



HAL
open science

La dépression du post partum : qualité de l'information reçue et prévalence du risque à J3 : étude menée auprès de 208 femmes au CHU de Caen

Audrey Varin

► **To cite this version:**

Audrey Varin. La dépression du post partum : qualité de l'information reçue et prévalence du risque à J3 : étude menée auprès de 208 femmes au CHU de Caen. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01197083

HAL Id: dumas-01197083

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01197083>

Submitted on 11 Sep 2015

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.



CAEN - CAMPUS 5
BIBLIOTHÈQUE
UNIVERSITAIRE
SANTÉ

CHUCaen

ECOLE DE SAGES-FEMMES

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

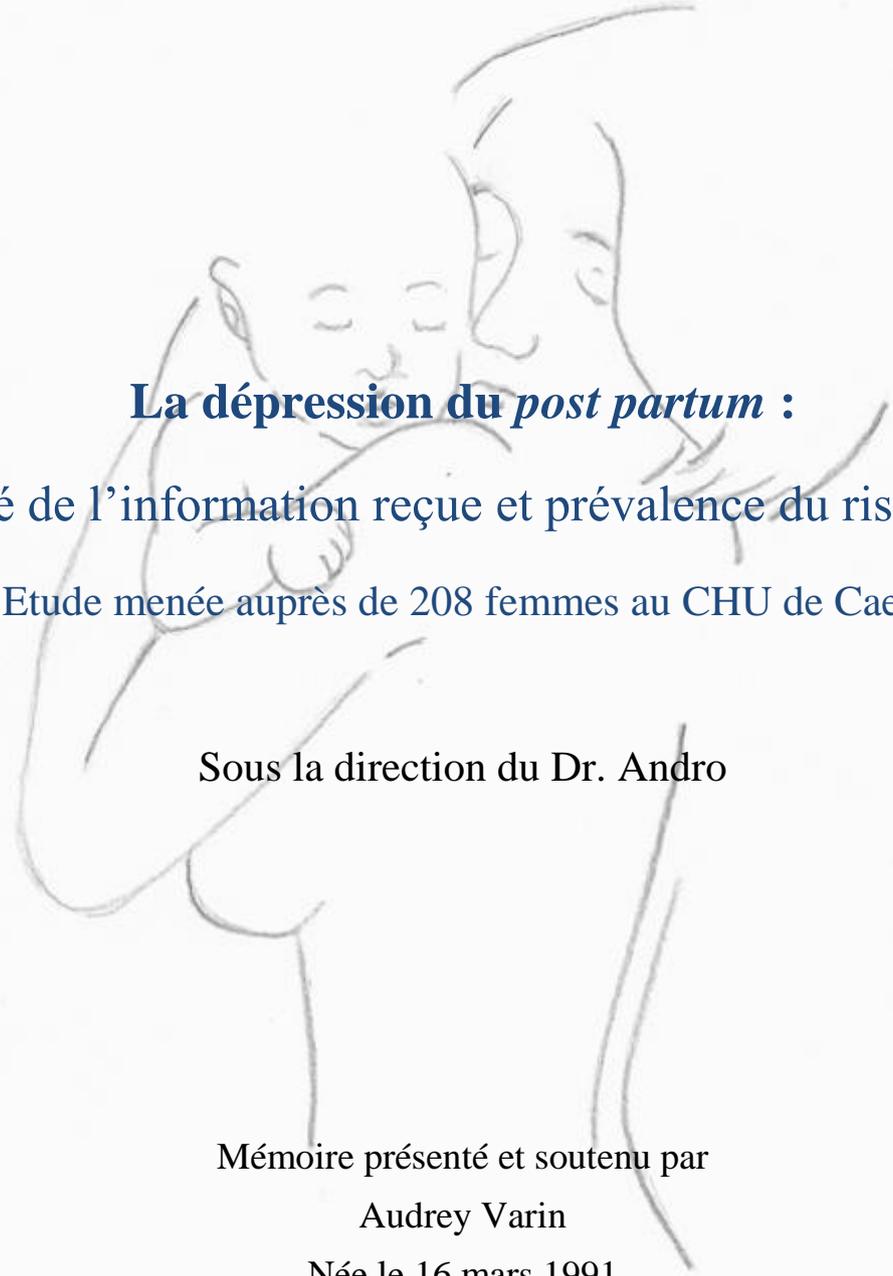
Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

Ecole de Sage-femme
Université de Caen



La dépression du *post partum* :

Qualité de l'information reçue et prévalence du risque à J3

Etude menée auprès de 208 femmes au CHU de Caen

Sous la direction du Dr. Andro

Mémoire présenté et soutenu par

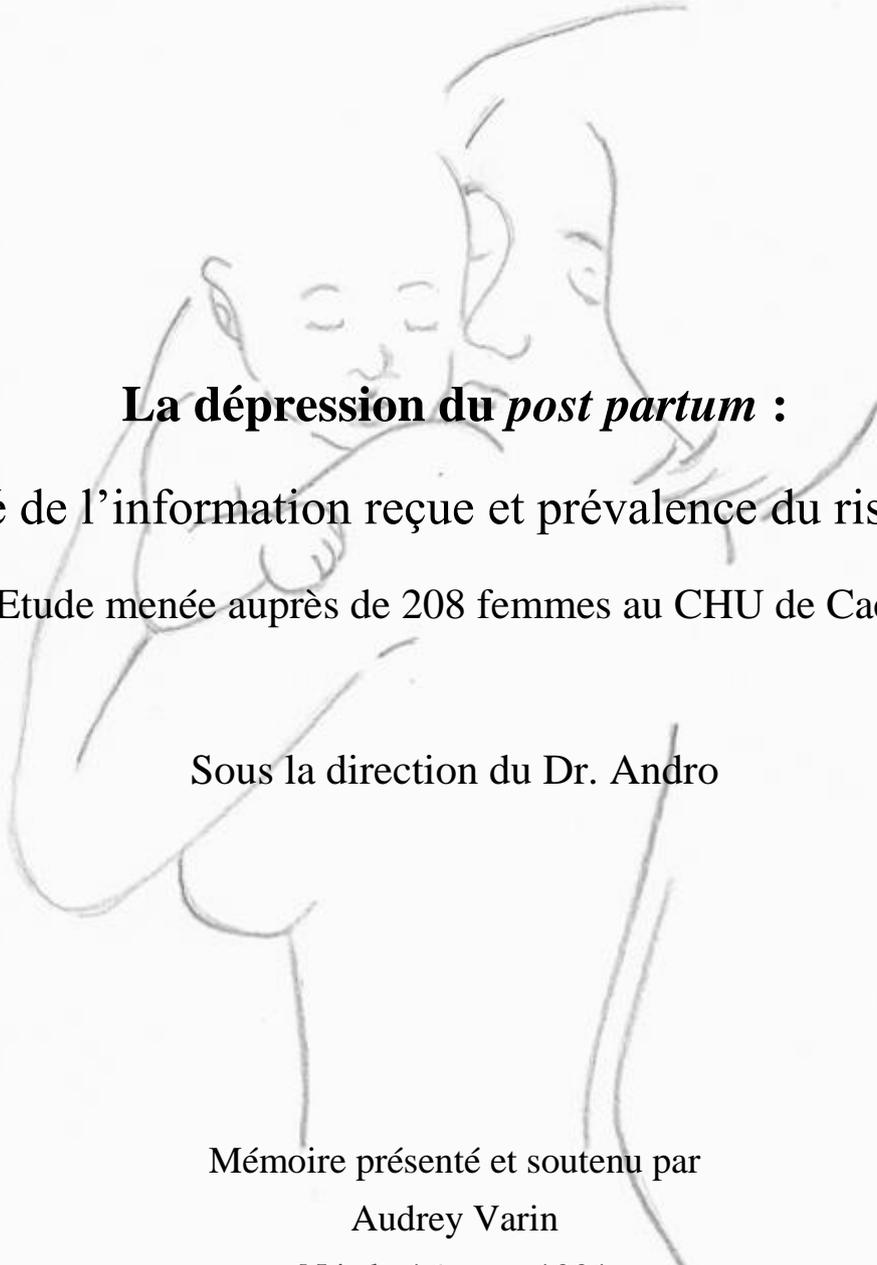
Audrey Varin

Née le 16 mars 1991

En vue de l'obtention du Diplôme de Sage-femme

Année universitaire 2011-2015

Ecole de Sage-femme
Université de Caen



La dépression du *post partum* :

Qualité de l'information reçue et prévalence du risque à J3

Etude menée auprès de 208 femmes au CHU de Caen

Sous la direction du Dr. Andro

Mémoire présenté et soutenu par

Audrey Varin

Née le 16 mars 1991

En vue de l'obtention du Diplôme de Sage-femme

Année universitaire 2011-2015

Je remercie tout particulièrement,

le Dr. Andro, pédopsychiatre au CHU de Caen et directrice de ce mémoire pour l'intérêt
qu'elle a porté au sujet, pour son aide précieuse et sa disponibilité,

Nathalie Brielle, sage-femme enseignante à l'école de sage-femme de Caen pour sa guidance
sur le chemin tortueux qu'a été la rédaction de ce mémoire,

Rémy De Mil, interne à l'unité de biostatistiques et de recherche clinique au CHR de Caen,
pour le renfort inestimable qu'il a pu m'apporter sur l'analyse statistique,

Harmonie parce qu'elle m'a soutenue et supportée tout au long de ces années,

Elsa parce qu'elle m'a montré la voie,

Manon parce qu'on peut toujours compter sur elle,

Ma famille pour sa présence constante,

et tous ceux et celles qui ont vécu avec moi ces folles années à l'école de Sage-femme.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS

INTRODUCTION.....	1
1. La dépression du <i>post partum</i> (DPP) : généralités	1
2. L' <i>Edinburg postnatal depression scale</i> : un moyen de dépistage	1
3. Lien entre <i>baby-blues</i> et DPP pour une utilisation précoce de l'EPDS	2
4. Des stratégies de prévention : la conséquence du dépistage précoce par l'EPDS	4
5. Dépistage et prévention de la DPP : quelle est la situation en France ?.....	6
6. L'information comme moyen de prévention de la DPP ?.....	7
MATERIEL ET METHODE	8
1. Les objectifs de l'étude	8
2. Le type d'étude.....	8
3. Les outils de recueil de données.....	8
4. Le lieu et la durée	9
5. Les critères d'inclusion et d'exclusion.....	9
6. Les accords obtenus	9
7. Le type d'analyse de données.....	9
LES RESULTATS	10
1. Le recueil des questionnaires	10
2. La description de la population étudiée.....	10
2.1. L'âge	10
2.2. La situation conjugale et l'isolement	10
2.3. La gestité.....	11
2.4. La parité	11
2.5. Les antécédents de dépression	11
3. Pour cette grossesse.....	12
3.1. Les modalités de la grossesse	12

3.2.	Le suivi de la grossesse	12
3.2.1.	Le suivi médical.....	12
3.2.2.	La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)	13
3.2.3.	Le déroulement de la grossesse et le projet de naissance	13
3.3.	L'accouchement	14
4.	En ce qui concerne la DPP	15
5.	L'EPDS	17
5.1.	Les facteurs de risque de DPP significatifs dans notre étude – Analyse bivariée .	17
5.1.1.	La prise d'antidépresseur	17
5.1.2.	Le déroulement de la grossesse	18
5.1.3.	La mise en travail	18
5.1.4.	L'urgence néonatale	19
5.1.5.	Nouveau-né en néonatalogie	19
5.1.6.	Le ressenti de l'accouchement.....	20
5.1.7.	Le souhait d'aborder la DPP	20
5.2.	Les facteurs de risque de DPP significatifs dans notre étude – Analyse multivariée	21
5.3.	Les facteurs de risque de DPP non significatifs dans notre étude	22
ANALYSE ET DISCUSSION		24
1.	L'analyse de l'étude	24
1.1.	Les points faibles de l'étude.....	24
1.2.	Les points forts de l'étude.....	24
2.	La discussion	25
2.1.	La prévalence du risque de DPP	25
2.2.	Les facteurs de risque de DPP dans notre étude	25
2.2.1.	Les antécédents de dépression	25
2.2.2.	La gestité.....	26

2.2.3.	Le déroulement de la grossesse	26
2.2.4.	Urgence néonatale et hospitalisation en néonatalogie	27
2.2.5.	La césarienne programmée	27
2.2.6.	Vécu de l'accouchement	28
2.3.	Les facteurs de risque de DPP qui ne ressortent pas de notre population.....	28
2.3.1.	L'âge	28
2.3.2.	La situation maritale et l'isolement	29
2.3.3.	La parité	29
2.3.4.	Les modalités de grossesse	30
2.3.5.	L'accouchement.....	30
2.4.	L'information sur la DPP et sa qualité.....	31
2.4.1.	État des lieux sur la connaissance sur la DPP	31
2.4.2.	Les sources d'information sur la DPP : une opportunité de prévention à saisir du côté des professionnels ?	31
3.	Des propositions de prévention et de dépistage	33
3.1.	L'information comme moyen de prévention ?.....	33
3.2.	L'EPDS, comme outil de dépistage systématique ?	34
CONCLUSION		36
BIBLIOGRAPHIE		37
ANNEXES		41
	<i>ANNEXE 1 : l'Edinburg postnatal depression scale [32]</i>	41
	<i>ANNEXE 2 : Le questionnaire de l'étude</i>	42
	<i>ANNEXE 3 : La carte de visite</i>	46
	<i>ANNEXE 4 : Lettre de la Société Marcé Francophone aux coordinateurs du réseau de périnatalité.....</i>	47

LISTE DES ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DPP : Dépression du *post partum*

EPP : Entretien Prénatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques

PMA : Procréation Médicalement Assistée

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

INTRODUCTION

1. La dépression du post partum (DPP) : généralités

Selon J. Dayan, devenir mère engendre des sentiments profonds et doux mais parfois s'invitent des inquiétudes passagères telles que l'angoisse, la tristesse, la fatigue ou le découragement. Ces sentiments négatifs sont quelquefois difficiles à s'avouer d'une part par la difficulté à les dissocier de la joie d'être mère et d'autre part par la peur d'apparaître comme « une mauvaise mère » aux yeux de la société. Nombreuses sont les exigences attendues chez cette maman, notamment qu'elle s'adapte rapidement et soit satisfaite de son nouveau statut maternel. Dans l'imaginaire collectif, « *la maternité est un état idéalisé [...] renforcé par l'exploitation commerciale* ». [1] Ce stéréotype par son poids contraint bien souvent la mère à taire ces difficultés. [1]

Depuis environ 20 ans, les maternités sont plus attentives aux réactions des mères dans le cadre de la perte d'un enfant, de l'annonce d'une malformation ou d'une pathologie sévère chez l'enfant. Par contre, les problèmes psychiques chez les femmes dites « banales », c'est-à-dire qui ne sont pas dans ces situations et pour qui tout semble se dérouler normalement, sont beaucoup plus ignorés car non recherchés. La dépression du *post partum* (DPP) peut justement apparaître chez « ces femmes banales ». Elle touche 10 à 20% des femmes. Pourtant, « *en France, contrairement à d'autres pays, la dépression du post partum reste largement méconnue de la population et du corps médical* ». [1] Pour J. Dayan, cette méconnaissance n'est pas seulement due à une difficulté de diagnostic mais aussi à une difficulté à admettre qu'une mère puisse être déprimée. Cependant depuis peu, cette dépression maternelle suscite l'intérêt général avec un grand espoir de prévention efficace pour celle-ci. [1]

Il est bon de rappeler que la DPP ne concerne pas seulement la mère. En effet, elle peut également créer des difficultés, plus ou moins importantes, dans la relation mère-enfant, ainsi que dans celle du couple, d'où l'essentiel d'une prise en charge efficace et précoce. [1]

2. L'Edinburg postnatal depression scale : un moyen de dépistage

La DPP est une pathologie singulière et complexe. Beaucoup de causes peuvent effectivement prédisposer à cette dépression ce qui rend plus complexe son dépistage et son

diagnostic. « *De plus, comme un train peut en cacher un autre, un facteur de risque mis en évidence peut cacher une cause efficiente plus difficile à établir* ». [1] C'est l'association de plusieurs facteurs de risque qui potentialise le risque probable de développer une DPP. [1]

C'est pourquoi, des auto-questionnaires comme *l'Edinburgh postnatal depression scale* (EPDS) (annexe1) ont été créés dans le but d'un dépistage de ces dépressions maternelles. L'avantage de ce dernier est que par l'évaluation de l'état dépressif il permet la mise en place de thérapeutiques adaptées. En outre, il donne l'occasion d'ouvrir le dialogue sur un sujet qui reste le plus souvent tabou. L'EPDS est un outil psychométrique international reconnu. Elle est simple d'utilisation et plutôt bien acceptée par les patientes. C'est un questionnaire contenant dix *items* codés de 0 à 30 créé par J L. Cox en 1987. L'étude de N. Guedeney et J. Fermanian pour valider la version française de l'EPDS a fixé un seuil à 10,5 dans le dépistage de la DPP. Une mère est considérée comme potentiellement dépressive quand le score à l'EPDS est supérieur ou égal à 11/30 lors d'un dépistage systématique. [2][3]

3. Lien entre baby-blues et DPP pour une utilisation précoce de l'EPDS

L'EPDS peut être aussi employée pour dépister les femmes à risque de DPP dans les premiers jours après la naissance. En effet, plusieurs études ont montré l'existence d'une haute incidence entre un *baby-blues* intense et une dépression ultérieure.

En 1992, l'étude menée par P. Hannah, D. Adams, A. Lee, V. Glover et M. Sandler, a évalué une forte corrélation significative positive entre les scores de l'EPDS à cinq jours et à six semaines du *post partum*. Elle a également montré une forte association entre un *blues* intense et une DPP. Ainsi un score élevé de l'EPDS dans cette première semaine du *post partum*, soit supérieur à 10 devrait alerter le professionnel de santé sur le risque pour la patiente de développer une DPP. [4]

En 2001, la méta-analyse de C T. Beck, regroupant 84 études réparties sur les années 90, a établi la relation entre la DPP et des facteurs prédictibles permettant ainsi l'instauration de mesures préventives voire de traitements précoces. Le *baby-blues* notamment faisait partie des variables prédictives modérées de dépression. [5]

En 2003, C L. Dennis a également réévalué la prévalence et la constance d'un trouble de l'humeur à une semaine ainsi que la sensibilité, la spécificité et la prévalence de l'EPDS à

une, quatre et huit semaines du *post partum*. Elle a mis en avant que les femmes avec un score supérieur ou égal 9/30 avaient 30,3 fois plus de risque d'avoir des symptômes dépressifs à quatre semaines et 19,1 fois plus à huit semaines de l'accouchement. [6]

De même en 2004, l'étude de C. Henshaw, D. Foreman et J. Cox a montré que chez des primipares, un *blues* sévère était prédictif d'un risque de dépression. Par contre, les symptômes évalués comme simple *baby-blues* pouvaient aussi être les prodromes d'une DPP et l'étude ne permettait pas de les différencier. Cela n'enlève pas l'importance de l'identification des troubles de l'humeur sévères précoces comme une variable prédictive d'un risque plus élevé de DPP. [7]

Les femmes sortent de la maternité généralement au troisième jour et le plus souvent ne sont revues par un professionnel de santé qu'à six-huit semaines en visite postnatale. Ainsi, l'étude menée en 2004 par T. Teissèdre et H. Chabrol a démontré l'existence d'une corrélation positive significative entre les scores de l'EPDS obtenus à trois jours et à quatre-six semaines du *post partum*. Le seuil 9/30 a obtenu de bonnes valeurs prédictives, de spécificité et de sensibilité par rapport au dépistage des femmes à risque de développer une DPP. [8]

En 2004, R. Jardri a publié une revue qualitative des études de validation de l'EPDS. Il en est ressortit, quelques soient les études, que la sensibilité et la spécificité de l'EPDS restent stables et valides pour le dépistage de la DPP. L'utilisation en *post partum* immédiat de l'EPDS (entre le deuxième et septième jour du *post partum*) a été étudiée par trois études et l'absence d'examen de référence ne permet pas de conclure sur la validité de l'outil précocement en *post partum*. Cependant un score élevé à l'EPDS en *post partum* immédiat est un marqueur hautement significatif de risque de dépression. [9]

La validité de l'EPDS dans le *post partum* immédiat, pour le dépistage des femmes à risque de développer une DPP, avec un seuil à 9-10/30 a aussi été retrouvé dans une autre étude de R. Jardri en 2006. [10]

En 2011, l'étude de J. Milgrom, J. Mendelsohn, A W. Gemmill reprend l'idée de R. Jardri sur le fait que l'EPDS n'est pas un moyen de diagnostic mais « *un filet de sécurité qui capture* » [11] une sous-population à forte prévalence de DPP sur un dépistage positif. L'analyse du dépistage suggère que l'EPDS offrira une utilité numérique pour circonscrire un groupe où le dépistage positif donne une haute prévalence de dépression. Ici la prévalence

serait 5 à 17 fois plus élevée dans le groupe à dépistage positif que dans la population générale. Le résultat positif à l'EPDS signifie un risque supérieur à la moyenne d'être déprimé, ce n'est en aucun cas une affirmation, et inversement pour un résultat négatif. [11]

4. Des stratégies de prévention : la conséquence du dépistage précoce par l'EPDS

Il est important de rappeler que l'EPDS délivre une information sur l'état émotionnel de la patiente et n'apporte pas la réponse stricte de dépression ou non. Elle ne peut donc être utilisée sans la confirmation par un examen clinique et/ou par l'utilisation d'un moyen de diagnostic validé. En effet, les bénéfices tirés d'un tel dépistage ne peuvent être effectifs que s'il existe un moyen de diagnostic pour confirmer le score obtenu et l'accès à un suivi thérapeutique adapté. Pour une prévention secondaire de qualité il faut un travail en réseau centré sur la mère et l'enfant. De même pour un dépistage idéal, il faut que celui-ci soit avant tout clinique et non basé sur la seule évaluation des réponses obtenues à l'EPDS : on parle avant tout de « *la rencontre avec les mamans* ». [9]

Néanmoins, l'identification de cas via un programme de dépistage de routine est appropriée et permet aux professionnels de santé de suivre des femmes à risque de DPP et ainsi de débiter une prévention secondaire ou une entrevue diagnostique. Compte tenu des contraintes de temps, des ressources limitées, de la formation minimale sur la DPP et la tendance à mettre l'accent sur la santé physique par rapport à la santé mentale, le dépistage peut être amélioré par l'utilisation de l'EPDS comme adjuvant de l'examen clinique de routine.

Cependant aussi puissant qu'il soit, un outil de dépistage n'est valable que s'il existe des thérapeutiques adaptés qui peuvent être mis en place par la suite. Dépister permet également de créer des interventions de prévention.

Publiée en 2003, l'étude contrôlée randomisée de H. Chabrol, F. Tessèdre, M. Saint-Jean et B Rogé, confirme l'intérêt de l'EPDS pour évaluer dans le *post partum* immédiat les femmes à risque d'évolution dépressive. Ces femmes ont pu ainsi recevoir une prévention précoce. L'étude met en avant qu'une intervention de prévention en maternité chez les mères à risque permet de diminuer sensiblement la fréquence vers une évolution dépressive et de faciliter l'acceptation d'un suivi à domicile. Cette intervention comprenait une composante éducative, de soutien et cognitivo-comportementale. La prévention par entretiens ou sous la

forme de visites à domicile par des infirmières semble diminuer les problèmes d'observance des suivis thérapeutiques chez les dépressifs. Il reste à évaluer si la diffusion du questionnaire est possible. [12]

En 2013, une méta-analyse effectuée par L. Sockol, C. Neill Epperson et J. Barber, regroupant 37 études randomisées ou quasi-randomisées, a notamment analysé l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale ou interpersonnelle, d'une prise en charge avant l'apparition des épisodes dépressifs, d'un examen clinique et psychologique durant la première semaine du *post partum* à la recherche de signes en plus de l'examen de la sixième semaine du *post partum*. La méta-analyse montre que ces interventions préventives sont associées à une diminution d'environ 27% de la fréquence des épisodes dépressifs et une diminution de la sévérité des symptômes par rapport aux groupes témoins. Il ne semble pas y avoir de différence significative entre ces interventions. [13]

Une autre revue de la littérature a été effectuée par C L. Dennis en 2013 *via* la Cochrane Database of systematic review. Son objectif était d'évaluer l'efficacité des interventions psychosociales et psychologiques sur la diminution du risque de DPP par rapport à une prise en charge habituelle en anténatale, perinatale et postnatale sans ces interventions :

- Les femmes ayant reçu les interventions sont significativement moins à risque de développer une DPP par rapport à celles ne les ayant pas reçues.
- Les visites à domicile par des infirmières ou des sages-femmes et la psychothérapie semblent efficaces dans la prévention de cette dépression. De même, le soutien téléphonique incorporé au dépistage de l'EPDS peut permettre l'identification des symptômes dépressifs.

Ces moyens préventifs mis en place après la naissance sont plus bénéfiques et réalisables chez des femmes déjà identifiées comme à risque de DPP par rapport à la population générale. De plus amples recherches sont toutefois nécessaires pour examiner l'efficacité de ces interventions et plus précisément leur contenu. Cela permettrait de mieux comprendre les mécanismes de prévention spécifiques à la DPP. En effet, ces essais contrôlés randomisés informent l'efficacité ou pas d'une intervention mais ne précisent pas pourquoi elle est efficace. [14]

5. Dépistage et prévention de la DPP : quelle est la situation en France ?

Actuellement en France, les femmes enceintes ont majoritairement et même fréquemment recours au système de santé pour leur suivi. Ceci peut être propice pour mettre en place des protocoles de dépistage et d'intervention précoce. Cependant, il n'existe pas de recommandation nationale à ce sujet pour la DPP. Toutefois, en 2005, un plan de périnatalité a été élaboré. Son objectif était de faire valoir les compétences des parents et leur apporter un soutien dans leur nouvelle fonction. En effet, certains troubles de la relation parents-enfants pourraient être notamment prévenus par une attention précoce à la femme enceinte permettant ainsi de mobiliser les dispositifs nécessaires en cas de difficultés. Le but de l'entretien prénatal précoce (EPP) est justement d'anticiper les difficultés et les besoins. Il est à proposer systématiquement à toutes les femmes enceintes. Il permet notamment de présenter les différents intervenants possibles durant la grossesse avec le mise en avant du travail en réseau, d'anticiper les difficultés somatiques, psychiques et sociales possibles, et d'informer la patiente sur les facteurs de risque. La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) s'inscrit également dans ce plan de périnatalité et l'Haute Autorité de Santé (HAS) la définit comme :

- Un soutien à la fonction parentale : l'adaptation affective et physique aux besoins du nouveau-né, l'élaboration du lien parents-enfant, savoir à qui s'adresser en cas de problème
- Des interventions postnatales précoces et structurées qui visent à améliorer le bien-être physique et émotionnel des femmes, à diminuer l'anxiété et la dépression

De même, des séances postnatales telles que les visites à domicile après l'accouchement ont été développées dans le cadre du projet de périnatalité de 2005. Elles ne concernent pas que les sorties précoces. Leurs objectifs sont de compléter les connaissances des femmes sur la parentalité, de les accompagner, de favoriser les liens d'attachement, de rechercher les signes de DPP et de soutenir la parentalité. Ces interventions intensives dispensées par des professionnels de santé tels qu'une sage-femme ou une infirmière, ont d'ailleurs montré leur efficacité sur la prévention de ces DPP. Elles ont d'autant plus d'impact chez les femmes vulnérables. [15 ; 16]

6. L'information comme moyen de prévention de la DPP ?

Ainsi, en France, des temps d'écoute et d'information sont privilégiés pour dépister les femmes à risque de DPP, à défaut d'utiliser des échelles de dépistage comme l'EPDS. Se pose alors la problématique suivante : l'information faite aux femmes sur la DPP peut-elle influencer la prévention de celle-ci ?

En effet, il serait intéressant de savoir si ce type d'approche qu'offre le plan de périnatalité de 2005, est suffisant dans la prévention de la DPP. Il est vrai que l'information peut être considérée comme une prévention primaire. [17] Et on peut supposer que l'information qu'elles reçoivent vient principalement des professionnels de santé. Mais les femmes se sentent-elles suffisamment informées ? Ensuite, l'information et la qualité d'une écoute sont-elles dissociables ?

En 1988, l'étude de Elliot et coll. (citée par Holden en 1994) comparait un groupe contrôle à un groupe de femmes ayant reçu une information, une éducation, un soutien de groupe et une continuité de suivi en prénatal. Cette étude a montré une diminution de 50% de l'incidence de la DPP chez les femmes ayant bénéficié du programme.

De même Stamp et coll. en 1995, dans une étude randomisée australienne, mettait en avant une réduction de la dépression chez des femmes identifiées vulnérables en anténatal à qui une aide avait été proposée. Cette aide comprenait la participation à un groupe de soutien en prénatal et postnatal et des cours de PNP. [18]

En 2007, H. Chabrol, N. Coroner, S. Rusibane et N. Séjourné ont mis en place une étude cas/témoin pour mesurer l'impact d'une information (écrite ou écrite et orale) sur le *baby-blues* chez les femmes au troisième trimestre. Il en est ressorti que les femmes semblent manquer d'informations claires concernant le *blues*. De plus, une information, qu'elle soit écrite ou écrite et orale, semble diminuer l'intensité du *blues* et permettre une préparation pour y faire face le cas échéant. Pour mesurer cet impact, l'étude comportait l'EPDS. [19]

Ainsi, les réactions émotionnelles intenses du *baby-blues* peuvent laisser les mères désarmées, ce qui semble pouvoir être atténué par une information préalable. Au vu de l'étude ci-dessus, peut-on émettre l'hypothèse que les femmes ayant un résultat faible à l'EPDS à J3, donc moins à risque de développer une DPP, sont les femmes qui ont été les mieux informées sur la DPP ?

MATERIEL ET METHODE

1. Les objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de mesurer l'influence que peut avoir l'information concernant la DPP.

A défaut de pouvoir évaluer la DPP proprement dite, nous avons mesuré l'impact de l'information sur le risque de DPP évalué par le score à l'EPDS. La nature ou la qualité de l'information étant évaluée par la parturiente elle-même, la question portait sur le sentiment d'être bien informée serait-il corrélé à un risque faible de faire une DPP ?

Les objectifs secondaires de cette étude étaient :

- De sonder si les femmes se sentent suffisamment informées sur cette dépression
- De connaître la source principale de l'information : professionnel de santé *versus* autre
- De connaître la prévalence du risque de DPP dans notre population
- D'évaluer des facteurs de risque de DPP dans notre population.

2. Le type d'étude

C'était une étude prospective observationnelle analytique de type transversal.

3. Les outils de recueil de données

L'étude a été réalisée avec l'aide d'un outil quantitatif : un auto-questionnaire de quatre pages qui comportait deux parties. La première partie contenait l'EPDS pour le dépistage des femmes à risque de DPP comprenant dix *items*. La deuxième partie était composée de 26 questions rédigées avec l'aide du Dr. Andro. (Annexe 2)

Tout le questionnaire respectait l'anonymat, ainsi le score de l'EPDS n'était pas communiqué aux professionnels de santé. Mais pour palier à un problème éthique, une carte de visite était distribuée à toutes les femmes ayant répondu au questionnaire. Cette carte

comportait le numéro de téléphone du service référent de pédopsychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Caen. Les femmes qui en ressentaient le besoin pouvaient appeler à ce numéro. (Annexe 3)

4. Le lieu et la durée

L'étude a eu lieu au CHU de Caen, dans le service de maternité. Elle a duré quatre semaines, du 5 juillet 2014 au 2 août 2014 inclus.

Une distribution et un recueil quotidien, y compris les week-ends, ont été réalisés directement auprès des femmes. Cette méthode a nécessité une implication personnelle pour ne pas solliciter le personnel soignant. La récupération du questionnaire se faisait majoritairement le jour même de sa distribution.

5. Les critères d'inclusion et d'exclusion

Étaient incluses toutes les femmes ayant accouché au CHU de Caen, par voie basse ou par césarienne et présentes au troisième jour de leur accouchement, dans le service de maternité (suites de naissance et unité kangourou).

Étaient exclues les femmes hospitalisées suite à une interruption médicale de grossesse, à une mort fœtale ou néonatale et les femmes ne sachant pas lire le français.

6. Les accords obtenus

Pour permettre une bonne diffusion et acceptation du questionnaire, les accords de Mme Letardif, cadre supérieur de la maternité, de Mme Ledrans, cadre des suites de naissance et de Mme Chatelier, cadre de néonatalogie ont été recueillis.

7. Le type d'analyse de données

Les outils statistiques utilisés étaient Microsoft Excel et Epi-Info (test de Khi-deux et régression logistique multivariée). La différence était significative pour $p \leq 0,05$.

LES RESULTATS

1. Le recueil des questionnaires

L'étude a été très bien acceptée par les femmes, avec seulement deux refus. L'analyse a porté sur 208 questionnaires soit 96,7% des femmes répondant aux critères d'inclusion et ayant accouché durant la période d'étude (voir tableau I). Les pourcentages qui suivent seront calculés à partir des 208 questionnaires récoltés.

Tableau I : Récapitulatif du recueil des questionnaires

Nombre d'accouchements sur la période d'étude	240
le nombre de femmes ne parlant pas français	14
le nombre de femmes hospitalisées suite à un décès néonatal	1
le nombre de femmes échappées de l'étude *	10
le nombre de questionnaires perdus **	2
le nombre de personnes non vues ***	1
le nombre de questionnaires non valides ****	2
le nombre de refus	2
Soit le nombre de questionnaires valides selon les critères d'inclusion	208

* : femmes n'étant plus présentes dans le service à J3

** : questionnaires distribués mais patientes sorties avant le relevé et ce dernier égaré

*** : patientes absentes de leur chambre malgré plusieurs passages dans le service

**** : souci d'impression du questionnaire pour l'un et rempli que de moitié pour l'autre

2. La description de la population étudiée

2.1. L'âge

La tranche d'âge de la population étudiée la plus représentée était celle des 18-40 ans (97,6%, n=203). Une femme avait moins de 18 ans et quatre femmes avaient plus de 40 ans.

2.2. La situation conjugale et l'isolement

Dans la population analysée, 94,2% (n=196) des femmes étaient en couple contre 5,8% (n=12) qui étaient célibataires.

Chez les mères interrogées, 5,8% (n=12) d'entre elles témoignaient ressentir un sentiment d'isolement. En revanche, 93,8% (n=195) déclaraient ne pas éprouver cette

impression. Les femmes qui décrivaient un sentiment d'isolement, étaient toutes en couple sauf une. Une personne n'avait pas répondu à la question sur la solitude.

2.3. La gestité

Pour 54,3% (n=113) des femmes, cette grossesse était leur première grossesse. Parmi les femmes questionnées, 25% (n=52) avaient eu au moins une fausse couche. La proportion de femmes interrogées ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse était de 16,8% (n=35). Dans la population étudiée, 2,4% (n=5) des parturientes avaient un antécédent de grossesse extra-utérine et 1,4% (n=3) avaient un antécédent d'interruption médicale de grossesse.

2.4. La parité

Pour 46,6% des participantes à l'étude (n=97), c'était leur premier enfant. Pour 32,7% des femmes (n=68), il s'agissait de la naissance de leur deuxième enfant et 20,7% des mères (n=43) étaient troisième pare ou plus.

2.5. Les antécédents de dépression

Dans la population étudiée, 21,2% (n=44) des mères avaient un antécédent de dépression, 20,7% (n=43) avaient déjà pris des antidépresseurs et 35,1% (n=73) avaient rencontré un psychologue ou un psychiatre par le passé.

Si on s'intéresse aux femmes ayant eu un antécédent de dépression, 86,4% (n=38) d'entre elles avaient consulté un psychologue ou un psychiatre et 81,8% (n=36) avaient pris à un moment donné des antidépresseurs.

3. Pour cette grossesse

3.1. Les modalités de la grossesse

Pour 93,3% (n=194) des grossesses de cette étude, la grossesse était spontanée, contre 6,3% (n=13) pour lesquelles elle faisait suite à une procréation médicale assistée (PMA). Une femme (0,5%) n'avait pas répondu à la question.

3.2. Le suivi de la grossesse

3.2.1. Le suivi médical

Quatre femmes (1,9%) n'avaient pas fait suivre leur grossesse. En revanche, 192 femmes (92,3%) avaient bénéficié d'un suivi régulier, c'est-à-dire d'une consultation par mois. Douze femmes (5,8%) avaient répondu autres suivis, en précisant pour la majorité d'entre elles (n=7) un suivi renforcé tous les 15 jours ou une hospitalisation. La grossesse pouvait être suivie par différents professionnels de santé : gynécologue, sage-femme et médecin traitant. Trois femmes (1,4%) n'avaient pas précisé quels professionnels de santé avaient accompagné leur grossesse. La figure 1 reprend la répartition de ces professionnels dans notre étude.

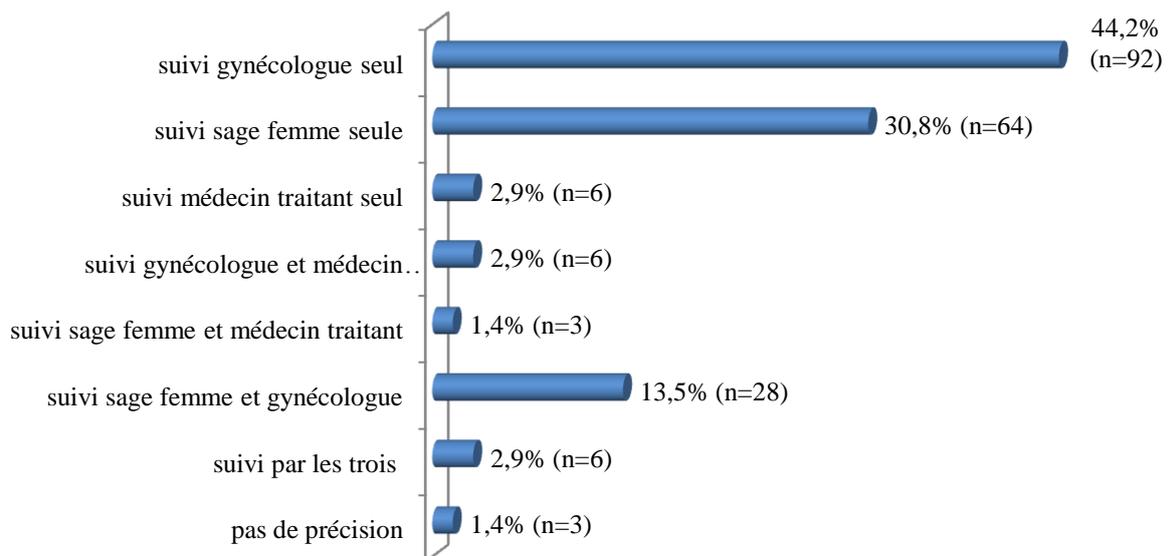


Figure 1: La répartition des professionnels de santé intervenant dans le suivi de la grossesse

3.2.2. La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

Parmi les femmes de l'étude, 42,8% (n=89) avaient bénéficié d'un EPP contre 55,3% (n=115) qui n'en avaient pas eu. Quatre femmes (1,9%) n'avaient pas répondu à la question.

Dans notre population, 60,6% (n=126) des parturientes avaient participé à une PNP pour cette grossesse. Une participante (0,5%) n'avait pas répondu à l'item correspondant. Parmi celles qui avaient participé à la PNP, 39,7% (n=50) l'avaient réalisée au sein du CHU de Caen et 57,9% (n=73) l'avaient effectuée auprès d'une sage-femme libérale. Trois femmes (2,4%) n'avaient pas précisé où elles avaient effectué leur PNP. Dans la réponse « Autres », les femmes avaient précisé : « *acupuncture* », « *à domicile* », « *relaxation* ». La répartition des différents cours de PNP est détaillée dans la figure 2, ci-dessous :

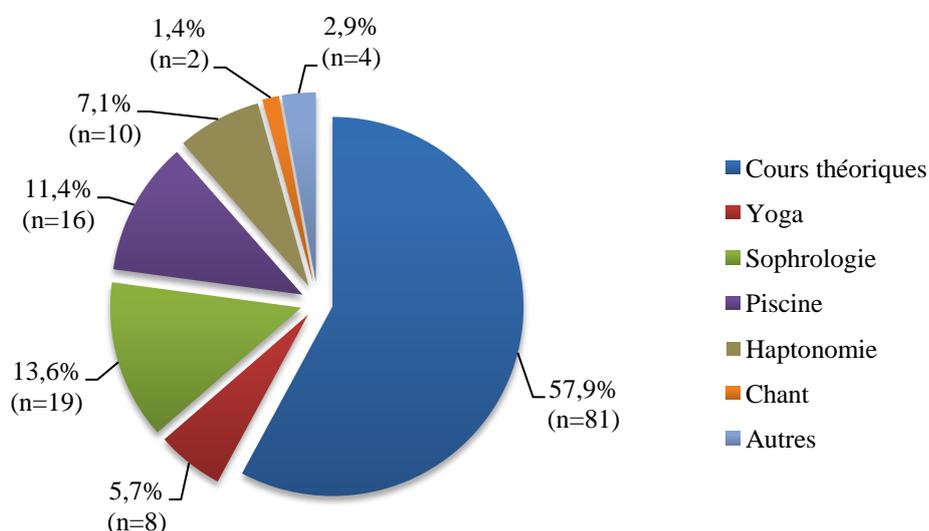


Figure 2 : Répartition des différentes PNP

3.2.3. Le déroulement de la grossesse et le projet de naissance

Parmi les femmes interrogées, 11,5% (n=24) estimaient que la grossesse ne s'était pas bien déroulée. Inversement 88,5% (n=184) des femmes avaient déclaré avoir eu une grossesse de bon déroulement.

L'écriture d'un projet de naissance concernait 10,1% (n=21) des femmes. Deux questionnaires (1%) étaient sans réponse pour cet item.

3.3. L'accouchement

Dans la population étudiée, 62,5% (n=130) des mises en travail étaient spontanées. En revanche, 24,5% (n=51) des accouchements faisaient suite à un déclenchement et 10,6% (n=22) étaient des césariennes programmées. Il y avait cinq questionnaires (2,4%) sans réponse pour cet item.

Parmi les parturientes de l'étude, 33,2% (n=69) avaient rencontré une voire plusieurs difficultés lors de leur accouchement. A l'inverse, 64,9% (n=135) n'avaient pas eu de complication. Les complications proposées dans les *items* étaient : la césarienne en urgence, l'extraction instrumentale et l'hémorragie de la délivrance. La distribution de ces différentes complications est exposée dans la figure 3 ci-dessous. Quatre femmes (n=1,9%) n'avaient pas répondu à cette question.

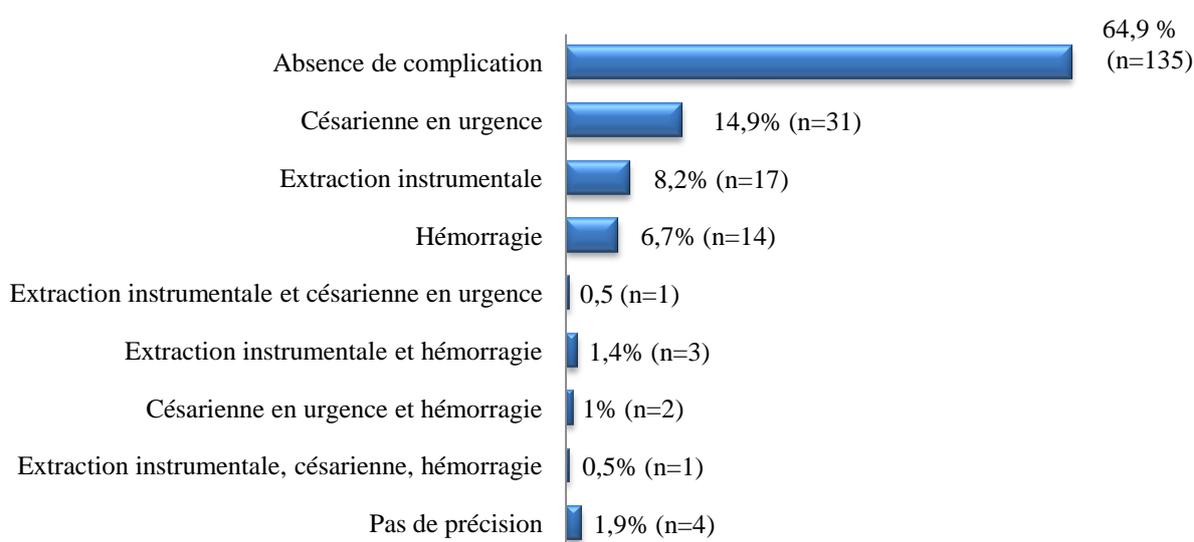


Figure 3 : Répartition des complications obstétricales lors de l'accouchement

Chez les parturientes interrogées, 13,9% (n=29) avaient relaté que leur enfant avait nécessité une prise en charge en urgence à la naissance. Deux femmes (1%) ne s'étaient pas prononcées sur ce point.

De même dans notre population, 9,1% (n=19) des nouveau-nés étaient hospitalisés en néonatalogie. A l'opposé, 90,9% (n=189) des nouveau-nés étaient près de leur mère en maternité. Les mères hospitalisées en unité kangourou étaient reconnues comme mères ayant leur enfant auprès d'elle en maternité.

En ce qui concerne le vécu de l'accouchement, 73,6% (n=153) des femmes interrogées exprimaient un bon vécu de leur accouchement, contre 18,8% (n=39) qui le qualifiaient de moyen et 7,7% (n=16) qui le définissaient comme mauvais.

4. En ce qui concerne la DPP

La majorité des femmes interrogées, 75,5% (n=157) avaient connaissance de la DPP contre 24,5% (n=51) qui n'avaient jamais entendu parler de cette dépression. A la question ouverte sur la description des symptômes de la DPP, on retrouvait plus des qualifications de dépression « standard » que vraiment les particularités de la dépression maternelle. Revenaient surtout les termes : « tristesse », « pleurs », « idées noires », « désintérêt », « ne pas être à la hauteur ». A l'inverse, il y avait peu de remarques sur « les difficultés à s'occuper de son bébé ».

En ce qui concerne l'information sur la DPP, 18,3% (n=38) des participantes de notre étude déclaraient ne pas en avoir eu. En revanche, 74% (n=154) avaient été renseignées sur cette dépression. Les sources d'information proposées étaient les suivantes : sage-femme, médecin, cours de PNP, proches, forums, livres de puériculture, magazines et autres (voir figure 4). Dans la réponse « autres » étaient retrouvés : « les émissions de télévisions », « les formations médicales » et « le vécu personnel ». Seize personnes (7,7%) n'avaient pas donné de réponse pour cette question, toutes n'avaient pas connaissance de la DPP.

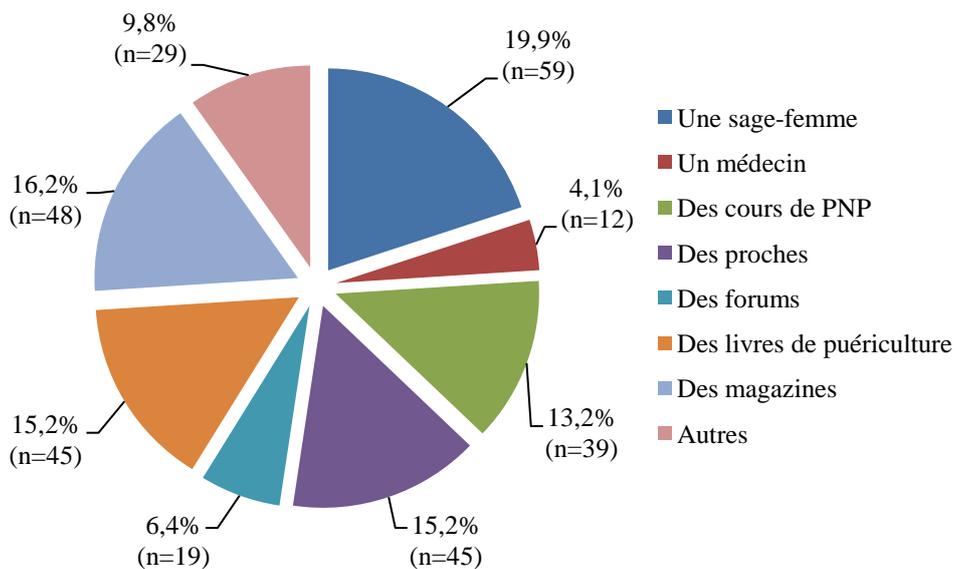


Figure 4 : Répartition des sources d'information sur la DPP

Dans notre population, 76% des femmes (n=158) savaient que la DPP touchait 10 à 20% des mères après l'accouchement. A l'opposé, 7,7% des femmes (n=16) pensaient que cette dépression concernait moins de un pour cent des mères et 12,5% (n=26) lui donnaient une incidence de plus de 50%. Huit personnes (3,8%) n'avaient pas répondu à cet item, toutes ignoraient ce qu'était cette dépression.

Parmi les femmes interrogées, 88% (n=183) souhaitaient que le sujet sur la DPP soit plus abordé contre 8,2% (n=17) qui ne le désiraient pas. Dans les explications avancées sur ce refus, pouvaient être retrouvées les réponses suivantes: « pas besoin », « peut mettre une pression supplémentaire », « ne veux pas en savoir plus », « chacun est libre de demander ou pas », « ne pas induire les personnes en erreur », « pas intéressant », « déjà assez d'information ». Il y avait 3,8% (n=8) des femmes qui ne s'étaient pas prononcées sur la question, les mêmes personnes qui n'avaient pas pris position sur l'incidence de la DPP.

Chez les parturientes qui étaient d'accord pour recevoir une information complémentaire sur la DPP (n=183), plus de la moitié (58,5%, n=107) proposait que le sujet soit évoqué durant la grossesse. Les 41,5% (n=76) femmes restantes avaient choisi parmi les propositions suivantes : en suites de naissance et autres. Cette répartition est reprise dans la figure 5. Dans l'item « Autres » étaient retrouvés : « la PNP », « le retour à domicile », « la visite postnatale » et « sur demande personnelle ».

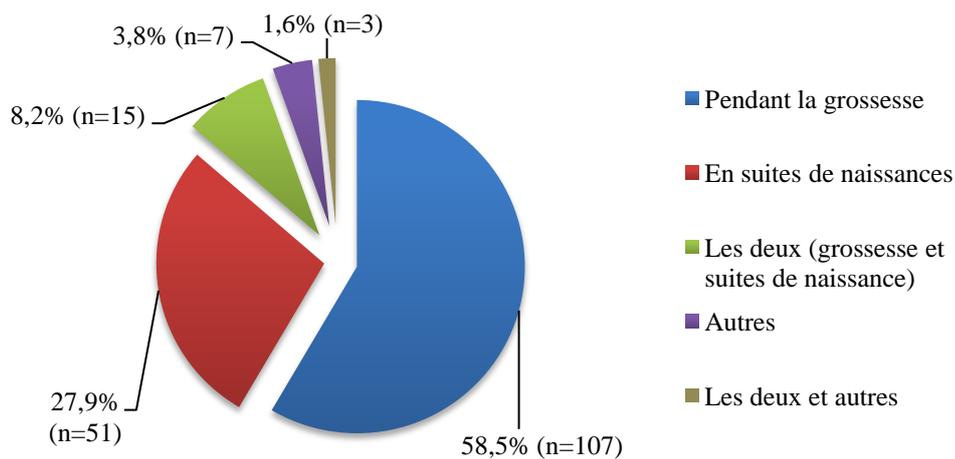


Figure 5 : Répartition des occasions propices pour dispenser l'information sur la DPP selon les femmes (n=183) en faveur de l'information supplémentaire

Dans notre étude, 75,5% (n=157) des femmes affirmaient savoir vers qui se tourner en cas de détresse psychique ou morale contre 24% (n=50) qui ne le savaient pas. Parmi les personnes vers lesquelles elles iraient en cas de détresse, étaient souvent cités : « *le psychiatre* », « *le psychologue* », « *le conjoint* », « *la famille* », « *le médecin traitant* », « *la sage femme* » ou « *des amis* ». Une personne n'avait pas répondu à la question.

Chez les mères participant à l'étude, 57% (n=118) approuvaient la distribution d'une fiche écrite, comprenant des informations sur la DPP et des numéros de téléphone professionnels. A la différence, 43% (n=89) la rejetaient.

5. L'EPDS

Dans la population analysée, 25,5% (n=53) des femmes avaient un score à l'EPDS supérieur ou égal à 9/30. De même étaient retrouvées 16,8% (n=35) des femmes avec un score supérieur ou égal à 11/30 et 11,5% (n=24) avec un résultat supérieur ou égal à 13/30. Nous avons défini deux groupes :

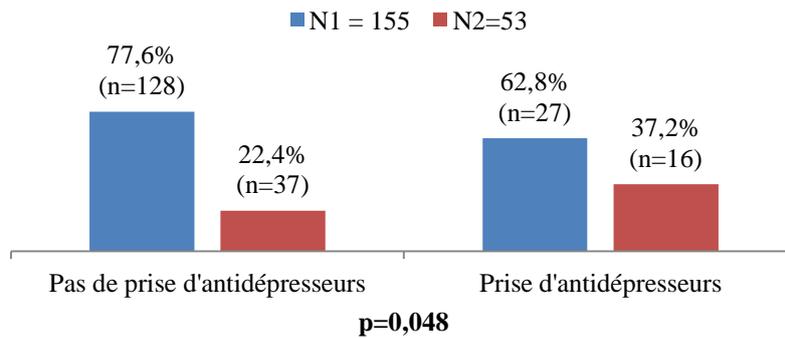
- Le groupe non à risque de DPP avec un score strictement inférieur à 9/30 à l'EPDS (N1)
- Le groupe à risque de DPP avec un score supérieur ou égal à 9/30 à l'EPDS (N2)

Nous avons confronté les réponses aux différentes questions avec les résultats obtenus à l'EPDS, répartissant ainsi les femmes dans les deux groupes ci-dessus.

5.1. Les facteurs de risque de DPP significatifs dans notre étude – Analyse bivariée

5.1.1. La prise d'antidépresseur

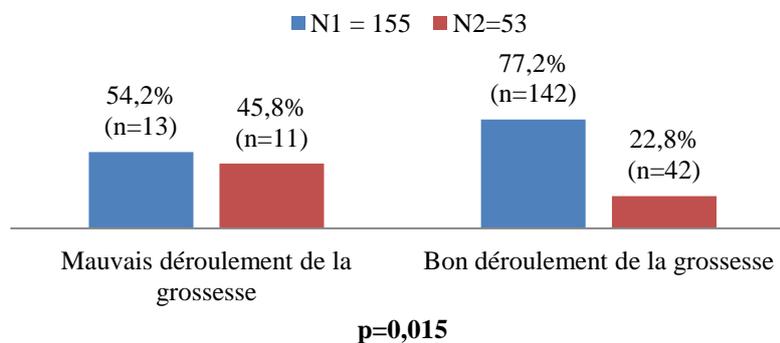
Dans l'échantillon de femmes ayant déjà pris des antidépresseurs, il y en avait 37,2% (n=16) qui appartenaient au groupe à risque (N2). A la différence, dans l'échantillon de femmes n'ayant jamais pris d'antidépresseurs, seulement 22,4% (n=37) étaient retrouvées dans le groupe à risque (N2). Un lien statistiquement significatif a été retrouvé ($p < 0,05$) : le fait d'avoir pris des antidépresseurs augmenterait le score à l'EPDS (voir graphique 6).



Graphique 6 : Répartition des groupes N1 et N2 selon la prise ou non d'antidépresseurs

5.1.2. Le déroulement de la grossesse

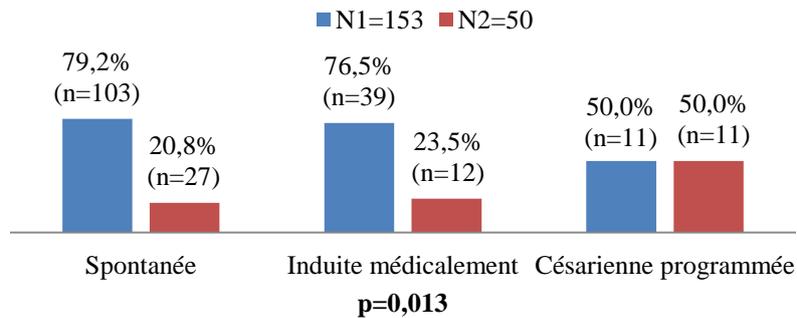
Chez les femmes ayant un mauvais vécu de leur grossesse, nous observons que 45,8% (n=11) étaient à risque de DPP (N2). A l'opposé chez les femmes ayant un bon vécu de leur grossesse, seul 22,8% (n=42) étaient à risque de cette dépression (N2). Un lien statistiquement significatif a été retrouvé ($p < 0,05$) : un mauvais souvenir de la grossesse augmenterait le résultat à l'EPDS (voir graphique 7).



Graphique 7 : Répartition des groupes N1 et N2 selon le vécu de la grossesse

5.1.3. La mise en travail

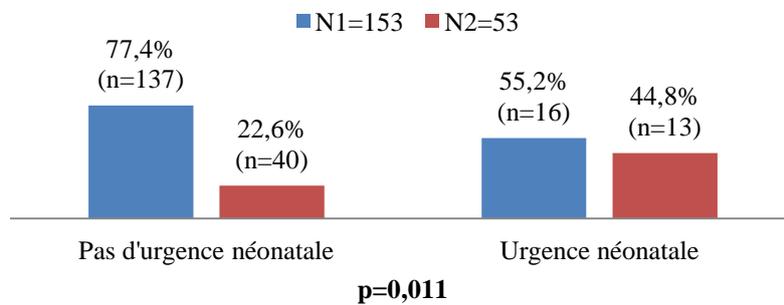
Parmi les mises en travail spontanées, 20,8% (n=27) des femmes étaient à risque de DPP (N2). Dans celles induites médicalement, 23,5% (n=12) appartenaient au groupe à risque (N2). Enfin chez les césariennes programmées étaient retrouvées 50% (n=11) des femmes à risque de la dépression (N2). Un lien statistiquement significatif a été découvert ($p < 0,05$) : le type de mise en travail influencerait le score obtenu à l'EPDS (voir graphique 8).



Graphique 8 : Répartition des groupes N1 et N2 selon la mise en travail

5.1.4. L'urgence néonatale

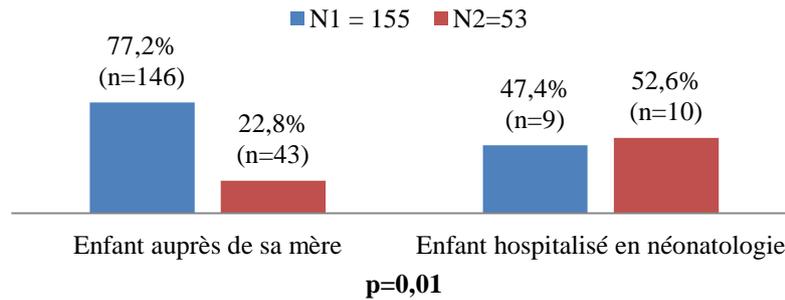
Chez les mères dont les nouveau-nés avaient nécessité une prise en charge en urgence à la naissance, 44,8% (n=13) étaient identifiées comme à risque de DPP (N2). À la différence, nous observons que 22,6% (n=40) des femmes n'ayant pas vécu cette situation néonatale étaient considérées comme à risque (N2). Un lien statistiquement significatif a été mis en évidence ($p < 0,05$) : une prise en charge en urgence du nouveau-né à la naissance augmenterait le score de l'EPDS (voir graphique 9).



Graphique 9 : Répartition des groupes N1 et N2 selon la prise en charge néonatale urgente

5.1.5. Nouveau-né en néonatalogie

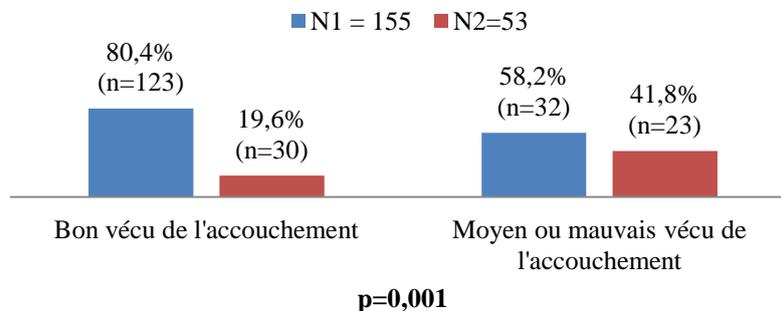
Parmi les mères dont l'enfant était hospitalisé en néonatalogie, 52,6% (n=10) étaient distinguées à risque de DPP (N2). En revanche, dans la population de mères ayant leur enfant auprès d'elle en maternité, 22,8% (n=43) étaient reconnues comme à risque (N2). Un lien statistiquement significatif a été observé ($p < 0,05$) : avoir son enfant en néonatalogie majorerait le résultat à l'EPDS (voir graphique 10).



Graphique 10 : Répartition des groupes N1 et N2 selon l'hospitalisation en néonatalogie

5.1.6. Le ressenti de l'accouchement

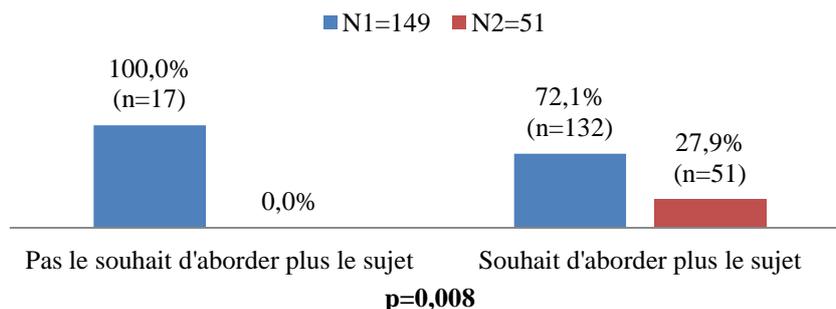
Chez les parturientes qui avaient eu une moyenne ou une mauvaise expérience de leur accouchement, 41,8% (n=23) intégraient le groupe à risque de DPP (N2). Parallèlement, dans la population de parturientes qui avaient gardé un bon souvenir de leur accouchement, 19,6% (n=30) étaient identifiées comme à risque (N2). Un lien statistiquement significatif a été constaté ($p < 0,05$) : ne pas avoir un bon ressenti de son accouchement augmenterait le score à l'EPDS (voir graphique 11).



Graphique 11 : Répartition des groupes N1 et N2 selon le vécu de l'accouchement

5.1.7. Le souhait d'aborder la DPP

Parmi les femmes qui souhaitaient que le sujet sur la DPP soit plus abordé, 27,9% (n=51) étaient reconnues à risque de cette dépression (N2). Dans la population qui ne désirait pas aborder ce sujet, nous n'observons aucune femme à risque (N2). Un lien statistiquement significatif a été observé ($p < 0,05$) : nous remarquons que les femmes à risque de DPP seraient celles qui désireraient en apprendre plus sur cette dépression (voir graphique 12).



Graphique 12 : Répartition des groupes N1 et N2 selon le souhait ou non de développer le sujet sur la DPP

5.2. Les facteurs de risque de DPP significatifs dans notre étude – Analyse multivariée

Les variables entrées dans le modèle multivarié étaient les variables de l'analyse bivariée avec p inférieur à 0,10 et avec le respect du principe de parcimonie :

- Bon déroulement de la grossesse (oui/non)
- Présence de l'enfant (en maternité avec sa mère/hospitalisé en néonatalogie)
- Ressenti de l'accouchement moyen ou mauvais (oui/non)
- Réalisation d'une césarienne (oui/non)
- Antécédent de prise d'antidépresseurs (oui/non)
- Antécédent de fausse couche (oui/non)

La variable « souhait d'aborder plus la dépression du *post partum* durant la grossesse » n'a pas été introduite dans le modèle multivarié, bien que significativement associée au groupe à risque en analyse bivariée, en raison de la présence d'un effectif nul.

Pour respecter le principe de parcimonie, les variables « antécédent de prise d'antidépresseurs » et « antécédent de consultation avec un psychologue ou un psychiatre » ont été préférées à celle « antécédent de dépression ». De même la variable « urgence néonatale » a été privilégiée à celle « hospitalisation en néonatalogie ». Effectivement ces variables sont fortement liées.

Tableau II : Facteurs de risque significatifs de l'analyse multivariée

	p	OR ajusté	IC 95% de l'OR ajusté	
			Inférieur	Supérieur
Antécédent de fausse couche (oui versus non)	0,043	0,386	0,154	0,969
Antécédent de prise d'ATD (oui versus non)	0,022	2,493	1,139	5,455
Mauvais-moyen vécu de l'accouchement (oui versus non)	0,030	2,264	1,084	4,728
Réalisation d'une césarienne (oui versus non)	0,010	3,627	1,366	9,634

Au terme de l'analyse multivariée, quatre variables étaient indépendamment associées au groupe à risque : un ressenti mauvais ou moyen au décours de l'accouchement, la réalisation d'une césarienne programmée, un antécédent de traitement par antidépresseurs, et un antécédent de fausse couche (voir tableau II).

5.3. Les facteurs de risque de DPP non significatifs dans notre étude

Il n'a pas été retrouvé de lien statistiquement significatif entre l'appartenance au groupe à risque de DPP et les variables suivantes : l'âge, le statut marital, le sentiment d'isolement, la primiparité, l'interruption volontaire ou médicale de grossesse et les grossesses extra-utérines. Il en a été de même pour l'antécédent de dépression, la rencontre d'un psychologue ou psychiatre par le passé, le type de grossesse (PMA, spontanée), la régularité du suivi de la grossesse. Il semblerait également qu'aucun lien statistique n'ait été retrouvé avec les variables suivantes : la participation à une PNP, la réalisation d'un EPP, la mise en place d'un projet de naissance, les complications obstétricales lors de l'accouchement et la connaissance de la DPP (voir tableau III).

Tableau III : Résultats des variables non significatives dans notre étude

Variables		Groupe à risque (N=208)		p
		Non (N1=155)	Oui (N2=53)	
Couple	Non	75,0%	25,0%	0,269
	Oui	50,0%	50,0%	
Isolée	Non	75,0%	25,0%	1
	Oui	74,5%	25,5%	
Primiparité	Non	74,9%	25,1%	0,508
	Oui	66,7%	33,3%	
Antécédent de dépression	Non	73,9%	26,1%	0,819
	Oui	75,3%	24,7%	
Antécédent de consultation avec un psychologue ou un psychiatre	Non	77,4%	22,6%	0,062
	Oui	63,6%	36,4%	
Modalité de grossesse	Spontanée	75,8%	24,2%	0,1
	AMP	53,8%	46,2%	
Suivi médical	Non	100,0%	0,0%	0,622
	Régulier	73,4%	26,6%	
	Autre	83,3%	16,7%	
EPP	Non	75,7%	24,3%	0,546
	Oui	71,9%	28,1%	
PNP	Non	71,6%	28,4%	0,461
	Oui	76,2%	23,8%	
Projet de naissance	Non	75,7%	24,3%	0,171
	Oui	61,9%	38,1%	
Complication(s)	Non	77,8%	22,2%	0,2
	Oui	69,6%	30,4%	
Connaissance de la DPN	Non	68,6%	31,4%	0,266
	Oui	76,4%	23,6%	
Antécédent d'interruption volontaire de grossesse	Non	75,1%	24,9%	0,645
	Oui	71,4%	28,6%	
Antécédent d'interruption médicale de grossesse	Non	74,1%	25,9%	0,572
	Oui	100,0%	0,0%	
Antécédent de grossesse extra-utérine	Non	73,9%	26,1%	0,332
	Oui	100,0%	0,0%	

ANALYSE ET DISCUSSION

1. L'analyse de l'étude

1.1. Les points faibles de l'étude

Des participantes n'avaient pas répondu à certaines questions de la seconde partie du questionnaire. Il aurait été de bonne mesure de vérifier l'intégralité des réponses dans la chambre de la femme et de connaître les raisons de non réponse à ces questions.

Le déroulement d'une étude dans une maternité de niveau trois conduit à un nombre plus important de PMA, de grossesses pathologiques et de naissances prématurées. Ainsi, les résultats de notre étude pouvaient montrer une plus grande prévalence dans ces différentes catégories.

Enfin, une certaine confusion entre la dépression classique, le *baby-blues* et la DPP est apparue au cours de l'étude. En effet, à la question sur les manifestations cliniques de la DPP, les descriptions ressemblaient plus à celle d'une dépression classique ou au *baby-blues*. Lors des relevés des questionnaires, certaines mères discutaient, m'interrogeaient sur l'étude et me témoignaient notamment leur difficulté à différencier le *baby-blues* et cette dépression dite du *post partum*. A aucun moment dans l'enquête nous ne mentionnions la distinction faite, pour nous, entre le *baby-blues* ou la dépression classique par rapport à la DPP. Un doute subsiste donc sur la réponse à certains *items*.

1.2. Les points forts de l'étude

La distribution et le relevé quotidien par mes soins ont donné un poids plus important à l'étude en limitant les échappées et l'intervention de multiples professionnels de santé. Cette méthode a permis de limiter les pertes éventuelles de questionnaires mais aussi de ne pas biaiser l'acceptation ou non de l'étude par les femmes, adhésion pour laquelle le facteur interpersonnel dans la présentation aurait pu interférer.

Ainsi, le taux de réponse très élevé permet une véritable représentativité de la population d'accouchées au CHU de Caen sur une période de quatre semaines. Effectivement, notre étude regroupait 96,74% des accouchées selon les critères d'inclusion.

2. La discussion

2.1. La prévalence du risque de DPP

Dans notre étude, 25,5% des participantes appartenaient au groupe à risque de DPP. Autrement dit, elles avaient un score supérieur ou égal à 9/30 à l'EPDS. Dans l'étude de F. Teissèdre et H. Chabrol (2004), 30% des femmes étaient retrouvées avec ce score. [8] De même, l'étude de C L. Dennis (2004) observait un pourcentage quasiment identique avec 29,5% des participantes ayant plus de 9/30 à l'EPDS. [6]

L'étude de F. Teissèdre et H. Chabrol (2004) notait que 19% des femmes interrogées avaient un résultat supérieur ou égal à 11/30. Notre étude constatait un pourcentage de 16,8% de femmes avec ce score. [8] L'étude de C L. Dennis (2004), avec le seuil à 13/30 remarquait que 14,6% de femmes appartenaient au groupe à risque de DPP. [6] Dans nos résultats, nous notons que 11,5% des participantes avaient 13 ou plus à l'EPDS.

Donc, notre étude a quasiment la même répartition de population selon le score de l'EPDS que les études mentionnées ci-dessus, avec des chiffres de risque de DPP un peu plus bas.

2.2. Les facteurs de risque de DPP dans notre étude

2.2.1. Les antécédents de dépression

Parmi les femmes interrogées, 21,2% déclaraient avoir un antécédent de dépression. Dans l'enquête Anadep 2005, il ressortait qu'environ une femme sur cinq connaissait un épisode dépressif au cours de sa vie. En moyenne, le premier épisode dépressif semblait survenir vers l'âge de 30 ans et l'avancée dans l'âge paraissait être un facteur de protection dans la dépression jusqu'à environ 70-80 ans. [20] Nous rappelons que les femmes de notre étude étaient majoritairement jeunes, 97,6% avaient entre 18 et 40 ans. Donc notre pourcentage d'antécédent de dépression se rapprocherait de celui de la littérature.

Contrairement aux données de la littérature, pas de lien statistique n'a été retrouvé entre l'antécédent de dépression énoncé par la patiente et le risque de DPP. [21 ; 22 ; 23 ; 24]

Cependant, nous avons mis en avant que la prise d'antidépresseurs est indépendamment liée au risque de la dépression maternelle ($p=0,022$). On peut supposer que

si la dépression avait nécessité une prise de traitement psychotrope, c'était que celle-ci devait être conséquente et identifiée comme telle par un médecin. Cette information permettait d'affiner le degré de sévérité de la précédente dépression et donc de circonscrire un échantillon plus certain de femmes ayant eu un véritable épisode dépressif. Les parturientes ayant déjà pris des antidépresseurs étaient 2,5 fois plus présentes dans le groupe à risque de DPP.

2.2.2. La gestité

Peu de données dans la littérature existent sur la corrélation entre la gestité et le risque de DPP. Celles retrouvées mettent en avant un lien. Une fausse couche et/ou une interruption de grossesse augmenteraient le risque de DPP. [23 ; 24] Notre analyse n'a pas mis en avant cette corrélation pour ce qui est de l'interruption volontaire ou médicale de grossesse et la grossesse extra-utérine. Il est possible que cette disparité soit due aux petits effectifs récoltés pour ces différentes variables.

Néanmoins, l'analyse multivariée a montré que l'antécédent de fausse couche est indépendamment associé au risque de dépression maternelle ($p=0,043$). A l'opposé de la littérature, les femmes qui avaient un antécédent de fausse couche étaient 2,6 fois moins présentes dans le groupe à risque de DPP. Nous pouvons donc en conclure que l'antécédent de fausse couche n'est pas un facteur de risque de notre population. Dans aucune des lectures effectuées nous n'avons observé ce type de résultat. [23 ; 24]

2.2.3. Le déroulement de la grossesse

Chez les femmes interrogées, 11,5% avaient décrit un mauvais déroulement de leur grossesse. Dans le questionnaire, il n'y avait pas *d'item* pour savoir si la grossesse avait été marquée par des évènements médicaux pathologiques. Seul le ressenti propre que la femme en avait gardé, nous intéressait. En effet, difficultés médicales ou non, le vécu de la grossesse est propre à chacun et éminemment subjectif. Personne ne réagit de la même manière selon un évènement. Par exemple, une hospitalisation peut rassurer comme elle peut majorer l'anxiété voire altérer l'humeur. Il est vrai, *a posteriori*, qu'il aurait été intéressant de savoir si les parturientes qui décrivaient un déroulement désagréable étaient les mêmes qui avaient eu des complications médicales durant leur grossesse.

Une corrélation entre l'expérience de la grossesse et le risque de DPP est ressortie de notre étude. Effectivement, les femmes relatant une mauvaise expérience de leur grossesse étaient deux fois plus présentes dans le groupe à risque de dépression maternelle. Ce rapport est également repris dans la revue de la littérature d'E. Robertson en 2004. Précisément, il était question de dépression et d'anxiété durant la grossesse comme facteur de risque de DPP. Par ailleurs, la grossesse peut être angoissante du fait d'incertitude sur la présence ou non de pathologie chez le fœtus (résultats limites, échographies douteuses ...). De même, des souvenirs du passé (sa propre enfance, ses parents, ...) peuvent ressurgir durant cette période et troubler la femme. Ce bouleversement psychique peut demeurer après l'accouchement voire même s'accroître. [1 ; 25]

2.2.4. Urgence néonatale et hospitalisation en néonatalogie

Dans notre population étudiée, 13,9% des femmes avaient décrit une prise en charge en urgence de leur enfant à la naissance et 9,1% des nouveau-nés étaient hospitalisés en néonatalogie. Les accidents néonataux ressortaient dans l'article de J. Dayan en 2007, comme étant un facteur de risque modéré de DPP. [22] Notre analyse semble établir que l'hospitalisation en néonatalogie de l'enfant mais aussi la perception d'une urgence néonatale sont corrélées au risque de dépression maternelle. Effectivement, il y avait environ quatre fois plus de femmes identifiées à risque de DPP chez les mères dont l'enfant était en néonatalogie que de femmes non à risque.

2.2.5. La césarienne programmée

Dans notre analyse multivariée, la césarienne programmée est indépendamment associée au risque de DPP ($p=0,01$). Ainsi, les femmes à risque de DPP seraient presque quatre fois plus présentes dans la population de césarienne programmée. Toutefois, nous n'observons pas de lien significatif entre la césarienne en urgence (complication de l'accouchement) et le risque de DPP. Dans la littérature, la césarienne est considérée comme un facteur de grand stress et d'inquiétude au décours du jour de sa réalisation. Mais ces troubles ne sont pas retrouvés à six semaines de l'accouchement. [21 ; 26] Cependant la littérature ne distingue pas les césariennes programmées des césariennes en urgence. Effectivement au vu de nos résultats, nous pouvons émettre l'hypothèse que les césariennes

en urgence sont davantage sources de stress aigu voire de syndrome post-traumatique (PTSD) dans les formes pathologiques, alors que les césariennes programmées sont davantage du côté de la déception narcissique maternelle et donc susceptibles de DPP. Il aurait été intéressant de vérifier ces hypothèses avec notre population à six semaines du *post partum*. [27]

2.2.6. Vécu de l'accouchement

Chez les femmes interrogées, 26,4% avaient déclaré avoir un moyen-mauvais souvenir de l'accouchement. Notre analyse semble avoir mis en avant qu'un moyen-mauvais vécu de son accouchement serait indépendamment lié au risque de DPP. En effet, les femmes à risque étaient presque trois fois plus représentées parmi les parturientes qui n'avaient pas eu un bon vécu de leur accouchement. Dans la littérature, nous retrouvons l'idée que les conditions dans lesquelles l'accouchement s'est déroulé, peuvent influencer sur l'humeur de la mère au long court. Effectivement, l'accouchement est un moment unique dans la vie d'une femme, attendu et redouté, à la fois rite de passage pour devenir mère mais surtout augurant de la bonne ou mauvaise vie future du bébé. Si celui-ci ne répond pas aux attentes de la femme, cette dernière peut en être affectée de manière plus ou moins importante et même durable. J. Dayan va jusqu'à parler de la sensation parfois d'être « *dépossédée de son accouchement* ». [1]

2.3. Les facteurs de risque de DPP qui ne ressortent pas de notre population

2.3.1. L'âge

L'âge moyen maternel en France est de 30 ans en 2010. Dans l'enquête réalisée au CHU de Caen, 97,6% des participantes avaient un âge compris entre 18 et 40 ans. La question était formulée de façon à différencier les âges maternels extrêmes, c'est-à-dire les mères mineures et les mères de plus de 40 ans. L'avantage était de permettre une comparaison de ces classes d'âge extrême avec la tranche d'âge moyen et de voir si un lien avec le risque de DPP apparaissait. Point négatif de ce procédé était que l'âge moyen exacte de l'échantillon récolté ne pouvait être calculé, ni comparé à celui de la population générale. Au final, notre enquête n'a pas démontré de lien statistique entre les âges extrêmes et la DPP. En confrontant ces données avec celles de plusieurs études nous retrouvons ce même résultat. [21 ; 28]

2.3.2. La situation maritale et l'isolement

Nous remarquons, dans les réponses récoltées, que 5,8% des femmes n'étaient pas en couple et que 5,8% se sentaient isolées. La similitude de ces pourcentages pourrait laisser supposer que les femmes qui n'étaient pas en ménage et celles qui éprouvaient ce sentiment de solitude étaient les mêmes. Étonnamment, ce n'était pas le cas. Effectivement, chez ces femmes qui se sentaient seules, toutes sauf une, étaient en couple. Peut se poser la question de savoir si demander à une femme enceinte sa situation maritale est suffisant ou si à l'inverse il ne faut pas pousser le questionnement plus loin sur son sentiment d'isolement.

La situation maritale et le sentiment d'isolement n'influence pas significativement le risque de DPP dans notre enquête. A l'opposé, dans la littérature, les études mettent en avant que le statut marital, le soutien social et la relation avec le partenaire influent sur ce risque. Sous la nomination « soutien social » sont englobés les réseaux relatifs au soutien affectif mais aussi matériel et informatif. De même, l'expression « relation avec le partenaire » reprend la présence constante du conjoint, les problèmes de communication conjugale et les violences au sein du couple. [1 ; 21 ; 24] Peut-être que cette disparité entre l'étude et la littérature, s'explique du fait que les femmes étaient interrogées seulement sur leur sentiment de solitude sans possibilité d'évoquer d'autres difficultés qu'elles n'associaient pas à de l'isolement ?

2.3.3. La parité

En France, selon l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en 2010, 44% des naissances étaient des premiers enfants. Dans notre étude, 46,6% des femmes étaient primipares, chiffre témoignant de la ressemblance entre notre échantillon et la population générale. Nous n'avons pas de lien statistique entre la parité et la DPP. Les données de la littérature sur la question sont très contradictoires. Certaines affirment que la dépression maternelle serait plus présente chez les primipares, d'autres prétendent qu'elle toucherait plus les grandes multipares. [21 ; 27]

2.3.4. Les modalités de grossesse

Selon l'INSEE en 2010, en France, 2,7% des enfants étaient issus de PMA. Dans notre étude, 6,3% des grossesses découlaient d'une PMA. Ce résultat élevé pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agissait d'une population issue d'un CHU. En effet, nous pouvons nous attendre à trouver plus de grossesses issues de PMA dans une maternité de niveau trois où figure un centre de référence dans cette discipline. Bien que notre étude n'ait pas mis en évidence d'association entre la PMA et le risque de DPP, il nous semble essentiel d'encadrer psychologiquement ces futurs parents durant la grossesse et le *post partum*. En effet suivant le parcours de PMA, l'élaboration de leur image parentale peut être fragilisée. De même l'enfant tant désiré revêt une place très importante dans l'imaginaire maternel. La confrontation avec l'enfant réel peut décontenancer la mère et la fragiliser psychologiquement. La revue de la littérature de O. Chatillon, C. Even établit que le recours à la PMA augmenterait le risque de dépression *ante-partum*. Parallèlement, il est connu qu'une dépression pendant la grossesse élèverait le risque de DPP. [27 ; 28 ; 29]

2.3.5. L'accouchement

Dans notre étude, il n'y a pas de rapport statistique entre les complications obstétricales à l'accouchement et le risque de DPP. Les complications proposées dans *l'item* étaient : la césarienne en urgence, l'hémorragie de la délivrance et l'extraction instrumentale. Les données de la littérature divergent sur l'existence d'un lien statistique. Mais globalement, il est retrouvé que les complications obstétricales augmenteraient faiblement le risque de DPP. Les complications souvent évoquées dans la littérature sont les suivantes : l'extraction instrumentale, l'accouchement prématuré, l'hémorragie du *post partum* et la césarienne. Néanmoins, dans les différentes parutions, les émotions négatives suite à des complications lors de l'accouchement semblent être plus d'ordre transitoire que d'un mal-être perdurant dans le temps. La durée et la force de ce mal-être viendraient majorer une fragilité déjà présente chez la parturiente. Notons que nous avons omis de questionner les femmes sur le terme de l'accouchement. [21 ; 22 ; 27]

2.4. L'information sur la DPP et sa qualité

2.4.1. État des lieux sur la connaissance sur la DPP

Chez les femmes participant à l'étude, 75,5% avaient déjà entendu parler de la DPP. Mais lorsque nous regardons les descriptions qu'elles faisaient de celle-ci, nous observons plus des caractéristiques d'une dépression standard que celles qui font la particularité de la DPP, notamment dans tout ce qui a trait aux relations avec le bébé. [21]

Parmi les parturientes de l'étude, 76% pensaient à juste titre que la DPP avait une prévalence de 10 à 20%. Les femmes sembleraient conscientes de sa fréquence. Par contre, il peut subsister un biais pour cette question. En effet, la disposition des propositions était de telle sorte que celle de 10-20% se situait entre celle de moins de 1% et celle de plus de 50%. Or lorsque la réponse nous est inconnue avec trois possibilités de réponses, celle du milieu est souvent celle qui est choisie par défaut. Donc nous ne pouvons pas conclure de manière totalement satisfaisante sur ces résultats. [30]

2.4.2. Les sources d'information sur la DPP : une opportunité de prévention à saisir du côté des professionnels ?

Dans notre population, 92,3% des grossesses avaient un suivi médical régulier. De plus, 60,6% des femmes interrogées avaient participé à des cours de PNP pour cette grossesse, et 42,8% des parturientes avaient bénéficié d'un EPP. Ainsi, vu le pourcentage très important de femmes qui avaient eu recours au système de soins, nous pouvions émettre l'hypothèse que l'information sur la DPP émanerait des professionnels de santé. Pourtant, seulement 24% des participantes à l'étude déclaraient avoir été informées sur cette dépression par un professionnel de santé (médecin ou sage-femme). Et parmi la population étudiée, seulement 13,2% avaient bénéficié de cette information durant les cours de PNP. Nous pouvons là clairement dire qu'il y a un manque de la part du corps médical dans l'information sur cette pathologie pourtant fréquente (10-20% des femmes dans le *post partum*). D'où viendrait ce manque ? La réticence des professionnels de santé viendrait-elle de la crainte d'induire des sentiments dépressifs en informant les femmes sur cette possibilité de troubles de l'humeur *en post partum* ?

Notons que dans notre population, il n'est pas observé de rapport entre le suivi des grossesses, la réalisation d'un EPP ou d'une PNP et le risque ou pas de DPP. La taille des

effectifs dans certains échantillons n'est pas suffisante pour conclure de manière satisfaisante. Dans les lectures réalisées, ces variables comme facteurs de risque de DPP n'ont pas été clairement évaluées. La seule étude retrouvée est celle de D. Nielsen Forman, P. Videbech, M. Hedegaard, J. Dalby Salvig et N.J. Secher déclarant l'absence de PNP comme facteur de risque de DPP. [31]

2.4.3. Vers qui se tourner en cas de mal-être psychique ?

Parmi les femmes de notre étude, 75,5% déclaraient savoir vers qui se tourner en cas de détresse psychique ou morale. Ce chiffre est plutôt étonnant et rassurant. Contrairement au corps médical qui ne saurait pas toujours où adresser une femme souffrant de DPP, les femmes ne semblent pas se sentir démunies. Il serait intéressant d'interroger des femmes qui ont eu une DPP et de savoir si nous retrouvons les mêmes personnes ressources que celles citées dans notre étude. Ou encore, est-ce que l'on pense aux mêmes personnes pour nous aider quand on ne va réellement pas bien sur le plan psychique ? La gravité de la DPP se caractérise non pas tant par l'intensité des symptômes que par l'abîme de solitude durable qu'elle implique. [21 ; 27] Lorsque l'on est déprimé, a-t-on ce réflexe de demander de l'aide ? Avouer ne pas prendre de plaisir à s'occuper de son enfant est difficile même au conjoint. La honte et la stigmatisation « de la mauvaise mère » peuvent refreiner l'appel à l'aide. [1]

Lors du relevé de mon questionnaire auprès des femmes, je leur donnais une carte où était noté le numéro de téléphone du service référent de périnatalité précisant la possibilité d'appeler si elles avaient besoin d'une écoute dans les semaines qui suivaient l'accouchement. Les mères rencontrées étaient enchantées de recevoir cette carte. (Voir annexe 3) Ceci montre également qu'elles sont rassurées de pouvoir disposer d'une aide en cas de besoin.

Cependant, il est important de préciser qu'un dépistage systématique de la DPP suppose un protocole de prise en charge des femmes repérées à risque.

Actuellement, le réseau de périnatalité de Basse-Normandie met en place un groupe de travail sur la question du dépistage et de la prise en charge de la DPP afin de recenser les offres de soins déjà disponibles sur le territoire. Dans un second temps, une formation des professionnels intéressés pourrait être proposée. Il n'y a pas qu'au niveau régional que les autorités se mettent en mouvement. Un intérêt national sur l'amélioration des conditions de

prise en charge de la santé mentale en périnatalité émerge suite aux propositions de la Société Marcé Francophone et la Société Marcé internationale (voir Annexe 4).

3. Des propositions de prévention et de dépistage

3.1. L'information comme moyen de prévention ?

Comme nous l'avons dit plus haut, la majorité des femmes a recours au système de soins, véritable opportunité pour la mise en place d'une prévention et d'un dépistage. En matière de prévention, nous pourrions commencer par compenser la carence actuelle en dispensant une information sur la DPP. Rappelons que 88% des mères avaient répondu favorablement à la question : souhaitez-vous que le sujet sur la DPP soit plus abordé. Ce chiffre témoigne au minimum d'un certain intérêt, voire même d'une réelle demande à en savoir plus sur cette pathologie. De plus, une démarche de prévention ne commence-t-elle pas par une diffusion d'information ? Mais à quel moment dispenser cette information ?

La majorité des femmes interrogées pensait que la grossesse serait le moment propice pour en parler. Il est vrai que durant la grossesse, il existe des moments comme la PNP qui peuvent être des occasions à la communication et à l'information. La question que se posent les professionnels, dont moi, est probablement la réception que peuvent avoir les futures mères sur un tel sujet. En effet, nous les sentons davantage dans la préoccupation de la grossesse et dans l'imagination du futur bébé que réellement dans l'après naissance. Sont-elles prêtes à entendre à ce moment là qu'après la naissance elles peuvent ne pas éprouver du plaisir à s'occuper de cet enfant ? La période du *post partum* semblerait plus appropriée pour délivrer une information sur la DPP. L'enfant est devenu réel par sa présence et la mère doit alors faire le deuil de l'enfant imaginaire. Parfois la différence entre l'enfant réel et celui imaginaire est très importante et peut déstabiliser les femmes. [21 ; 27 ; 32] C'est pourquoi amorcer une information sur la DPP à ce moment pourrait nous paraître propice.

La visite de sortie est notamment un temps où un professionnel de santé délivre plusieurs conseils sur les soins à porter au bébé et des informations hygiéno-diététiques relatives à la mère pour le retour à domicile. Durant ce temps pourrait figurer une information sur la DPP. Les visites à domiciles par les sages-femmes libérales sont également des moments à privilégier pour discuter et informer sur cette pathologie. D'ailleurs, l'HAS les inclus dans les dispositifs prévus pour soutenir et accompagner les couples dans leur nouveau

statut de parents ainsi que les services de la protection maternelle et infantile, les médecins généralistes et les pédiatres. [15] Mais comment présenter cette information ?

Une information par écrit ne semble pas être ce que recherchent ces femmes. Effectivement, 57% seulement des participantes à l'étude souhaiteraient avoir une fiche informative sur la DPP ainsi que des numéros de téléphone de professionnels de santé en cas de besoin. Ce pourcentage est peu important par rapport à celui des femmes qui souhaitaient en savoir plus sur la DPP. Cette différence signifie-t-elle que les mères ne souhaitent pas seulement une simple information sur ce qu'est la DPP mais plutôt un temps d'échange où il est possible de poser des questions ? Ceci pourrait expliquer pourquoi les participantes à l'étude souhaitaient que l'information sur la DPP soit délivrée durant la grossesse. En effet, il existe la PNP qui est justement un moment d'échange et de communication entre la sage-femme et les femmes. Notons, que l'HAS propose la poursuite des séances de PNP prénatales en post-natal systématiquement à la maternité après la naissance : « *sous forme de guidance ou de soutien individuel, et de séances collectives thématiques en fonction des besoins des femmes* ». [15] Par ailleurs, l'effet préventif de ces sessions sur la DPP a été prouvé lorsque celles-ci sont précoces et prolongées. Les interventions individuelles semblent plus efficaces que celles en groupe. [15] Ce type de cours incluant une thématique sur la DPP répondrait-il aux attentes des femmes ? Il aurait été intéressant de demander aux parturientes pourquoi elles préféreraient la grossesse au *post partum* et ainsi voir si notre hypothèse se confirmait.

3.2. L'EPDS, comme outil de dépistage systématique ?

En ce qui concerne le dépistage, il existe l'EPDS qui est un moyen simple et rapide de circonscrire des femmes à risque de DPP. Nous avons pu remarquer que celle-ci était bien acceptée par les femmes de notre étude. Ainsi contrairement aux craintes des professionnels de santé sur l'acceptabilité de l'EPDS, cette dernière pourrait être un très bon moyen de dépistage systématique. De plus, comme nous l'avons décrit précédemment, il permettrait d'ouvrir le dialogue sur la DPP et d'amorcer une diffusion d'information en expliquant pourquoi nous réalisons ce dépistage.

Pour ce qui est de savoir s'il faut privilégier un dépistage systématique ou ciblé, l'opinion varie selon les pays. Effectivement, en Australie, les recommandations sont pour

une utilisation systématique de l'EPDS dans un dépistage intégré, à la différence de l'Ecosse et du Royaume-Uni qui recommandent une utilisation en complément de la pratique clinique. La Société Marcé Internationale se positionne quant à elle, sur l'importance d'une évaluation psychosociale systématique en périnatalité à partir du moment où elle est incluse dans « *un modèle de soins intégrés* ». [32] Ce modèle se définit comme l'intégration :

- « *des disciplines de santé et des systèmes de soins de santé primaire, secondaire et tertiaire*
- *des différentes composantes d'un programme d'évaluation psychosociale : l'évaluation elle-même, la formation des cliniciens et leur supervision, l'établissement des lignes directives encadrant l'accès aux soins et les voies de recours offertes aux cliniciens*
- *de la temporalité (pré et postnatal) et des services (par exemple : l'hôpital et la collectivité)*
- *de l'évaluation psychosociale au suivi de la grossesse et des soins postnataux* » [33]

Ainsi, nous revenons sur l'importance de la mise en place d'un protocole de soin avant tout dépistage de la DPP. En effet, il peut être délétère de rechercher une pathologie chez une femme, si pour autant nous n'avons pas de solution à lui proposer pour y remédier.

CONCLUSION

La DPP est une pathologie qui reste encore très stigmatisée. Avec le plan de périnatalité de 2005, la France s'est penchée sur la question du bien-être psychique de la femme en favorisant des temps d'écoute et d'échange comme l'EPP et la PNP.

Notre étude s'est intéressée à la qualité de l'information qu'ont les femmes sur la DPP et sa corrélation avec le score à l'EPDS. Nous n'avons pas réussi à mettre en évidence de lien entre le sentiment des femmes d'être bien informées et un faible score à l'EPDS. Cependant, nous avons pu constater deux éléments intéressants sur l'information relative à la DPP avec d'une part, une carence des professionnels de santé dans la diffusion de celle-ci et d'autre part, un souhait nettement exprimé des femmes que ce sujet soit davantage abordé.

Cette demande est une véritable opportunité à saisir de la part du corps médical. Le positionnement des professionnels vis-à-vis de l'intérêt à diffuser une information sur la DPP mérite d'être interrogé : méconnaissance ou réticence ? Ensuite le contraste entre la large demande d'information de la part des femmes et la moindre proportion souhaitant une simple diffusion écrite de celle-ci tend à supposer qu'elles souhaiteraient plutôt un temps d'écoute et d'échange, comme lors de la PNP. En effet, la plupart des femmes interrogées pensaient que la grossesse serait le temps idéal pour aborder le sujet de la DPP. Ceci peut aller à l'encontre de notre représentation de professionnel de la naissance sur les préoccupations habituelles des femmes enceintes. Ne serait-il pas plus propice d'aborder ce sujet en *post partum* ?

La prévalence des femmes à risque de DPP dans notre population rejoignait la littérature et certains facteurs de risque de DPP étaient mis en évidence : l'antécédent de dépression, le déroulement de la grossesse, la césarienne programmée, le vécu de l'accouchement, le sentiment maternel d'une prise en charge néonatale en urgence et l'hospitalisation en néonatalogie. L'utilisation de l'EPDS nous a aussi donné l'opportunité de mesurer sa bonne acceptabilité auprès des femmes et de mettre ainsi fin à certaines réticences à l'utiliser plus largement en dépistage.

Ainsi, suite à notre étude, les propositions qui émergent sont d'inciter les professionnels de santé à informer les femmes sur la DPP et à utiliser l'EPDS. Cet outil pourrait apporter aux professionnels de santé un prétexte pour entamer la discussion sur la DPP, sujet qui reste encore difficile à aborder. Pour ce qui est du moment idéal pour diffuser l'information demandée par les femmes, *ante partum* ou *post partum*, il reste encore à définir.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Dayan J. "Maman, pourquoi tu pleures ?": les désordres émotionnels de la grossesse et de la maternité. Paris : O. Jacob ; 2002.
- [2] Cox JL, Holden JM, Sagowsky R. Direction of postnatal depression. Development of the ten item Edinburg Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiat*. 1987 Jun 1 ; 150 ; 782-786.
- [3] Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) : new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiat*. 1998 ; 13(2) : 83-89.
- [4] Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between early post partum mood and post-natal depression. *Br J Psychiat*. 1992 Jun ; 160 : 777-780.
- [5] Beck CT. Predictors of Postpartum Depression an update. *Nurs Res*. 2001 Sep-Oct ; 50(5) : 275-285.
- [6] Dennis CL. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale?. *J Affect Disorders*. 2004 Feb ; 78(2) : 163-169.
- [7] Henshaw C, Foreman D, Cox J. Postnatal blues: a risk factor for postnatal depression. *J Psychosom Obst Gyn*. 2004 Sep-Dec ; 25(3-4) : 267-272.
- [8] Teissedre F, Chabrol H. Étude de l'EPDS (Échelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères : dépistage des mères à risque de développer une dépression du post partum. *Encephale*. 2004 Jul-Aug ; 30(4) : 376-381.
- [9] Jardri R. Le dépistage de la dépression postnatale : revue qualitative des études de validation de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Devenir*. 2004 Dec 1 ; 16(4) : 245-262.
- [10] Jardri R, Pelta J, Maron M, Thomas P, Delion P, Codaccioni X, et al. Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *J Affect Disorders*. 2006 Jul ; 93(1-3) : 169-176.

- [11] Milgrom J, Mendelsohn J, Gemmill AW. Does postnatal depression screening work ? Throwing out the bathwater, keeping the baby. *J Affect Disorders*. 2011 Aug ; 132(3) : 301-310.
- [12] Chabrol H, Teissèdre F, Saint-Jean M, Teisseyre N, Rogé B. Prévention et traitement des dépressions du post partum : une étude contrôlée. *Devenir*. 2003 Mar 1 ; 15(1) : 5-25.
- [13] Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. Preventing postpartum depression: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2013 Dec ; 33(8) : 1205-1217.
- [14] Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 ; (2), [consulté le 10/09/2014]. Disponibilité sur Internet :
<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001134.pub3/pdf/standard>>
- [15] Haute Autorité de Santé. (page consultée le septembre 2014). Recommandations professionnelles : Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) Novembre 2005, [pdf]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf.
- [16] Isserlis C, Sutter-Dallay AL, Dugnat M, Glangeaud-Freudenthal N. Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement psychique des femmes devenant mères. Ramonville Sainte-Agne : Eres ; 2008.
- [17] San Marco JL, Lamoureux P. Prévention et promotion de la santé. In Bourdillon F, Brücker G, Tabuteau D. *Traité de santé publique*. 2^{ème} ed. Paris: Flammarion médecine-sciences; 2007. p.194-202
- [18] Dayan J, Andro G, Dugnat M. Dépression du post partum. In Dayan J, Andro G, Dugnat M. *Psychopathologie de la périnatalité*. 1^{ème} ed. Paris: Masson; 2003. p. 67-122
- [19] Chabrol H, Coroner N, Rusibane S, Sejourne N. Prévention du blues du post partum : étude pilote. *Gynecol Obstet Ferti*. 35(12) : 1242-1244.
- [20] Institut National de Prévention et Education pour la Santé. (page consultée le 2 février 2015). La dépression en France, Enquête Anadep 2005, [pdf]. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1210.pdf>

- [21] Dayan J, Andro G. Dépression périnatale. In Dayan J, Andro G, Dugnat M. Psychopathologie de la périnatalité. 2^e éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2014. p. 143-183
- [22] Dayan J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post partum. Revue et synthèse. J Gynecol Obst Bio R. 2007 ; 36 : 549-561
- [23] Milgrom J, Gemmill A W, Bilszta J L, Hayes B, Barnett B, Brooks J, et al. Antenatal risk for postnatal depression A large prospective study. J Affect Disorders. 2008 ; 108 : 147-157
- [24] Sutter AL, Lacaze I, Loustau N, Paulais JY, Glatigny-Dallay E. Troubles psychiatriques et période périnatale. Ann Med-Psychol. 2005 Jul-Aug ; 163(6) : 524-528.
- [25] Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart D E. Antenatal risk factors for postpartum depression : a synthesis of recent literature. Gen Hosp Psychiat. 2004 ; 26(4) : 289-295.
- [26] Sword W, Kurtz Landy C, Thabane L, Watt S, Krueger P, Farine D, et al. Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks : a prospective cohort study. BJOG [pdf] 2011 Jul ; 118(8) : 966-977. [consulté le 10/02/2015]. Disponibilité sur Internet : < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2011.02950.x/epdf>>
- [27] Guedeney A, Allilaire JF. Interventions psychologiques en périnatalité. Paris : Masson : 2001.
- [28] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (page consultée le 6 janvier 2015). Un premier enfant à 28 ans, [en ligne]. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1419
- [29] Chatiollon O, Even C. Antepartum depression : prevalence, diagnosis and treatment. Encephale. 2010 Dec ; 36(6) : 441-518.
- [30] Piau C. Quelques expériences sur la formulation des questions d'enquête A partir du materiau « aspirations et conditions de vie des français ». Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie [pdf]. 2004 Oct ; 206, [consulté le 13/03/2015]. Disponibilité sur Internet : < <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C206.pdf>>

[31] Nielsen Forman D, Videbech P, Hedegaard M, Dalby Salvig, Secher NJ. Postpartum depression : identification of women at risk. Brit J Obstet Gynaec. 2000 Oct ; 107 ; 1210-1217.

[32] Persini C. du Baby-blues physiologique à la « psychose puerpérale ». Vocation sage-femme. 2009 Jul-Aug ; 74 : 10-15.

[33] Société Marcé Francophone. Positionnement de la Société Marcé Internationale 2013 : actions de prévention et de soins intégrés en santé mentale périnatale. [pdf]. 2013 ; (page [consulté le 12/02/2015]. Disponibilité sur Internet : <http://www.marce-francophone.fr/images/divers/Marce-International-Statement_version%20francaise_SMF_17012014L.pdf>

ANNEXES

ANNEXE 1 : l'Edinburg postnatal depression scale [32]

Échelle postnatale d'Edimbourg

Pendant la semaine qui vient de s'écouler :

• **1** : J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté

- autant que d'habitude
- pas tout à fait autant
- vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- pratiquement pas

• **2** : Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

- autant que d'habitude
- plutôt moins que d'habitude
- vraiment moins que d'habitude
- pratiquement pas

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

- non pas du tout
- presque jamais
- oui, parfois
- oui, très souvent

• **4** : Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif

- non, pas du tout
- presque jamais
- oui, parfois
- oui, très souvent

• **5** : Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison

- oui, vraiment souvent
- oui, parfois
- oui, pas très souvent
- non, pas du tout

• **6** : J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements

- oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations

- oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude

- non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

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

- oui, la plupart du temps
- oui, parfois
- pas très souvent
- non pas du tout

• **8** : Je me suis sentie triste ou peu heureuse

- oui, la plupart du temps
- oui, très souvent
- pas très souvent
- non pas du tout

• **9** : Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré

- oui, la plupart du temps
- oui, très souvent
- seulement de temps en temps
- non jamais

• **10** : Il m'est arrivé de penser à me faire mal

- oui, très souvent
- parfois
- presque jamais
- jamais

Les items 1, 2, 3 et 4 se cotent de 0 à 3.

Les items 5, 6, 7, 8, 9 et 10 se cotent de 3 à 0.

Le seuil pour le dépistage de la dépression du postpartum s'élève à 11/30.

ANNEXE 2 : Le questionnaire de l'étude

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Pour cela, nous utilisons un auto-questionnaire « Edinburgh Postnatal Depression Scale » qui évalue les femmes à risque de développer une Dépression du postpartum. C'est un questionnaire de 10 items largement utilisé et validé dans les pays anglophones. En France son utilisation reste encore ponctuelle. Pour que le résultat soit interprétable, nous vous demandons de bien vouloir cocher **UNE** réponse par item. Cette réponse doit correspondre à ce que vous avez ressenti durant la semaine qui vient de s'écouler, autrement dit durant les 7 derniers jours et pas seulement au jour d'aujourd'hui. Les réponses resteront anonymes.

Voici un exemple pour illustrer :

J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Autant que d'habitude | <input checked="" type="checkbox"/> Pas tout à fait autant |
| <input type="checkbox"/> Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci | <input type="checkbox"/> Pratiquement pas |

Cela veut dire : « je me suis sentie heureuse pas tout à fait autant que d'habitude durant la semaine qui vient de s'écouler. »

Merci de bien vouloir répondre à tous les items. Je reste à votre disposition pour de plus amples informations.

Pendant la semaine qui vient de s'écouler

1) J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autant que d'habitude | <input type="checkbox"/> Pas tout à fait autant |
| <input type="checkbox"/> Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci | <input type="checkbox"/> Pratiquement pas |

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Autant que d'habitude | <input type="checkbox"/> Plutôt moins que d'habitude |
| <input type="checkbox"/> Vraiment moins que d'habitude | <input type="checkbox"/> Pratiquement pas |

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Non pas du tout | <input type="checkbox"/> Presque jamais |
| <input type="checkbox"/> Oui, parfois | <input type="checkbox"/> Oui, très souvent |

4) Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Non pas du tout | <input type="checkbox"/> Presque jamais |
| <input type="checkbox"/> Oui, parfois | <input type="checkbox"/> Oui, très souvent |

5) Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oui, vraiment souvent | <input type="checkbox"/> Oui, parfois |
| <input type="checkbox"/> Oui, pas très souvent | <input type="checkbox"/> Non, pas du tout |

6) J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations |
| <input type="checkbox"/> Oui, parfois, je me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude |

- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

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

- Oui, vraiment souvent
- Oui, parfois
- Oui, pas très souvent
- Non, pas du tout

8) Je me suis sentie triste ou peu heureuse

- Oui, vraiment souvent
- Oui, parfois
- Oui, pas très souvent
- Non, pas du tout

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

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Seulement de temps en temps
- Non jamais

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

- Oui, très souvent
- Parfois
- Presque jamais
- Jamais

La suite de l'enquête est composée de questions que j'ai élaborées avec l'aide du Dr. Andro, pédopsychiatre au CHU de Caen. L'objectif de cette enquête est d'évaluer les connaissances que vous avez sur la dépression du postpartum et si vous avez reçu une information concernant cette pathologie par les différents professionnels de santé. De plus nous chercherons à voir si un lien existe entre les femmes qui sont informées et le résultat obtenu à l'auto-questionnaire ci-dessus. Vous pouvez cocher une à plusieurs réponses en fonction des items. Comme l'auto-questionnaire, les réponses qui vont suivre respecteront votre anonymat.

Je vous remercie de participer à l'enquête. Je reste à votre disposition pour plus d'informations.

A. Généralité :

1. Quel âge avez-vous ?

- Moins de 18 ans
- Entre 18 et 40 ans
- Plus de 40 ans

2. Vivez-vous en couple ?

- Oui
- Non

3. Vous sentez-vous isolée ?

- Oui
- Non

4. Combien avez-vous d'enfants ?

5. Avez-vous eu :

- Une ou plusieurs interruptions volontaires de grossesse ? Oui Non
- Une ou plusieurs interruptions médicales de grossesse ? Oui Non
- Une ou plusieurs fausses couches ? Oui Non
- Une ou plusieurs grossesses extra-utérines ? Oui Non

B. Histoire de vie

6. Avez-vous des antécédents de dépression ?

- Oui Non

7. Avez-vous pris des antidépresseurs ?

- Oui Non

8. Avez-vous déjà rencontré un psychologue ou un psychiatre ?

- Oui Non

C. Pour cette grossesse

9. C'est une grossesse :

- Spontanée qui fait suite à une aide médicale à la procréation

10. Vous avez eu :

- Un suivi régulier (1 fois/mois) Pas de suivi Autre :

11. Pour votre grossesse, vous avez été suivi par

- Une sage-femme Un gynécologue obstétricien Un médecin traitant

12. Pour vous, votre grossesse s'est-elle bien déroulée ?

- Oui Non

13. Avez-vous réalisé un entretien prénatal précoce avec une sage-femme ou un médecin ?

- Oui Non

14. Avez-vous participé à des cours de préparation à la naissance et à la parentalité pour cette grossesse ?

- Oui

→ Où ? Au CHU Avec une sage femme libérale

→ Lesquels ? Des cours théoriques Du yoga De la sophrologie

En piscine De l'haptonomie Du chant prénatal

Autre :

- Non. Pourquoi :

15. Aviez-vous un projet de naissance, c'est-à-dire avez-vous écrit vos souhaits pour le déroulement de cet accouchement ?

- Oui Non

16. La mise en travail a été :

- Spontanée Induite médicalement Une césarienne programmée

17. Y a-t-il eu une complication lors de votre accouchement :

- Une césarienne en urgence L'utilisation de ventouse ou forceps
 Une hémorragie Aucune complication

ANNEXE 3 : La carte de visite

Si vous avez **des questions, des doutes**
n'hésitez pas à en parler avec
votre sage-femme ou votre médecin traitant...
N'attendez pas!

De même, si dans les semaines à venir
vous aviez **besoin d'une écoute**, vous pouvez contacter
le service référent du CHU au **0231272665**.

ANNEXE 4 : Lettre de la Société Marcé Francophone aux coordinateurs du réseau de périnatalité



SOCIÉTÉ MARCÉ FRANCOPHONE
Association pour l'étude des pathologies psychiatriques puerpérales et périnatales

Le 13 Janvier 2015

A Madame, Monsieur, Docteur

coordinateur du réseau de périnatalité

Présidente : Dr Ch RAINELLI
Psychiatre

Vice-président : Pr D. DALLAY
Obstétricien

Past président: Dr M. DUGNAT
Pédopsychiatre

Secrétaire :
D. CAPGRAS-BABERON
Sage-femme

Conseillère scientifique :
Dr A.L. SUTTER
Psychiatre

Relations internationales :
N. GLANGEAUD
Psychologue

Trésorière : N. LOUSTAU
Cadre socio-éducatif

Dans le cadre de l'élaboration de la nouvelle loi de santé et à la suite de la présentation des grandes orientations proposées par Madame la ministre Marisol Touraine le 19 Juin 2014 et renouvelées le 24 Septembre à l'hôpital Sainte-Anne (Paris), nous sollicitons toute votre attention sur la proposition de projet national porté par **la Société Marcé Francophone** et par **la Société Marcé Internationale**.

Il s'agit d'un **projet de structuration et d'homogénéisation du parcours de soins de santé mentale en périnatalité**, fruit de l'expérience de professionnels de terrain qui organisent depuis de nombreuses années les soins psychiques en périnatalité dans plusieurs régions de France selon une réflexion pluridisciplinaire et pluri-professionnelle.

Le plan périnatalité « Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité » 2005-2007 avait comme axe central des mesures spécifiques en faveur d'une prise en compte des risques psychosociaux en période périnatale. Outre l'entretien prénatal précoce, la création de postes de psychologues dans les services de maternité et l'intégration de la dimension de fragilité émotionnelle dans les missions des réseaux de périnatalité, il incluait aussi des propositions d'harmonisation des collaborations médico-psychologiques développées dans la circulaire du 4 Juillet 2005 (relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité)*. Ces textes sont particulièrement centrés sur la détection des vulnérabilités psychiques, le dépistage des dépressions périnatales et sur l'amélioration de l'accompagnement des femmes et des couples devant faire face à des difficultés psychosociales.

*Promouvoir les facteurs favorisant les relations d'attachement mère-enfant (allaitement, bientraitance) – Améliorer les conditions de prises en charge de l'AMP-DPN au sein des équipes qui les réalisent au travers d'une prise en compte des aspects psychologiques. - Renforcer la continuité de la prise en charge des nouveau-nés en risque de développer un handicap et accompagner les parents.



L'évaluation du plan http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf et le rapport réalisé par l'Inserm en 2011 : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf ont tous deux mis en évidence une mise en œuvre très partielle des mesures concernant le suivi de la santé émotionnelle des couples pendant la grossesse.

Si le "Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS " demande aux ARS de chercher à assurer une coordination du suivi en prénatal de la femme enceinte et en post-natal de la mère et de l'enfant lorsqu'une prise en charge par le secteur médico-social est nécessaire, un flou persiste quant aux mesures de prévention des troubles psychiques si fréquents en période périnatale.

La Société Marcé Francophone qui réunit toutes les disciplines intervenant dans le parcours de santé en périnatalité, a été fondée en 1996 pour soutenir cette réflexion en favorisant l'accès de tous les professionnels de la périnatalité à des informations et des formations sur les difficultés maternelles survenant autour de la naissance d'un enfant et sur l'importance à accorder à l'accompagnement des parentalités complexes et à leurs spécificités de prise en charge.

La Société Marcé Internationale (qui regroupe de par le monde des professionnels exerçant aux USA, Canada, UK, Australie, Europe, Inde...) a récemment précisé à travers la publication d'un positionnement officiel soutenu par de nombreuses autres sociétés savantes internationales, des guidelines de bonnes pratiques pour l'organisation préventive de l'accompagnement de la santé mentale de la mère, du nouveau-né et de la famille.

Ce positionnement dont une version traduite est jointe au présent document correspond aux orientations que **la Société Marcé Francophone** a toujours soutenues et souhaiterait voir renforcées en France à chaque niveau régional :

- L'attention portée dès le début de la grossesse aux couples en situation de risque ainsi que le développement des échanges interprofessionnels autour de l'analyse des problématiques en cause. Ces échanges seront d'autant plus facilités que les staffs psycho-sociaux anténataux seront développés de façon systématique sinon dans chaque maternité du moins à un niveau de pertinence territorial notamment dans le nouveau cadre des groupements hospitaliers de territoire

- L'information des usagers par l'intégration des associations de familles, des collectivités territoriales dans le cadre des contrats locaux de santé et des conférences de santé de territoire, aux actions de médiatisation et de réflexion autour des bonnes pratiques de prise en charge de soins et d'accompagnement

- La formation, l'information et le soutien de tous les professionnels de santé de premier recours au cours de leur formation initiale et tout au long de leur carrière, avec la proposition de programmes de DPC pluri-professionnels autour du soutien à la santé émotionnelle et de la prévention des troubles psychiques.



-La mise en place de modèles de soins intégrés, selon des niveaux d'interventions complémentaires et articulés entre eux. Ainsi, afin d'offrir la sécurité nécessaire dont les parents ont besoins, il faut pouvoir développer dans chaque territoire de santé, des actions allant de l'écoute bienveillante et de l'accompagnement, à des actions de soins plus soutenues jusqu'aux hospitalisations conjointes parfois nécessaires. (*Revue Pluriel n°80, nov. 2009*).

Actuellement, seuls quelques exemples d'offres de soins gradués de ce type ont pu être déclinés dans certains SROS.

La prise de position internationale, que nous vous présentons ici, pourrait servir de guide pour le type d'actions qu'il conviendrait de promouvoir. Nous espérons donc qu'un effort national de développement d'actions de prévention et de soins intégrés permettra d'améliorer les conditions de la prise en charge en santé mentale périnatale.

Nous attendons par cette démarche que les réseaux de périnatalité s'associent ou participent avec la Société Marcé Francophone et ses représentants dans chaque région, à la diffusion de ces « bonnes pratiques ». Vous trouverez dans le texte suivant la liste (non exhaustive) des sociétés scientifiques soutenant ces propositions. Nous poursuivons en France cette action de mobilisation auprès des instances politiques de santé ainsi qu'auprès des sociétés et associations engagées en périnatalité.

Nous restons à votre disposition pour toute précision qui vous serait nécessaire. En vous remerciant par avance, nous vous prions d'agréer nos salutations respectueuses.

Pour le bureau de la SMF

La présidente, Christine Rainelli

RESUME

L'objectif principal de cette étude était de mesurer l'impact de l'information sur le risque de la dépression du *post partum* (DPP) évalué par l'Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS). Pour ce fait, nous avons réalisé une étude prospective observationnelle analytique de type transversal auprès de 208 femmes au troisième jour du *post partum* hospitalisées en suite de naissance au CHU de Caen.

Aucune corrélation n'a été retrouvée entre les femmes qui avaient un faible score à l'EPDS et la qualité de l'information. Cependant, il existe un réel défaut d'information de la part du corps médical sur la DPP alors que les femmes expriment le souhait de bénéficier de renseignements complémentaires sur cette pathologie.

MOTS CLES : dépression du *post partum* – EPDS – information – prévention

TITRE DU MEMOIRE : La dépression du *post partum* : la qualité de l'information reçue et prévalence du risque à J3, une étude menée auprès de 208 femmes au CHU de Caen.

ABSTRACT

The main aim of the study was about evaluating the impact of information on the risk of postpartum depression assessed by the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). For this, we conducted a prospective observational study of analytic cross-type with women on the third day postpartum hospitalized in the University Hospital of Caen.

No correlation was found between women who had low scores on the EPDS and quality of information. However, there is a real deficiency on the part of the medical profession in the diffusion of this information. But women are from a real demand to benefit from additional information about postpartum depression.

KEYWORDS : postpartum depression – EPDS – information – prevention

TITLE OF THE REPORT : postpartum depression: the quality of the received information and prevalence of the risk at third day, study conducted with 208 women in the University hospital of Caen

AUTEUR : Audrey Varin, école de Sage-femme de Caen, promotion 2011-2015