pas, en plus, on a plus de temps en post-natal, enfin on a le même temps mais il y a*

moins de choses à faire et à dire, généralement on rattrape le retard avec les post-partum, ça fait 5-10min rarement 15min entières. »

- Un autre professionnel (praticien n°7) **pense qu'au contraire, la consultation post-natale nécessite du temps** : « *Il faut du temps pour cette consultation, certaines fois, plus qu'en prénatal. »*
- Le praticien n°3 **insiste sur le fait que la consultation post-natale est le dernier moment où l'on peut mettre en place une prise en charge** : « *C'est le dernier moment pour les rattraper, après tu ne peux plus. »*

4.4.2.3. Les retours sur les femmes victimes de DPP

Sept praticiens sur les huit interrogés pensent qu'avoir des retours sur les femmes victimes de DPP les sensibiliseraient davantage au dépistage :

Le praticien n°2 énonce : « *Ça nous sensibiliserait beaucoup au dépistage, je pense que si l'on n'a pas de nouvelles on se dit que tout va bien. Du coup, on pourrait se replonger sur la grossesse, sur certains faits. C'est difficile à mettre en place. Dépister une pathologie dont on ne saura pas la finalité est compliqué. »*

Le praticien n°7 évoque **l'impact positif que cela pourrait avoir sur les pratiques professionnelles.**

Le dernier professionnel s'exprime : « *je n'ai pas besoin de retour. »*

4.4.2.4. Vous sentez-vous sensibilisé à la DPP ?

Les huit professionnels interrogés se sentent sensibilisés à la dépression du post-partum.

- Un d'entre eux précise le fait que d'en avoir parlé lui a permis d'y réfléchir et se sent donc plus sensibilisé qu'il y a trois mois.
- Nous ne notons aucune différence de sensibilisation en fonction du sexe du praticien, cependant, le praticien n°9 pense toutefois que les femmes seraient, naturellement, plus sensibilisées que les hommes sur le sujet.

5. Analyse et discussion de l'étude

Les nouvelles recommandations du Plan Périnatal 2005-2007 proposent une prise en charge plus humaniste de la grossesse qui consiste « à renforcer l'estime de soi, le sens critique, la capacité de prise de décision et la capacité d'action de la femme ou du couple. De ce fait, le rôle des professionnels et les relations des professionnels de santé entre eux se trouvent modifiés. La personnalisation de l'accompagnement, la mise en place de dispositifs précoces et leur poursuite, en particulier pour les femmes les plus vulnérables, impliquent une continuité de la démarche de soins et une meilleure coordination par un travail en réseau, quels que soient la discipline et le mode d'exercice. » : Ceci est à l'origine de nos questionnements et recherches.

Avant de débiter notre discussion, il semble important de mettre en exergue les limites ainsi que les forces que cette étude peut présenter :

➤ Les limites de l'étude :

Le premier point a discuté est **le nombre faible de professionnels présents dans notre étude**. En effet, ce travail ayant été réalisé sous la forme d'entretiens semi-directifs, il nous a été difficile d'inclure un grand nombre de professionnels étant donné les contraintes d'emploi du temps qui s'imposaient à eux.

Il est également important de souligner l'existence de biais non négligeables dans l'élaboration d'une étude utilisant la technique d'entretien : certaines réponses peuvent être biaisées par le désir de l'interviewé de « répondre correctement » aux questions posées.

➤ Les forces de l'étude :

Cette étude est une étude prospective multicentrique avec expérimentation d'un outil de dépistage mis en place pendant trois mois au sein des services de consultations prénatales.

Les entretiens semi-directifs permettent de recueillir une certaine richesse d'informations en comparaison aux questionnaires.

A travers nos résultats, nous avons pu mettre en lumière plusieurs points importants que nous allons analyser et discuter.

Nous allons reprendre une à une nos hypothèses pour enfin les confirmer ou infirmer.

Cet échantillon de professionnels est trop restreint pour permettre une généralisation des réponses à l'ensemble des sages-femmes et obstétriciens. Il s'agit d'une démarche qualitative permettant d'élaborer des axes de réflexion, ce travail ne doit, en aucun cas, être perçu comme une critique des professionnels.

5.1. Les professionnels de santé (sages-femmes et obstétriciens) ne reçoivent pas de formations initiale et continue suffisantes au dépistage des femmes à risque de développer une dépression dans le post-partum

5.1.1. Formation initiale comme première obstacle à la sensibilisation des professionnels

D'après Molénat F, pédopsychiatre (41): « Il ne sert à rien d'accuser les médecins de ne pas écouter. Pour écouter, il faut déjà disposer de réponses possibles. » Cette citation évoque la première difficulté des médecins et sages-femmes.

Les résultats de notre étude montrent que plus de la moitié des professionnels interrogés s'est sentie démunie en début de carrière concernant le dépistage des vulnérabilités psychologiques.

Leurs paroles expriment aisément les lacunes de leur formation initiale: « *la dépression n'a jamais été abordée* » ou encore « *il n'était expliqué que la psychose puerpérale* ».

Nous supposons que les deux professionnels n'ayant jamais abordé la dépression du post-partum pendant leurs études ont du se former seuls ; pourtant aucun d'entre eux n'a suivi de formation extérieure donnant pour motif un manque d'informations les concernant: « *ce n'est pas par manque d'intérêt mais je ne me sens pas informé* » ou encore « *j'ai cherché mais je n'ai rien trouvé.* »

De plus, ces deux professionnels n'intègrent pas la collaboration médico-psychologique quotidienne dans leur formation continue, ils n'ont également jamais assisté au staff MPS.

Nous pouvons donc nous poser la question des moyens utilisés par ces praticiens pour dépister ces femmes à risque :

➤ Le rôle de la sensibilité et de l'expérience dans le dépistage

Nous nous sommes intéressés aux praticiens définissant leur formation initiale d'insuffisante en essayant de comprendre comment ces derniers s'étaient formés par la suite : il n'y a qu'un seul praticien sur les 9 interrogés qui a suivi une formation extérieure sur la dépression alors qu'il évalue sa formation initiale de suffisante, il se dit « *être sensibilisé à la base* » et pense qu'il faut, de façon naturelle, avoir un certain intérêt pour la question. Ce praticien est également impliqué de façon active dans le staff Médico-Psycho-Social (MPS).

Parmi les praticiens jugeant leur formation initiale d'insuffisante (5 professionnels) :

- Aucun n'a suivi de formation extérieure, pour la plupart par manque d'informations concernant ces formations,
- Aucun ne participe au staff MPS,
- Un d'entre eux définit comme formatrice la collaboration médico-psychologique,
- Un d'entre eux dit avoir lu à plusieurs reprises des articles et un livre récemment.

La majorité des praticiens ayant jugé leur formation d'insuffisante n'ont pratiqué **aucune formation permettant « la mise à niveau » leurs connaissances.**

Cependant tous les professionnels disent apprendre avec l'expérience et la pratique référant ainsi aux différentes situations rencontrées quotidiennement, aux échanges entre collègues, à la collaboration médico-psychologique sans oublier les événements de vie personnels pouvant sensibiliser davantage un individu.

Un des praticiens pour lequel la formation a été exprimée comme insuffisante nous fait part de sa façon de dépister ces femmes : « *c'est avec l'expérience que l'on dépiste mais c'est surtout au **feeling*** » ; en effet, ces notions de ressenti et d'expérience apparaissent dans la majorité des entretiens.

Nous pouvons supposer que la mise en avant de ces notions subjectives de ressenti et de feeling énoncées par les professionnels **renvoie indirectement au manque de moyens concrets.**

En dehors de toutes formations, il est tout à fait possible d'imaginer que certains professionnels sont plus sensibles à ce genre de problématique, une **sensibilité corrélée à une certaine qualité d'écoute**, un d'entre eux énonce : « *Le dépistage oui c'est une part de notre formation mais c'est surtout en fonction de la sensibilité de chacun.* » La qualité d'écoute est décrite comme un des atouts indispensable au dépistage permettant aux patientes de se confier plus facilement : « *il y a une façon de mener un entretien qui fait que les gens parlent, il faut savoir écouter surtout, et ça malheureusement, on n'a pas tous les mêmes avantages de ce côté-là* » : en d'autres termes, le dépistage, hormis le fait qu'il fasse parti de notre formation, se trouve modifié en fonction de l'intérêt du praticien et de sa capacité à écouter.

Ce dernier rajoute « *la dépression n'est pas un sujet qui me sensibilise* » : l'aspect « facultatif » du dépistage renvoie à une **sous-estimation des conséquences de la dépression du post-partum et plus globalement à la période post-natale** : « *L'idée d'un dépistage systématique ne me dérange pas, en plus, on a plus de temps en post-natal, enfin on a le même temps mais il y a moins de choses à faire et à dire, généralement on rattrape le retard avec les post-partum, ça fait 5-10min rarement 15min entières.* »

Cette sous-estimation des troubles dépressifs et de leurs conséquences pourrait prendre racine dans le manque de formations initiale et continue.

Cependant elle n'est pas l'unique conséquence de lacunes, les professionnels nous font part d'une réalité clinique : le dépistage des risques de dépression post-natale en anténatal constitue une réelle difficulté pouvant s'expliquer par le fait que dépister une patiente à risque de développer une pathologie à distance de l'accouchement n'est pas banal, un des praticiens s'exprime sur ses difficultés de dépistage : « *Dépister une pathologie dont on ne saura pas la finalité est compliqué.* »

En effet, il peut être aisé d'observer des symptômes objectifs, de repérer des troubles bien palpables, de reconnaître des troubles fonctionnels dénoncés par le patient, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de se prononcer sur des signes relatifs au relationnel ou lorsque la notion d'être en difficulté est niée par les intéressés, obstacle venant s'ajouter au dépistage. Ce sont des situations où la

subjectivité domine ce qui fait de la dépression post-natale une pathologie singulière autant du point de vue clinique que du point de vue du dépistage.

Se former par l'expérience est citée par tous les professionnels, l'expérience permet d'acquérir une confiance en soi et une sécurité, à travers les différentes situations rencontrées.

A travers leur discours : la sensibilité de chacun mêlée à l'apprentissage de terrain jouerait un rôle primordial dans le dépistage et expliqueraient que certains professionnels dépistent avec plus ou moins de facilités.

L'expérience permettrait de se créer ses propres outils : « *j'ai ma technique* » du fait du manque de formation initiale.

En vue des résultats, nous pouvons supposer que les lacunes de leur formation initiale représentent le premier obstacle à leur sensibilisation.

Un enseignement théorique solide aurait pour rôle premier la transmission du savoir de certaines notions tels que la prévalence, les aspects cliniques ainsi que les conséquences sur la relation mère-enfant : il s'agirait alors de ce que nous pourrions appeler la première phase de sensibilisation.

Par la suite, en fonction des intérêts de chacun et comme dans tous les domaines, un professionnel se formera davantage.

Le repérage des fragilités psychologiques est essentiellement défini comme un apprentissage de terrain, plus ou moins développé en fonction de la sensibilité de chacun ; ces professionnels se sont créés leurs propres outils du fait du manque de formation.

Ces deux groupes (formation suffisante/ formation insuffisante) sont composés à la fois de médecins et de sages-femmes, nous le soulignons étant donné les cursus différents des deux professions.

La formation initiale est majoritairement dite insuffisante, cependant, 100% des praticiens la trouvent indissociable de la pratique et de l'expérience.

Un des objectifs présents dans le Circulaire Molénat datant du 4 Juillet 2005 était d'accroître la sécurité des intervenants de première ligne (sages-femmes et obstétriciens entre autres, acteurs essentiels de la mise en confiance de la femme

enceinte et du futur père dans le système de soins. Il est précisé dans ce texte et repris également dans le Plan Périnatal 2005-2007 les conditions de cette sécurité renvoyant entre autre à leurs formations : « L'âme humaine serait l'affaire des psys et ne saurait relever du champ somatique. Cette position fut en partie nourrie par l'exclusion dans les études médicales d'une véritable formation aux enjeux relationnels et à la vie mentale, exclusion dont on connaît les conséquences ». (41)

5.1.2. Sécurité professionnelle et collaboration médico-psychologique : écouter, jusqu'où ?

Nous savons que le rapprochement de divers acteurs de santé concernés par la santé de l'enfant et son devenir est une donnée récente de la médecine (1). Ce rapprochement a permis la rencontre de deux mondes bien distincts mais également complémentaires : la culture somatique et la culture psychologique permettant ainsi une prise en charge plus adaptée de familles en difficulté.

« Les professionnels, avec l'expérience, ont appris à parler aux parents et à déceler certaines fragilités et c'est en partie grâce au renforcement des collaborations médico-psychologiques et à la facilité d'accès aux spécialistes de l'écoute », comme nous pouvons le constater dans nos résultats : **tel était un des objectifs de la Circulaire du Dr Molénat en Juillet 2005 repris par la suite dans le Plan Périnatal 2005-2007.**

➤ Le psychologue : un intervenant indispensable

Un des praticiens évoque la présence indispensable d'un psychologue dans une maternité : « *je pense que s'il y a bien un professionnel avec qui nous devons travailler, c'est eux, il est impossible de travailler sans.* » L'importance accordée à la présence du psychologue nous informe que le suivi psychologique des patientes fait partie intégrante du suivi de grossesse : ce point représente un des objectifs du Plan de Périnatalité 2005-2007. De plus, la totalité des praticiens interrogés met l'accent sur l'importance accordée à la facilité de ces échanges ainsi que la disponibilité des psychologues du service. En effet, la présence d'un psychologue pourrait sécuriser les professionnels de première ligne dans leurs pratiques professionnels. En comparaison, Dr Molénat F.,

dans son livre cité précédemment (41), rapporte les paroles d'un responsable de médecine foetale au sujet de l'introduction des psychologues au sein de son service : « Au début nous voulions qu'elles rencontrent tous les couples, de ce fait nous nous sommes sentis plus en sécurité. Puis nous avons réalisé que cet accompagnement relevait de notre responsabilité mais que nous avons besoin de ne pas être seuls, et d'apprendre à reconnaître les indicateurs de consultation spécialisée. »

La phrase rapportée précédemment décrit de façon claire la crainte qu'ont certains professionnels de se retrouver seuls face à certaines situations qu'ils ne pourraient gérer.

Dr Molénat met l'accent sur ce point : l'insécurité des professionnels renvoie au manque de formations. Ainsi, elle propose le renforcement des collaborations médico-psychologiques pouvant permettre aux psychologues de former les praticiens.

Un professionnel exprime l'importance de ces collaborations « *Nous avons vraiment besoin d'eux, on ne peut pas travailler sans eux et il faut qu'il y en ai un nombre dans la maternité en rapport avec le nombre de patientes.* »

Comme l'écrit Jean-Pierre Visier (42): « *Les psys doivent repérer derrière la demande des professionnels non psys de rencontrer un patient – au demeurant résistant – la demande implicite de ne pas rester seuls* ».

➤ Quelle prise en charge, pour quelle patiente ?

Les professionnels de « première ligne » ont désormais la charge de pressentir, puis d'accompagner – ce que J.-L. Graber appela joliment le « passage » (43) vers une demande de soins psychiques, mais comment s'en sortent-ils et sur quels critères reposent ces orientations ?

Au vue de nos résultats, nous constatons qu'il y a deux raisons qui dominent dans les demandes d'orientations : les antécédents de dépression ainsi que le manque de temps. En essayant de croiser nos résultats, nous sommes en mesure de nous demander si la qualité des formations (initiale, continue) joue un rôle dans les décisions d'orientations vers un suivi psychologique :

Mis à part les antécédents de dépression qui ont été cités par la majorité des professionnels, nous pouvons mettre en lumière certains points :

Parmi les praticiens jugeant suffisante leur formation initiale, la moitié d'entre eux a évoqué la prévention de la dépression du post-partum contrairement aux autres professionnels ne l'ayant pas évoqué. Les professionnels l'ayant mentionné justifient cette réponse par l'importance d'un premier contact avec un psychologue permettant ainsi d'instaurer une relation de confiance avant la période sensible du post-partum ; un des praticiens énonce : « *des fois, il n'y a rien pendant la grossesse mais je me dis que cette personne sera fragile en suites de couches et donc je préfère qu'elle établisse un premier contact avec le psychologue.* » ; le second ajoute « *une patiente qui a déjà vu le psychologue en pré-partum, elle va oser le rappeler en post-partum ; un des psychologues qui travaille avec nous est persuadé que le contact avec un psychologue en pré-partum est un élément clef* » .

Il est difficile d'en tirer des conclusions du fait de notre faible échantillon ; cependant, nous pouvons émettre, au vue des résultats précédents, l'hypothèse suivante : les professionnels formés initialement pourraient mettre en place plus facilement « des stratégies de prévention de la dépression post-natale » en pré-partum, probablement du fait de connaissances théoriques plus solides entraînant ainsi une reconnaissance de ses conséquences.

Parmi les praticiens jugeant insuffisante leur formation initiale, deux praticiens ont évoqué le manque de temps et un professionnel a évoqué le fait qu'il n'orientait que sur demande de la patiente, les deux autres abordent l'aspect enrichissant d'une consultation avec un psychologue : Nous pouvons souligner que ces motifs d'orientations et spécifiquement les deux premières ne nécessitent pas de réel dépistage de la part du professionnel.

Notre première hypothèse est partiellement affirmée : en effet, la formation initiale est dite insuffisante pour cinq professionnels sur les neuf interrogés ; cependant la formation continue est quasi inexistante.

Nous ne pouvons parler de dépistage sans aborder le facteur temps représentant une limite majeure, la disponibilité psychique renvoie à la disponibilité de temps des praticiens : la seconde hypothèse traite de cette notion.

5.2. Les sages-femmes et obstétriciens disposent d'outils adéquats (dossier obstétrical, temps imparti à chaque consultation) au repérage des femmes à risque de développer une dépression post-natale

5.2.1. Une entrave au dépistage : le facteur temps

Nous constatons, au travers les motifs d'orientations vers les psychologues que le manque de temps est une cause non négligeable d'orientations et représente une limite majeure au dépistage par les professionnels de première ligne. Or, pour certaines patientes, il est difficile d'accepter ou même de demander une aide psychologique par peur d'être stigmatisées ou encore d'être étiquetées de « folle ».

Les professionnels sont conscients de l'entrave au dépistage que représentent les contraintes d'emploi du temps : « *Je pense sincèrement que dépister et orienter en quinze minutes n'est pas possible, en tout cas, moi je n'en suis pas capable, je me dirais que j'ai forcément oublié quelque chose.* »

Le manque de temps apparait à toutes les étapes des entretiens, souvent en premier choix de réponses aux questions posées : formations, orientations vers les psychologues, données psychologiques non remplis dans le dossier obstétrical, cause de non présence au staff MPS, non utilisation d'un outil de dépistage. Il représente ainsi une limite majeure indépendante des praticiens, correspondant au fonctionnement actuel de nombreuses maternités et donc à la réalité de la clinique quotidienne.

Cependant, la raison du manque de temps met en lumière certains problèmes sous-jacents qui restent liés aux lacunes des formations. Nous savons que le dépistage de vulnérabilités nécessite une mise en confiance de la patiente ; le praticien doit être disponible et s'il n'est pas disponible au niveau du temps, il ne le sera pas psychiquement : la patiente ne se dévoilera donc pas. Un des professionnel exprime aisément ce problème : « *Je me débrouille pour faire une première consultation en trente minutes, je pense que ce n'est pas assez, tant pis, j'ai relativement de la chance, globalement les patientes le savent et ne parlent pas trop.* »

En réponse à ce manque de disponibilité, les professionnels évoquent l'intérêt du suivi par le même praticien permettant ainsi l'établissement d'un lien patient-soignant

et donc une mise en confiance de la patiente qui aura moins de difficultés à se livrer au fur et à mesure des consultations.

5.2.2. Le dossier médical : des avis partagés

D'après les résultats vus précédemment, les questions relatives au passé psychologique de la patiente peuvent être jugées inadéquates par certains professionnels ne remplissant pas de façon systématique les données psychologiques : *« il y a aussi certaines choses qui sont inadéquates quand on sent que la patiente va bien. »*. Une fois de plus, la notion de « ressenti » est abordée. En effet, certains items sont jugés inadéquats dans les situations où *« l'on sent que la patiente va bien. »* Nous avons demandé aux professionnels le remplissant systématiquement leurs avis sur la question. Selon eux, la raison pour laquelle les questions ne sont pas posées est essentiellement dû au fait que ces questions sont difficiles à poser et que certains pourraient redouter les réponses : *« Certains professionnels ne veulent pas poser de questions car ils ne sauraient pas quoi faire de la réponse, ils ne veulent pas avoir à gérer ce genre de problèmes, donc c'est plus simple de ne pas poser de questions. »*

Ne pas poser de questions pour ne pas avoir à gérer la réponse renvoie à l'insécurité des praticiens dans ce domaine. La difficulté de savoir si un suivi psychologique peut être nécessaire ou si la réponse aux questions « normales » de grossesses suffit, la difficulté à proposer un suivi sans froisser la patiente ou qu'elle se sente stigmatiser. Voici une problématique que nous ne retrouvons pas dans la résolution de problèmes médicaux dont les réponses sont plus ou moins connues, obéissant la plupart du temps à des protocoles bien définis. Un autre professionnel s'exprime sur le sujet : *« Je pense qu'un certain nombre de personnes ne veut pas mettre les pieds dans le plat et qu'un grand nombre de questions seraient posées s'ils étaient sur qu'on leur réponde non. »* Un praticien évoque la façon de mener un entretien, il dit que même si les questions sont souvent intrusives, il y a une manière de conduire un entretien et de reformuler certains items, le but étant, selon lui, de trouver un moyen de poser la question d'une manière masquée, ce praticien suit actuellement un master de pédagogie.

Le dépistage des vulnérabilités psychologiques ne nécessite pas le même temps dans la gestion des réponses en comparaison aux problèmes somatiques, une fois de plus, le suivi par un même praticien représente un atout considérable.

Notre deuxième hypothèse est partiellement infirmée : le facteur temps est incontestablement une entrave au dépistage. Le dossier AUDIPOG représente un outil riche d'informations, cependant les questions sont décrites comme trop intrusives et difficiles à poser par les praticiens, la difficulté de mener un entretien en intégrant des composantes psychiques est mise en lumière par les professionnels.

5.3. L'introduction, au sein des services de consultations, d'un test de dépistage rapide des risques de dépression du post-partum est un bon moyen de sensibiliser les professionnels de la grossesse à la dépression.

5.3.1. Analyse de la population ayant utilisé le DAD-P

Les trois praticiens ayant utilisé ce test se disent naturellement très intéressés par le dépistage des femmes vulnérables psychologiquement.

Il semble important d'analyser la population ayant utilisé ce test de dépistage : sur les neuf praticiens ayant été interrogés lors du 1^{er} entretien, seulement trois professionnels ont utilisé le DAD-P. D'après les résultats vus précédemment (Figure n°15), la raison principale du défaut de participation était le manque de temps en consultation.

Il semble intéressant de discuter des conditions dans lesquelles les praticiens ont utilisé le DAD-P : deux des trois professionnels avaient 45 minutes de temps de consultation, c'est-à-dire le double de temps en moyenne en comparaison aux autres praticiens. Le troisième avait en moyenne 20 minutes mais précise l'avoir utilisé surtout en fonction de son emploi du temps : « *quand j'avais un peu de temps dans la journée, je me disais que j'allais en faire quelques-uns, quand je n'avais pas le temps, je n'en faisais pas.* » Encore une fois, la question du manque de temps se pose.

De plus, un des deux praticiens disposant de 45 minutes nous informe du fait du

retard de deux patientes, il n'a pas pu leur proposer: « *Les deux à qui je ne l'ai pas fait, c'était des dames très en retard dans la consultation. Je ne leur ai même pas proposé, avec 30 minutes pour les deux patientes, je n'ai pas pu le faire passer* ». Ce point paraît essentiel : en effet, ce dernier, n'a pu l'utiliser lorsqu'il était dans les mêmes conditions de travail que les autres professionnels n'ayant pas pu l'utiliser. Il est donc possible de mettre en lumière le fait que le facteur temps est, une fois de plus, une entrave au dépistage.

5.3.2. Un support objectif

Pour reprendre les résultats de notre étude, le DAD-P a fait l'objet de critiques positives. En effet, il est défini par les praticiens **comme un « tremplin »** permettant d'aborder plus facilement les questions relatives à l'estime de soi, au sentiment de solitude ou encore les auto-accusations: « *Surtout les questions relatives au mental qui m'ont beaucoup aiguillé : est-ce que vous vous reprochez des choses ? Ce test est un tremplin pour aller plus loin.* » Les praticiens nous expliquent que les questions sur l'estime de soi, les reproches et les auto-accusations apportent beaucoup d'informations sur le psychisme d'une patiente, sur ses craintes et qu'elles ne s'intègrent pas dans leur interrogatoire classique. Pourtant, selon la littérature (1), (10), (12), (14), ces notions sont fréquemment retrouvées au cours d'une dépression ou en tant de signes prédictifs de dépression post-natale.

A la suite de ces entretiens, plusieurs points peuvent être soulignés :

➤ Au-delà du paraître

La question des apparences a été abordée plusieurs fois et est intimement liée à la question du « ressenti » exposée par la majorité des professionnels. En effet, un des professionnels s'exprime à ce sujet : « *Il y a quand même des patientes pour lesquelles on ne se doute pas qu'elle pleure plus que la moyenne, parce qu'on a l'impression que tout va bien (...), à priori elles semblaient bien entourées.* » Un autre praticien rajoute : « *On est **au-delà des apparences**, je pense que **j'ai un a priori en voyant la personne*** » Ce test permet donc de rendre concrets certains « ressentis », sentiments subjectifs

pouvant être trompeurs même après des années d'expériences, les trois praticiens étant tous diplômés depuis plus de dix ans.

La notion de « ressenti » avait été exprimée par la majorité des professionnels lors des premiers entretiens dans lesquels se confondaient les notions de sensibilité et de sensibilisation : la sensibilité étant exprimée comme un atout dont certains sont dépourvus, elle est inhérente à l'individu et définit comme facultative par certains; la sensibilisation est l'action de sensibiliser et fait donc partie d'un des devoirs auxquels les praticiens doivent répondre y compris les personnes n'ayant pas de sensibilité pour ce sujet . Le fait que les patientes soient suivies par le même praticien est un atout non négligeable concernant l'établissement d'une relation de confiance patient-soignant. Ce test peut être discutable lorsque les patientes ne sont pas suivies par le même obstétricien ou par la même sage-femme ; en effet, il semble compliqué, d'après les praticiens, de poser ces questions lors d'une première consultation.

➤ La vision des patientes

Les professionnels nous font part des réactions des patientes face à ce test : les termes suivants « *agréablement surpris* », « *contentes que l'on s'intéresse à autre chose* », « *ça fait prendre conscience que le suivi de grossesse, ce n'est pas qu'un toucher vaginal* » témoignent du fait que ces questions ne sont que **très rarement incluses dans l'interrogatoire** classique mais qu'elles sont également **très bien acceptées par les patientes**. Il est possible que ces réactions aient permis **une mise en confiance et un renforcement de la sécurité des praticiens** l'ayant utilisé permettant ainsi des échanges fructueux et aux patientes de poser des questions : « *elle m'a demandé si le baby blues était une dépression* ». Ceci a donc permis aux praticiens d'apporter des informations supplémentaires concernant la dépression du post-partum ainsi que sur le baby blues. Un des praticiens évoque le manque de connaissances des patientes sur ce sujet : le risque encouru par la patiente étant d'être mal informé via des moyens tels que le net d'où l'importance d'une information par un professionnel de santé. Ce manque d'informations peut être lié au fait que la maternité est décrite et imaginée le plus souvent comme un évènement heureux. En effet, les femmes craignent le jugement social, elles peuvent se trouver confrontées entre le besoin de garder une image d'elle-même valable de « mère suffisamment bonne » décrit par Winnicott et la

nécessité de reconnaissance de leurs souffrances, les femmes culpabilisent donc de ressentir de tels sentiments : cette reconnaissance passe par les professionnels, l'entourage joue également un rôle important.

Ce manque d'informations peut être lié à la difficulté qu'ont les professionnels d'en parler : un des praticiens pense désormais insister davantage sur ce genre d'informations lors des séances de préparation à la naissance.

Les professionnels pensent réutiliser certaines questions provenant de ce test et les réintégrer à leur interrogatoire classique : ce sont celles portant sur l'estime de soi, les reproches, les auto-accusations.

5.3.3. Une alternative à l'entretien du 4^{ème} mois

Nous pensons qu'il faut effectivement prendre en compte le contexte socio-économique dans lequel nous nous situons. En effet, une forte majorité des professionnels exprime l'aspect très positif d'un entretien du 4ème mois. Ils pensent que ce dernier représente un excellent moyen de dépister les problèmes psychosociaux.

Cependant, les plus réalistes d'entre eux mettent en balance le caractère facultatif de cet entretien avec la nécessité de créer des postes supplémentaires déjà manquants dans d'autres services tels que la salle de naissance. Le suivi par un même praticien tout au long de la grossesse ainsi que l'utilisation d'un tel test lorsque le dialogue s'avère difficile peut permettre une reconnaissance des facteurs de vulnérabilité ; cette technique ne substitue en aucun cas l'entretien du 4ème mois mais permettrait un dépistage concret permettant ainsi de mettre en place une prise en charge adaptée (*annexe n°7*), il représenterait une aide au dialogue. Cependant, nous avons constaté que le facteur temps était la principale entrave, à la fois au dépistage mais également à la mise en place d'un test de dépistage.

La troisième hypothèse est partiellement affirmée: l'introduction d'un tel test pose des problèmes organisationnels pour une grande majorité des praticiens. Bien que le test en lui-même soit très rapide à faire, la gestion de la réponse peut prendre plus de temps, il est possible que cela soit une des raisons pour lesquelles le domaine psychologique est, certaines fois, mis de côté. Cependant, les praticiens ayant utilisé

le DAD-P pensent le réutiliser car le définissent comme un véritable tremplin permettant d'apporter des informations supplémentaires concernant la DPP.

6. Propositions

6.1. La formation des professionnels

6.1.1. La formation initiale

Tout au long de ce travail, nous avons souligné le fait que les sages-femmes et obstétriciens ne bénéficiaient pas de la même formation initiale. Cependant, la majorité des professionnels, sages-femmes et médecins confondus disent se sentir démunis en début de carrière et tous définissent ce dépistage comme un apprentissage de terrain. Bien que les cursus soient différents, dépister des fragilités psychologiques est un devoir faisant partie de nos compétences communes.

La question à laquelle nous proposons de répondre est la suivante : comment apporter aux futurs professionnels une formation initiale minimum de manière à les sensibiliser dès le début de leur carrière professionnelle ?

Nous avons, pour se faire, décidé d'écouter les praticiens qui, dans leur grande majorité, aimeraient plus de « travaux dirigés » au cours desquels il serait possible de discuter de cas cliniques comme il est fait en obstétrique et pédiatrie dans les écoles de sages-femmes. L'objectif serait d'acquérir précocement certains automatismes concernant l'anamnèse psychologique, trop souvent négligée, afin de l'intégrer dans l'interrogatoire classique.

Ceci permettrait également de pouvoir discuter de la prise en charge de ces patientes et des divers moyens que nous avons pour leur venir en aide. Dans les écoles de sages-femmes, ces cas cliniques pourraient être intégrés aux ARC d'obstétrique portant sur les consultations prénatales et post-natales.

Concernant les cours théoriques, nous pensons que la dépression du post-partum nécessite un cours à part entière dans lequel nous seraient expliqués les facteurs de risque, les tableaux cliniques, les divers conséquences ainsi que les outils de dépistage utilisable pendant les périodes du pré et post-partum.

Il semble important que les étudiants intègrent ces notions de façon précoce au cours de leur cursus, ainsi ils pourraient les mettre en œuvre au cours des stages en consultations dès la première année.

6.1.2. La formation continue

La formation continue est indispensable pour les professionnels médicaux, elle doit être présente tout au long de leur carrière afin de permettre une « mise à niveau » des connaissances et des pratiques, complétant ainsi une formation initiale qu'elle soit bonne ou non. La médecine évolue rapidement et les acteurs de santé ont pour devoir de suivre ses avancées dans le domaine les concernant.

Il semble important de souligner que la formation continue regroupe à la fois des formations extérieures (master, DU..), congrès, séminaires, colloques, les lectures avec l'accès à des bases de données médicales ou encore la formation quotidienne à l'hôpital par l'intermédiaire de staff, réunions, synthèses interprofessionnelles.

Au cours de nos entretiens, les professionnels ont largement abordé le rôle des staffs dans leur formation continue. Ces staffs auraient pour objectif de sensibiliser les personnels médical et paramédical sur des questions de santé publique.

Ils permettraient un rappel des connaissances théoriques mais également une partie concernant l'importance de travailler en réseaux avec les PMI (psychologues, sages-femmes, puéricultrices de secteur, pédiatre), des sages-femmes libérales ou encore médecins généralistes.

La collaboration entre ces intervenants ainsi que les retours d'informations sont des points importants.

De plus, les professionnels évoquent le manque d'informations concernant les diverses formations extérieures possibles, il semble important de préciser que tous les congrès médicaux ainsi que les formations médicales continues sont disponibles sur <http://www.medcongrès.com> ainsi que sur <http://www.cngof.asso.fr>.

6.2. Propositions en antépartum

Les professionnels ont mentionné l'importance d'aborder la question de la dépression dans « un cadre serein », c'est la raison pour laquelle nous insistons sur les consultations prénatales ainsi que sur la PNP.

6.2.1. La Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP)

La Haute Autorité de Santé (HAS) propose, dans ses recommandations concernant la PNP, des outils pour les professionnels (*Annexe 6*) :

- Un guide pour l'entretien du premier trimestre pouvant ainsi servir lors de la première consultation. Cet outil est composé de dix questions permettant aux professionnels de santé de mieux connaître leurs patientes. L'entretien du 4^{ème} mois n'étant pas en place dans toutes les maternités, il serait envisageable de l'utiliser lors de la première rencontre.
- Une liste de facteurs de vulnérabilité reprenant les facteurs de risque présentant dans notre première partie.

Le rôle de la Préparation à la naissance devrait être promu par tous les professionnels de santé entourant la grossesse. Nous sommes conscients que l'entretien du 4^{ème} mois, considéré comme la première séance de préparation à la naissance, ne peut être mis en place dans toutes les maternités, cependant, **il semble indispensable de la proposer en insistant sur le fait qu'elle peut être faite par une sage-femme libérale ou encore en PMI.**

D'après notre étude, il semblerait utile d'éduquer les patientes ou le couple sur les troubles anxieux et dépressifs pouvant survenir au cours de la grossesse et dans le post-partum en insistant sur les différences entre un baby blues et une dépression post-natale, mais également sur la nécessité d'en parler et la possibilité de revenir à la maternité après la consultation post-natale.

D'après l'enquête nationale périnatale de 2003, une « préparation à la naissance » a été suivie par environ 66,6% des primipares et par 24,9% des multipares, ces chiffres ont peu variés depuis l'enquête de 1998 signifiant ainsi qu'un grand nombre de femmes ne bénéficient pas des informations sur la dépression post-natale. L'unique possibilité, pour elles d'en recevoir étant lors des consultations prénatales.

6.2.2. Les consultations prénatales

D'après les résultats de notre étude, il semble intéressant de proposer l'intégration des questions concernant l'estime de soi, les reproches, le sentiment de solitude dans l'interrogatoire classique. Une fiche récapitulative des facteurs de risque prédictifs de DPP pourrait être utile également.

Le retour des informations par les psychologues concernant les patientes suivies s'avère indispensable, une fiche spécialisée que nous pourrions nommer « parcours psychologique » pourrait être mis en place et assurerait la transmission de ces informations entre les psychologues/psychiatres et les sages-femmes et obstétriciens

6.3. Propositions en post-partum

6.3.1. Les suites de couches

Chabrol et al, en 2004 a proposé d'utiliser l'échelle d'EPDS pendant les trois jours de suites de couches afin de dépister un risque de DPP. (8)

L'introduction de l'EPDS au sein des services de suites de couches pourrait permettre aux professionnels d'organiser un suivi adapté en lien avec la PMI, ou encore le passage régulier d'une sage-femme libérale avant la consultation post-natale.

La feuille de l'EPDS serait mise dans le dossier et donc serait accessible lors de la visite post-natale permettant ainsi de refaire le test et de proposer un suivi psychologique ou psychiatrique en cas de dépression majeure.

6.3.2. La consultation post-natale

D'après nos entretiens, les praticiens pensent envisageable l'utilisation de cette échelle lors de la consultation post-natale.

6.3.3. La PNP en post-partum : une solution ?

D'après l'HAS, des séances de PNP au cours de la période post-natale pourraient être envisagées. Un des objectifs nous intéressant tout particulièrement est le

soutien à la parentalité et à la confiance en soi avec la recherche de signes de dépression du post-partum.

Ces séances pourraient être organisées par des sages-femmes libérales au cabinet ou encore à domicile.

Nous notons que les interventions psycho-sociales faites par des intervenants de PMI, libéraux ou par d'autres professionnels de santé ont fait preuve de leur effet préventif sur la DPP pendant la période post-natale (44), cet effet n'était pas retrouvé en prénatal. (45)

6.3.4. Un staff à distance de l'accouchement : une possibilité de retours sur les dépressions post-natales

Nous pensons que la prévention de la DPP passe également par une « revalorisation de la période post-natale » par les acteurs de périnatalité. Pour ce faire, nous pensons que la mise en place « d'un staff post-partum » à distance de la consultation post-natale (six mois post-accouchement) permettrait aux professionnels de santé d'avoir des retours sur les pathologies du post-partum, en particulier sur les dépressions. Ce staff serait constitué de professionnels libéraux, travaillant en PMI ayant suivi les patientes en difficulté dans les mois suivants l'accouchement. Il permettrait ainsi de se pencher sur la grossesse et les éléments de vulnérabilité déjà présents. Ceci représenterait une formation continue et sensibiliserait les professionnels à la fois pendant la grossesse avec la recherche de facteurs de risque mais également dans le post-partum. Un des professionnels s'exprime à ce sujet : *« il faudrait plus de staff là-dessus pour que tout le monde soit sensibilisé, nous devrions repartir des patientes qui ont présenté une dépression, reprendre le dossier et voir si la prise en charge était bonne et quels étaient les facteurs de risque. »*

Conclusion

La prévention de la dépression post-natale lors des consultations prénatales n'est pas aisée pour les professionnels pour différentes raisons que nous avons exposé tout au long de ce travail. En effet, les professionnels de santé nous ont fait part de leurs lacunes concernant leur formation initiale. Ce manque de sensibilisation au cours de leurs études ne leur permet pas de débiter leur carrière de façon sereine vis-à-vis du dépistage de cette pathologie, la majorité nous disant s'être sentie démunie. Ils nous font part de leur façon de repérer ces femmes basée essentiellement sur leurs impressions et ressentis. De plus, leur manque de temps s'ajoute au défaut de dépistage pouvant ainsi expliquer une formation continue quasi inexistante ainsi que des orientations vers un spécialiste de l'écoute souvent en lien. Ainsi pour pallier à la difficulté décrite pour poser certaines questions en rapport avec le domaine psychologique, nous leur avons proposé d'utiliser un outil de dépistage lors de leurs consultations prénatales. Le DAD-P a été construit à cet effet, prenant en considération, le temps de consultation souvent réduit. Au terme de trois mois, peu de professionnels l'avaient utilisé, essentiellement du fait de l'obligation de prendre du temps si les réponses s'avéraient positives. Cependant, les professionnels l'ayant utilisé le définissent comme un tremplin pour aborder certaines questions rarement abordées lors d'un interrogatoire classique. Certaines actions pourraient être mises en place au sein des écoles de sages-femmes ainsi qu'à la faculté de médecine afin d'intégrer précocement ce dépistage dans les techniques d'entretien apprises. De plus, l'hôpital joue un rôle primordial sur la formation continue des professionnels, demandeurs de staff sur ce sujet : « afin que l'on soit tous sensibilisé ». Enfin, ces entretiens ont également permis de mettre en lumière une réalité clinique en lien avec le défaut de sensibilisation sur le sujet : dépister un risque de dépression post-natale n'est pas motivant, en effet, les professionnels disent n'avoir aucun retour concernant leurs patientes après la consultation post-natale donc ne seront jamais confrontés à cette pathologie. La mise en place d'un staff à six mois du post-partum, en lien avec les PMI mais également les libéraux permettrait un retour des informations et donc une possible sensibilisation sur le sujet. Depuis la loi Hôpital Patients, Santé, Territoire du 21 juillet 2009, les sages-femmes ont acquis de

nouvelles compétences concernant le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception. Désormais, certaines sages-femmes seront amenées à voir en consultation de gynécologie des femmes ayant accouché l'année précédente, elles seront donc confrontées à certaines pathologies du post-partum c'est une des raisons pour lesquelles elles doivent être sensibilisées à la dépression post-natale.

Bibliographie

1. HEIM N, NUSS P, PHILIPPE H. Troubles psychiatriques du post-partum. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* ,2000; 110(10) : 5
2. DAYAN J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2007 Oct.; 36(6) : 549-561
3. SUTTER-DALLAY A.L, GUEDENEY N. Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 2010; 20(37) :200
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *MINI DSM-IV, critères diagnostiques*. Washington DC, traduit à Paris par Guelfi J. : *Masson*, 1994, p.194
5. CHABROL H, TEISSEDRE F. Dépistage, prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude comparative randomisé chez 450 femmes. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2004; 52(5):266-273
6. LEVY-SOUSSAN P. *Psychiatrie*.3ème Ed. Paris: Med-line, 2007, p.350
7. CHABROL H, TEISSEDRE F. Dépistage, prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude contrôlée chez 859 sujets. *L'encéphale*, 2002 Fév. ; 28(1):63-8
8. CHABROL H, TEISSEDRE F. Etude de l'EDPS (échelle post-natale d'Edinburgh) chez 859 mères : dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. *L'encéphale*, 2004 Sep; 30(4):376-81
9. GOURION D. Evènements de vie et sévérité de la dépression aux différents

âges de la vie. *L'encéphale*, 2009 Déc.; 35(7):250-6

10. GASMAN I, ALLILAIRE J. Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. 2è Ed. Paris: Masson, 2009, p. 123
11. AYISSI L, HUBIN-GAYTE H. Irritabilité du nouveau-né et dépression maternelle du post-partum. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2006 Avr.; 54(2):125-132
12. SUTTER-DALLAY A.L. Troubles psychiatriques et période périnatale. *Annales médico-psychologiques*, 2005 Juil.; 163(6):524-8
13. FERRERI F, NUSS P, PERRETI C. Clinique des états dépressifs. *L'encyclopédie médico-chirurgicale*, 2007 ; 110(10), p.37
14. CHARDEAU P. Dépressions pré et post-natales : importance de leur dépistage et de leur prise en charge. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2000 Jan; 29(1):52
15. OLIE J, GALLARDA T, DUAUX E. Le livre de l'interne. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2000, p. 296-7
16. POSTEL J. Dictionnaire de Psychiatrie et de psychopathologie clinique. Paris : Larousse, 1998, p.136-7
17. SOUFIA M, AOUN J, GORSANE M. ISRS et grossesse: revue de la littérature. *L'encéphale*, 2010 Avr.
18. DAYAN J, YOSHIDA K. Thérapeutique des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2007 Oct.; 36(6):530-548
19. SUTTER-DALLAY A.L, NEZELOF S, GLANGEAUD N. Hospitalisation conjointe mère-bébé en psychiatrie. *Annales médico-psychologiques*, 2005

Août; 163(6):529-534

20. DAYAN J, DUTORDOIT A, MARTIN T. Les unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé en psychiatrie, état des lieux en France. *Annales médico-psychologiques*, 2003 Sep; 161(7):504-9
21. CHABROL H, SEJOURNE N, MAINELLA E. Étude du lien entre le niveau de connaissances des mères sur le baby blues et l'intensité de sa symptomatologie. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 2007 Oct.; 17(3):120-4
22. BENABU-SAADA L. Rôle du médecin généraliste dans les suites de couches, *tiré d'AKOS (Traité de Médecine)*, 2010 ; p.1390
23. JOUPPE J. À propos du post-partum blues. *Annales médico-psychologiques*, 2007 Déc.; 165(10):749-767
24. GELDER M, MAYOU R, COWEN P. *Traité de Psychiatrie*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2005, p. 467
25. CHABROL H, SEJOURNE N, THEUX G, Denis A. Influence de certaines variables psychologiques, psychosociales et obstétricales sur l'intensité du baby blues. *L'encéphale*, 2008 Avr.; 34(2):179-182
26. CHABROL H, SEJOURNE N. Prévention du blues du post-partum : étude pilote. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2007 Déc.; 35(12):1242-4
27. M'BAILARA K, SWENDSEN J, GLATIGNY-DALLAY E. Le baby blues : caractérisation clinique et influences de variables psycho-sociales. *L'encéphale*, 2005 Juin; 31(3):331-6
28. SADOCK B, KAPLAN H. *Synopsis de psychiatrie, science du comportement, psychiatrie clinique*. Pradel, 1998. p. 37

29. BASSI M. Prevalence and treatment of the postpartum depression: the impact of cultural factors. *European Psychiatry*, 2010; 25(1):531
30. GUEDENEY A, BUNGENER C, WIDLOCHER D. Le post-partum blues : une revue critique de la littérature. *Psychiatrie de l'enfant*, 1993; 36:329-354
31. HARDY-BAYLE M. Psychiatrie. DOIN, 2005, p.240
32. DENIS A, CALLAHAN S. État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 2009 Déc.; 19(4):116-9
33. GUEDENEY A, ATGER F. Attachement et développement. *L'encéphale*, date non renseignée ; 200(37), p. 35
34. MONTAGNER H. Processus d'attachement et du « fonctionnement » de l'enfant: nouvelle approche. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* ,2004 Juin; 32(6):525-539
35. http://www.enfant-encyclopedie.com/pages/PDF/depression_maternelle.pdf consulté le 09/09/2010
36. NANZER N, RIGHETTI-VELTEMA M. le DAD-P : un outil simple pour le dépistage anténatal du futur risque de dépression du post-partum. *Revue médicale Suisse*, 2009;(5):395-401
37. LOPEZ A, MELISKA C, PARRY B. Premenstrual Dysphoric Disorder and Postpartum Major Depression: Chronobiology. *Expert review of Obstetrics and Gynecology*, 2009
38. http://www.medical78.com/nat_plan_perinate.pdf consulté le 27/ 11/2010
39. http://www.medical78.com/nat_circulaire_juillet.pdf consulté le 27/11/2010

40. <http://www.has-sante.fr/anaes/publications.nsf/> consulté le 27/11/2010
41. MOLENAT F. Prévention précoce : petit traité pour construire des liens humains. Toulouse : Eres, 2009, p.128
42. VISIER J.-P, MAURY M. La demande d'aide psychologique : de l'explicite à l'implicite tiré de Naissances (Cahiers de l'Afrée) n° 19 : Climats, 2004, p. 43-49
43. GRABER J.-L. L'enfant, la parole et le soin. Toulouse, Eres, 2004, p.241
44. ARMSTRONG K.-L, FRASER J.-A. A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *J. Paediatr. Child Health*, 1999; 35: 237-244
45. http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/mgcom/fr/ consulté le 22/12/2010

Annexes

Annexe 1 : le Dépistage Anténatal du risque de Dépression du Post-partum (DAD-P) (dépistage large)

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

1. Avez-vous des démangeaisons ?

Oui, beaucoup ____ (1 point)

Oui, moyennement ____ (0 point)

Oui, un peu ____ (0 point)

Non, pas du tout ____ (0 point)

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

Oui, souvent ____ (1 point)

Oui, moyennement ____ (0 point)

Oui, un peu ____ (0 point)

Non, pas du tout ____ (0 point)

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

Oui, beaucoup ____ (1 point)

Oui, moyennement ____ (0 point)

Oui, un peu ____ (0 point)

Non, pas du tout ____ (0 point)

4. Avez-vous un sentiment de solitude ?

Oui, souvent ____ (3 points)

Oui, moyennement ____ (2 points)

Oui, un peu ____ (1 point)

Non, pas du tout ____ (0 point)

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

Oui, souvent ____ (1 point)

Oui, moyennement ____ (1 point)

Oui, un peu ____ (1 point)

Non, pas du tout ____ (0 point)

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

Oui, souvent ____ (1 point)

Oui, moyennement ____ (0 point)

Oui, un peu ____ (0 point)

Non, pas du tout ____ (0 point)

Score: ____ points

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

Questions supplémentaires

7. Pleurez-vous facilement ?

Oui, beaucoup ____ (1 point)

Oui, moyennement ____ (1 point)

Oui, un peu ____ (0 point)

Non, pas du tout ____ (0 point)

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

Oui ____ (0 point)

Non, mais je l'ai fait pour une grossesse précédente ____ (1 point)

Non ____ (1 point)

Score: ____ points

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

Risque de dépression du postpartum: Le DAD-P est positif si l'échelle est positive *OU* si les deux questions supplémentaires sont positives.

Annexe 2 : Trame Entretien n°1 (avant la mise en place du test de dépistage)

La dépression du post-partum est un véritable problème de santé publique. Cette pathologie de la grossesse est en constante augmentation. Elle touche près de 15% des femmes ayant accouché et se manifeste en moyenne 6 semaines après la naissance mais peut apparaître à tout moment dans l'année suivant l'accouchement. Comme tout problème de santé publique, une prévention en amont est nécessaire. Les obstétriciens et les sages-femmes sont au premier plan, lors des consultations et se doivent de dépister ces femmes à risque.

1er grand thème : la formation initiale (connaissances acquises en fac de médecine, école de sage-femme) et la formation continue

- Avez-vous l'impression d'avoir reçu une formation initiale suffisante ?
- Que pensez-vous de la formation continue concernant la dépression du post-partum?
- Quel rôle le personnel psychiatrique a-t-il joué lors de cette formation? Avez-vous déjà assisté à des colloques, séminaires, congrès ?
- Quels sont les facteurs de risque/ symptômes que vous relevez comme étant des facteurs de risque de dépression du post-partum?
- Pour quelles raisons et à quel moment orientez-vous les patientes aux psychologues ?
- Selon vous, quelle(s) action(s) pourrait-on mettre en œuvre, aussi bien dans les écoles, facultés de médecine qu'à l'hôpital ? Que faudrait-il changer ?

2ème grand thème : les outils utilisables à l'hôpital

- De combien de temps, en moyenne, disposez-vous pour chaque consultation ?
- Quelles sont, en règle générale, les raisons pour lesquelles le temps imparti à chaque consultation est dépassé ?

- Concernant le recueil des données psychologiques lors de l'anamnèse, le dossier obstétrical vous semble-t-il adéquat ? Le remplissez-vous systématiquement?
- Selon vous, quelles sont les raisons pour lesquelles le dossier n'est pas rempli de façon systématique?
 - * manque de temps
 - * vous redoutez la réponse
 - * pour des questions d'éthique
 - * autres: précisez
- Si vous deviez-vous apporter des modifications au dossier obstétrical (rubriques supplémentaires, fiche spécialisée), quelles seraient-elles ?
- Quel est votre opinion concernant l'intérêt de l'entretien du 4ème mois ?
- Devrait-il, selon vous, être mis en place de façon systématique dans toutes les maternités ?

3ème grande partie : Le test de dépistage (DAD-P)

Son objectif: le test de dépistage permet à tout professionnel de santé d'effectuer, durant la grossesse de leur patiente, un screening régulier du risque de dépression du post-partum afin de prendre en charge au mieux ces femmes après l'accouchement.

- Que pensez-vous d'un outil de dépistage rapide des risques de dépression du post-partum ?
- Pensez-vous réalisable de relever des risques de dépression du post-partum avant même l'accouchement?

Une fiche « récapitulative » des facteurs de risque de dépression post-natale est distribuée.

Le test DAD-P leur sera expliqué dans les détails.

Il sera mis en place pendant les mois d'Aout, Septembre et Octobre.

Annexe 3 : Fiche récapitulative des facteurs de risque prédictif de DPP

- Histoire personnelle de dépression ou de dépression du post-partum
- Dépression ou importante anxiété durant la grossesse
- Antécédents familiaux de troubles de l'humeur
- Manque d'estime de soi
- Relation de couple conflictuelle ou insatisfaisante, dépression du partenaire
- Antécédents de violences (sexuelle, travail, partenaire, enfance)
- Relation conflictuelle avec sa propre mère, décès, séparation
- Manque de soutien de la part de l'entourage (partenaire, parents, amis)
- Grossesse non désirée
- Difficultés socio-économiques : absence de partenaire ou d'emploi, problèmes financiers
- Ages extrêmes
- Nausées et vomissements sévères
- Antécédents d'avortements répétés
- Problème d'infertilité : parcours difficile
- Antécédents obstétricaux (mort fœtale, IMG..) ou grossesse pathologique
- Migration géographique, barrage de la langue (français non parlé ou non compris).

Annexe 4 : Trame Entretien n°2 (après la mise en place du test de dépistage)

Partie spécifique aux professionnels ayant utilisé le DAD-P

Thème 1 : Modalités d'utilisation

L'avez-vous fait à toutes vos patientes ?

- Si oui, pourquoi ?
- Si vous l'avez fait à certaines et pas à d'autres, précisez pourquoi et expliquer quelles sont les raisons qui vous ont motivé à le faire.

L'avez-vous fait passer lors de la 1^{ère} consultation ?

- Si oui, pourquoi ?
- Si non, précisez quand et expliquer à quel moment de la grossesse serait-il plus judicieux de l'utiliser ? dans quel autre contexte ? (GHR, urgences...)

L'avez-vous fait passer plusieurs fois à la même patiente ?

- Si oui, pourquoi ?

L'avez-vous utilisé sous la forme d'auto-questionnaire ? Si oui, quand pensez-vous ?

Avez-vous eu des difficultés par rapport au test ?

Avez-vous utilisé la fiche récapitulative des facteurs de risque ?

Avez-vous apporté des informations supplémentaires sur la dépression post-natale ?

Si oui, lesquelles ?

Thème 2 : Réaction des patientes

Ce test a-t-il provoqué de l'angoisse chez certaines patientes ?

Ce test a-t-il suscité des réactions imprévisibles ?

Comment avez-vous annoncé le résultat du test s'il était positif ?

Qu'avez-vous fait s'il était positif ?

Avez-vous été étonné de certains résultats ou de certaines réponses ?

Conclusion du test

Ce test vous a-t-il permis d'aborder certains sujets plus facilement ?

Pensez-vous l'utiliser dans les semaines à venir ? Expliquer pourquoi

Vous a-t-il sensibilisé à la dépression post-natale ?

Partie commune à tous les professionnels

Propositions

Selon vous, qui devrait dépister ces femmes ?

Un retour d'informations concernant les patientes pour qui une dépression est objectivée vous semble un bon moyen de sensibilisation ?

Que pensez-vous de faire passer l'EDPS en systématique à la consultation post-natale ? (explication sur l'EDPS)

Quelles sont les actions pouvant vous sensibiliser ?

Vous sentez-vous sensibiliser au problème ?

Pensez-vous que la santé mentale des femmes est tout aussi importante que la santé physique ?

Annexe 5 : L'Échelle Postnatale d'Édimbourg (EPDS)

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	0
Pas tout à fait autant	1
Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci	2
Absolument pas	3

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir.

Autant que d'habitude	0
Plutôt moins que d'habitude	1
Vraiment moins que d'habitude	2
Pratiquement pas	3

3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal.

Oui, la plupart du temps	3
Oui, parfois	2
Pas très souvent	1
Non, jamais	0

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.

Non, pas du tout	0
Presque jamais	1
Oui, parfois	2
Oui, très souvent	3

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons.

Oui, vraiment souvent	3
-----------------------	---

Oui, parfois	2
Non, pas très souvent	1
Non, pas du tout	0

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les évènements.

Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations	3
Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude	2
Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations	1
Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude	0

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil.

Oui, la plupart du temps	3
Oui, parfois	2
Pas très souvent	1
Non, pas du tout	0

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse.

Oui, la plupart du temps	3
Oui, très souvent	2
Pas très souvent	1
Non, pas du tout	0

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré.

Oui, la plupart du temps	3
Oui, très souvent	2
Seulement de temps en temps	1
Non, jamais	0

10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal.

Oui, très souvent	3
Parfois	2
Presque jamais	1
Jamais	0

D'après Chabrol et al,

Si score > 9 à J3 : facteur prédictif de DPP

Si score > 12 à 4-6 semaines du post-partum : dépression majeure

Annexe 6 : Outil pour l'entretien du 1^{er} Trimestre et fiche des facteurs de risque que propose l'HAS aux professionnels de santé

Guide pour l'entretien du 1^{er} Trimestre

Qui est la femme enceinte, le couple
Ce que la femme vit et a vécu
Ce qu'elle ressent
Ce qu'elle fait
Ce qu'elle sait
Ce qu'elle croit
Se sent-elle menacée et par quoi
Ce dont elle a envie
Ce qu'elle veut connaître et apprendre
Ce qu'elle souhaite, accepte et veut faire

Fiche récapitulative des facteurs de risque

Problèmes de type relationnel
Antécédents obstétricaux mal vécus
Violence domestique
Stress, anxiété, troubles du sommeil
Épisode dépressif
Addictions
Précarité, risque social (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé ou rupture conjugale)
Naissance à haut risque psycho-affectif.

Annexe 7 : arbre décisionnel en fonction du résultat du DAD-P

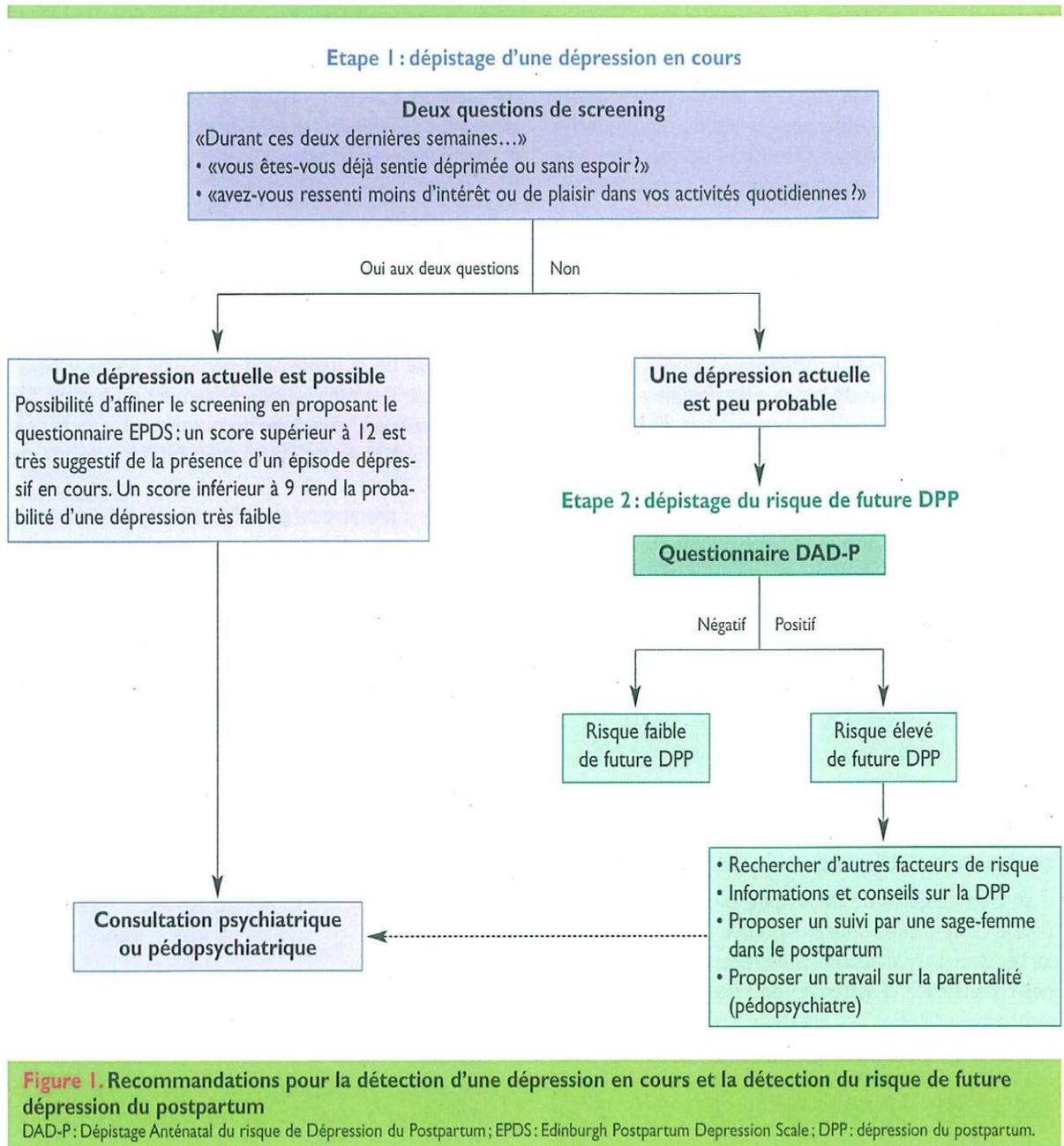


Figure 1. Recommandations pour la détection d'une dépression en cours et la détection du risque de future dépression du postpartum

DAD-P: Dépistage Anténatal du risque de Dépression du Postpartum; EPDS: Edinburgh Postpartum Depression Scale; DPP: dépression du postpartum.

Prévention de la dépression post-natale,
Dépister en consultations prénatales : entretiens auprès des sages-
femmes et des obstétriciens

La dépression du post-partum est une complication de l'accouchement qui touche plus d'une femme sur dix ce qui fait de cette pathologie une réelle préoccupation de santé publique. Notre étude interroge les sages-femmes et obstétriciens de consultations prénatales, sur les ressources dont ils disposent pour dépister ces femmes. Au cours de ce travail, nous avons évalué également l'acceptabilité d'un outil de dépistage le DAD-P leur permettant d'aborder certaines questions rarement incluses dans l'interrogatoire classique. Les praticiens l'ayant utilisé le considèrent comme une base concrète à leurs ressentis ; les autres professionnels disent ne pas l'avoir utilisé par manque de temps, principale entrave au dépistage. La formation des professionnels sur la dépression post-natale devant être améliorée, la mise en place d'un staff post-natal à distance de l'accouchement pourrait être envisagée pour sensibiliser les professionnels aux conséquences de la dépression.

Mots-clés : Dépression post-partum ; prévention ; anténatal ; DAD-P; facteurs de risque.

Prevention of postnatal depression,
Detect in antenatal consultations: interviews with midwives and
obstetricians

The postpartum depression is a complication of childbirth that affects over one in ten women what makes this disease a real public health concern. Our study questions the midwives and obstetricians at antenatal clinics, the resources at their disposal to detect those women. In this work, we also evaluated the acceptability of a screening tool DAD-P allowing them to address certain issues rarely included in conventional interrogation. Practitioners having used it as a concrete basis for their feelings, other professionals say they do not have used it for lack of time, the main barrier to screening. The training of professionals on post-natal depression to be improved, the establishment of a postnatal staff at distance of the delivery could be envisaged to sensitize professionals to the consequences of depression.

Keywords: Post-partum depression; prevention; antenatal; DAD-P; risk factors.