



HAL
open science

Dépression post-natale : évaluation d'un outil de dépistage l'Edinburgh Postnatal Depression Scale

Bénédicte Depaux

► **To cite this version:**

Bénédicte Depaux. Dépression post-natale : évaluation d'un outil de dépistage l'Edinburgh Postnatal Depression Scale. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01394921

HAL Id: dumas-01394921

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01394921>

Submitted on 10 Nov 2016

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.

MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Promotion 2016

Dépression post-natale :
Évaluation d'un outil de dépistage
l'Edinburgh Postnatal Depression Scale

Etude auprès de 18 sages-femmes en Haute-Normandie

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Madame Bénédicte DEPAUX
Née le 8 septembre 1993

SOUS LA DIRECTION DE :

Dr Jean-Michel MEMBREY

Dépression post-natale :
Évaluation d'un outil de dépistage
l'Edinburgh Postnatal Depression Scale

Etude auprès de 18 sages-femmes en Haute-Normandie

Remerciements

À Monsieur Jean-Michel Membrey, directeur de ce mémoire, pour ses précieux conseils, son écoute et sa grande disponibilité.

À Madame Cécile Cazé, qui a cru en ce projet et pour son aide indispensable à son aboutissement.

À toute la promotion, pour tous les moments que nous avons partagés.

À mes proches, pour leur patience tout au long de ces cinq années, leur soutien sans faille et leurs encouragements.

À toutes les sages-femmes qui ont accepté de participer à cette étude, sans qui celle-ci n'aurait pu voir le jour.

Sommaire

Revue de la littérature

1.	Un contexte psychique particulier : la grossesse et la naissance	3
1.1.	Désir de grossesse et maternité	3
1.2.	La naissance : mise en place du lien mère-enfant	4
2.	La dépression post-natale	5
2.1.	Epidémiologie.....	5
2.2.	Sémiologie	5
2.3.	Conséquences	6
2.4.	Facteurs de risque	8
2.5.	Evolution et prise en charge.....	9
2.6.	Cas clinique	10
2.7.	Dépression anténatale	11
2.8.	Cas clinique	12
3.	Les diagnostics différentiels	13
3.1.	Le « Baby-blues »	13
3.2.	Les psychoses puerpérales	14
4.	Dépistage et prévention : le rôle de la sage-femme.....	16
4.1.	Les recommandations	16
4.2.	Les outils de dépistage	18

L'étude

1.	Méthodologie	22
1.1.	Type d'étude.....	22
1.2.	Objectifs de l'étude.....	22
1.3.	Matériels et méthode	22
2.	Résultats	25
2.1.	Recueil des questionnaires	25
2.2.	Composition de notre population.....	26
2.3.	Evaluation des connaissances au sujet de la DPN et de son dépistage	26
2.4.	Abord du sujet de la DPN avec les patientes	31
2.5.	Evaluation de l'EPDS	32
2.6.	Distribution des EPDS	37

La discussion

1.	Forces et limites de l'étude.....	42
1.1.	Forces	42
1.2.	Limites	42
2.	Population étudiée	43
3.	Connaissances des sages-femmes concernant la DPN et son dépistage	43
3.1.	Etat des lieux.....	43
3.2.	Comment améliorer les connaissances : propositions d'actions	45
4.	Abord du sujet de la DPN avec les patientes et réflexion autour de la visite post-natale...	45
5.	Evaluation de l'EPDS dans la pratique courante des sages-femmes	49
5.1.	Avis des sages-femmes interrogées	49
5.2.	Dans quelles situations utiliser l'EPDS ?.....	50
5.3.	A quel moment utiliser l'EPDS ?.....	51
5.4.	Etendre l'EPDS à d'autres professionnels ?.....	52
6.	Etude des EPDS remplis par les patientes.....	52

Introduction

« Chacun d'entre nous souhaiterait que la maternité, l'événement humain par excellence, soit un événement heureux et ce vœu profond contribue peut-être à méconnaître qu'il n'en est pas toujours ainsi. »

M. Bydlowski [1]

La grossesse et la naissance d'un enfant au sein d'un couple sont des événements bouleversants de la vie. Ces moments entraînent de très nombreux remaniements psychiques. Bien que dans la société actuelle, le fait de devenir mère est ancré comme un « heureux événement », qui doit combler le couple de bonheur, il arrive parfois que tout ne se passe pas ainsi.

Nous avons décidé d'effectuer des recherches sur les troubles psychiques, voire psychiatriques, pouvant survenir pendant la grossesse et le post-partum, et plus particulièrement autour de la dépression postnatale.

Cette véritable dépression n'est pas rare : il s'agit d'une des complications les plus fréquentes du post-partum, et elle peut avoir un impact important sur le développement de l'enfant. Néanmoins elle est malheureusement trop méconnue par les professionnels en raison des difficultés que présentent son diagnostic et parfois de sa banalisation. Pourtant il existe des outils de dépistage efficaces. En notre qualité de sages-femmes, et professionnels de santé en périnatalité, nous serons amenés à rencontrer cette pathologie fréquente, il nous a donc semblé intéressant de réfléchir aux moyens d'améliorer son dépistage.

Dans ce travail, nous vous présenterons une revue de la littérature qui nous permettra de mieux cerner le sujet de la dépression post-natale ainsi que son dépistage, et nous vous décrirons dans un second temps, les résultats de notre étude d'évaluation d'un outil de dépistage réalisée auprès de 18 sages-femmes.

Revue de la littérature

1. Un contexte psychique particulier : la grossesse et la naissance

1.1. Désir de grossesse et maternité

Devenir mère symbolise une étape importante dans la vie d'une femme. Comme l'explique N. Nanzer, pédopsychiatre et psychanalyste, « mettre un enfant au monde comporte d'importants changements pour la femme, une remise en question de son identité, de l'enfant qu'elle a été, de l'image qu'elle a gardé de ses parents ». [2]

De nos jours, du fait de l'existence de moyens de régulation des naissances, le désir d'enfant est devenu une notion complexe puisqu'il réside dans un véritable choix, une « démarche consciente et raisonnable, délibérée voire programmée ». [1]

La maternité bouleverse la femme puisqu'elle la renvoie dans son passé, à l'intérieur d'elle-même, jusque dans son enfance. Il existe une mobilisation importante de l'histoire personnelle. Les éléments du passé familial peuvent prendre un éclairage particulier à la lueur de la nouvelle naissance. Le psychiatre J-M. Delassus utilise la métaphore du voyage pour décrire la grossesse : « on ne naît pas mère on le devient ; c'est un long parcours qui retrouve un trésor laissé de côté ». [3] Elle s'inscrit particulièrement dans la problématique Œdipienne : la petite fille, s'apercevant qu'elle ne pourra pas séduire et se marier avec son papa, va s'identifier à sa mère pour devenir comme elle. A son tour, un jour, c'est elle qui deviendra maman. Quand ce moment arrive enfin, la future mère va s'identifier à ses propres figures parentales, à sa propre enfance.

C'est notamment à l'adolescence que se créent les premiers conflits envers l'image parentale, la petite fille entre dans le processus pour devenir adulte et doit se différencier de sa mère : s'il existe un rejet trop important, la hantise de devenir comme sa mère apparaîtra et se réveillera au moment de devenir à son tour maman : cela pourra provoquer des difficultés dans la relation avec son enfant. Au contraire, si elle reste trop proche de sa propre mère, elle ne parviendra pas à s'en différencier et aura plus de difficultés à endosser elle-même le rôle de mère et trouver sa place envers son enfant. [2]

La maternité plonge la femme dans un état psychique particulier, que M. Bydlowski a défini comme la « transparence psychique ». [1] Elle la décrit comme un état « caractérisé par une grande perméabilité aux représentations inconscientes » avec une levée du refoulement habituel. Cet état particulier amène d'autant plus la

femme à s'interroger sur sa capacité à être mère, sur sa propre enfance, sur la relation qu'elle avait avec ses parents et ses frères et sœurs. Tout devient plus accessible à sa conscience : des émotions, des rivalités, des conflits qu'elle pensait dépassés. Elle est alors bien plus sensible et plus ouverte à ses ressentis, ce qui provoque une fragilité momentanée.

1.2. La naissance : mise en place du lien mère-enfant

La naissance dans de bonnes conditions d'un bébé bien portant est censé être un moment de joie, mais c'est aussi un grand bouleversement pour la jeune maman : celle-ci doit faire le deuil de la plénitude de la grossesse, de la relation fusionnelle avec l'enfant qu'elle avait pour elle seule, et surtout de l'enfant imaginé qui devient tout à coup réel. [4]

L'arrivée du nouveau-né et l'important chamboulement qu'elle provoque chez ses parents peuvent entraîner un sentiment d'ambivalence : « chacun réalise la richesse de ce qu'il gagne, mais est aussi conscient de ce qu'il perd » [2]. Celui-ci ressenti face à l'accès à la parentalité et face à l'enfant est souvent mal toléré par les jeunes parents qui le vivent comme anormal lorsque le désir d'enfant était très présent avec une grossesse très investie, alors qu'il s'agit d'un phénomène physiologique. Cela peut entraîner des sentiments de culpabilité et d'anxiété.

Le psychiatre Winnicott montre également l'importance de la « préoccupation maternelle primaire » dans la mise en place du lien mère-enfant : cet état psychique dans lequel la mère est plongée, qui se développe au fil de la grossesse pour atteindre à terme et à l'arrivée du nouveau-né un degré accru de sensibilité. C'est cette sensibilité qui va permettre à la mère de s'adapter à son enfant, et de répondre à ses besoins : elle l'aide à « déchiffrer » ses émotions et ses ressentis. Cette transformation psychique permettrait à la mère de développer sa capacité à entrer en relation avec son bébé. [5] [6]

La relation qui s'installe entre l'enfant et sa mère à la naissance a notamment été décrite par le psychiatre Bowlby dans la théorie de l'attachement : le comportement d'attachement de l'enfant serait lié aux contacts corporels avec la mère [7]. A la naissance le nouveau-né est totalement dépendant sur le plan physique mais aussi psychique : il a besoin d'échanges perceptifs avec son entourage et principalement avec sa mère : auditifs, olfactifs, tactiles, visuels. Tout éloignement de sa mère

implique le développement d'une anxiété. Ainsi l'enfant va tenter de signaler sa présence pour maintenir la proximité et le contact avec elle. L'attachement au sens propre de contact et de proximité est, selon cette théorie, considéré comme un besoin primaire, au même titre que l'alimentation. On peut parler d'un « nourrissage » psychique et relationnel, qui est primordial pour l'enfant. Le comportement d'attachement est fondé par des manifestations innées comme le réflexe de succion, le cri, le sourire, le suivi du regard, et le réflexe d'agrippement. [8]

2. La dépression post-natale

2.1. Epidémiologie

La prévalence de la dépression post-natale (DPN) serait comprise entre 10 et 15% (soit en France, environ 75 000 à 100 000 femmes par an), avec 2% à 6% en ce qui concerne les dépressions majeures, et 6% à 10% pour les dépressions mineures [9]. Nous pouvons donc la qualifier de fréquente. Ce taux varie en fonction de la période considérée comme étant le post-partum, induisant des difficultés pour connaître un taux exact. Il existe des variations de définition concernant le début d'apparition des troubles : les troubles doivent apparaître dans les 4 semaines selon le DSM-IV [10] ou dans les 6 semaines selon le CIM-10 [11] suivant l'accouchement. Cependant, la société Marcé, principale association internationale de psychiatrie périnatale recommande d'étendre cette dénomination à l'ensemble de la première année du post-partum. Les deux pics de survenue sont situés entre la 6^{ème} et la 12^{ème} semaine (DPN précoce), et lors du deuxième semestre du post-partum. Son incidence est maximale vers la 6^{ème} semaine [9]. Plusieurs études s'accordent à dire qu'elle est sous-diagnostiquée : selon certains le pourcentage de DPN non diagnostiquées pourrait atteindre 50%. [8] [12]

2.2. Sémiologie [4, 9]

Parfois surnommée la « dépression souriante », la DPN présente des symptômes légèrement différents de la dépression « classique », puisqu'ils sont plus ou moins invisibles et silencieux, rendant ainsi le diagnostic d'autant plus difficile. Le début est généralement insidieux, prenant parfois la forme d'un *Baby Blues* qui se prolonge dans le temps. Les principaux signes sont :

- Pleurs, souvent cachés ;
- Sentiment d'épuisement ;
- Asthénie importante ;
- Sentiment d'incapacité à répondre aux besoins de l'enfant ;
- Auto dévalorisation, et culpabilité importante ;
- Anhédonie, perte de plaisir à prodiguer les soins envers l'enfant ;
- Irritabilité, voire agressivité, qui peut être envers le conjoint ou les autres enfants de la fratrie ;
- Labilité émotionnelle ;
- Emoussement affectif (restriction de l'affectivité) ;
- Perte de la libido ;
- Phobies d'impulsion, qui correspond à la crainte obsédante de commettre impulsivement des gestes qui pourraient conduire à la mort de l'enfant.

Parfois, c'est la répétition des consultations sans objet apparent ou pour des troubles du nourrisson qui va révéler la DPN, voire déjà l'émergence de conséquences sur l'enfant : troubles du sommeil, difficultés alimentaires, prise de poids insuffisante, pleurs prolongés... Cela peut constituer des signes d'alerte pour le professionnel.

Cette sémiologie est à mettre en lien avec les conséquences que peut avoir la dépression notamment sur l'enfant, comme nous allons le voir dans la partie suivante.

2.3. Conséquences [15, 16, 17, 18]

La DPN peut avoir de réelles conséquences sur le développement de l'enfant. En effet, près de 15% des DPN influenceront ce développement [4]. De nombreuses recherches ont été effectuées sur ce sujet, retrouvant différentes conséquences. Même dans les formes modérées de dépression, un impact existe : les premiers mois de vie sont une période de sensibilité maximale dans la construction psychique de l'enfant. Les types de conséquences retrouvées sont encore discutés. Il faut garder à l'esprit qu'il existe de nombreux facteurs influençant le développement de l'enfant, comme par exemple un statut socio-économique défavorisé, un niveau d'étude maternel bas. L'impact des DPN maternelles sur le développement cognitif des enfants est différent selon la sévérité, la durée ou la récurrence des symptômes dépressifs maternels au-delà de la période du post-partum.

Comme nous l'avons vu dans le mécanisme d'instauration du lien mère-enfant, le développement affectif du bébé dépend fortement des échanges avec son environnement proche.

Les symptômes de la DPN chez la mère entraînent certaines caractéristiques dans son comportement auprès de son enfant : vocalisations moins importantes, propos négatifs au sujet de son enfant ou de la qualité de leur relation, irritabilité, contacts visuels et physiques moins fréquents... La capacité à lire et à interpréter les signaux émis par l'enfant et à y répondre de manière adéquate ainsi que sa faculté à se mettre « à la place » de l'enfant, serait affectée par la dépression. On retrouve également, selon Winnicott, que le visage de la mère joue un rôle de miroir dans lequel le bébé peut se regarder : dans la dépression, le visage fermé de la mère ne parvient pas à refléchir le visage de son enfant [13].

Des études ont permis de dégager deux « styles » interactifs : le style *intrusif* et le style *en retrait*. Lorsqu'elles interagissent avec leur enfant, les mères *intrusives* sont décrites comme étant surstimulantes : les comportements sont souvent imprévisibles pour l'enfant et semblent désagréables. À l'opposé, les mères *en retrait* adoptent un style désengagé dans l'interaction, marqué par un faible niveau de vocalisation et de toucher, ainsi que par de nombreux détournements de regard loin de leur enfant [19]. En réponse, les nourrissons adoptent des comportements différents : ceux de mères *intrusives* seraient plus méfiants et évitants, alors que les enfants de mères *en retrait* exprimeraient leur détresse par plus de cris, de pleurs.

Les échanges avec son enfant peuvent être soit neutres et sans émotion, soit teintés d'affects négatifs [2].

L'enrobage affectif est donc défailant, à la fois quantitativement car la mère limite au strict minimum les interactions avec son bébé, puisque de toute manière elle n'en éprouve aucun plaisir, et qualitativement avec des anomalies de portage, des interactions visuelles (visage fermé et triste), une pauvreté des interactions auditives (mères silencieuses).

L'impact repose alors essentiellement sur les interactions précoces mère-bébé à l'origine de dysharmonies relationnelles précoces [8]. Le jeune enfant réagit en développant différents symptômes : des troubles fonctionnels pouvant toucher l'alimentation ou le sommeil, un trouble de l'attachement (théorie de l'attachement selon Bowlby, notion d'enfant « *insecure* ») induisant de difficultés de séparation, un

état dépressif. Les sur-stimulations kinesthésiques par les mères déprimées peuvent parfois se traduire par un hyper investissement de la motricité avec une marche acquise précocement, au détriment de l'expression affective face à l'insécurité et à une instabilité affective.

Outre ces troubles des interactions précoces mère-enfant, certaines études montrent un impact à plus long terme sur le développement global de l'enfant : la dépression maternelle pourrait engendrer un retard psychomoteur et cognitif, des difficultés de communication, des troubles du comportement.

Les comportements de négligence et de maltraitance envers l'enfant quant à eux n'apparaissent que rarement [9].

Il est donc indispensable d'être attentif aux premiers symptômes pour une prise en charge précoce qui permettra d'améliorer le pronostic.

Contrairement à la dépression « classique », la DPN conduit rarement au suicide, mais ce risque n'est pas nul. Le risque de récurrence quant à lui est grand. La dépression peut persister dans le temps, elle peut être le début d'une série d'épisodes dépressifs répétitifs entrecoupés de périodes sans symptômes : elle signe alors l'entrée dans un trouble dépressif récurrent [2]. On retrouve également un risque augmenté de développer une psychose puerpérale chez une femme atteinte de DPN [14].

La DPN peut avoir un impact majeur sur le couple : l'arrivée d'un enfant provoque de façon physiologique un nouvel équilibre à trouver puisque le partenaire n'est plus l'unique objet d'attention. Réussir ce nouvel équilibre peut prendre du temps et s'avérer angoissant pour le couple. L'angoisse et le « mal-être » démultipliés lorsque la femme souffre de DPN, compliquent d'autant plus la mise en place de cet équilibre. Il arrive alors que le couple, s'il n'était pas assez solide, ne résiste pas à cette somme de stress à laquelle il est confronté. [2]

2.4. Facteurs de risque [2, 4, 9, 20, 21, 22]

Les causes exactes de la DPN semblent difficiles à démontrer, néanmoins, de nombreuses études ont permis de dégager les différents facteurs de risque chez une femme de développer une DPN :

- Episodes antérieurs de dépression (puerpérale ou non) ;
- Dépression anténatale ou des manifestations intenses d'anxiété à la fin de la grossesse ;
- Antécédent familial de dépression, de DPN, ou de bipolarité ;
- Antécédent personnel de trouble de la personnalité, vulnérabilité psychologique (dépression, troubles anxieux, troubles bipolaires...) ;
- Primiparité tardive ou précoce, ainsi que la grande multiparité ;
- Parcours d'aide médicale à la procréation ;
- Difficultés conjugales, situations de violences conjugales ;
- Difficultés socio-économiques, précarité, absence de logement stable ;
- Isolement affectif, social, manque de soutien attentif, bienveillant, contenant et protecteur (absence de partenaire, rupture avec la famille, absence de grand-mère maternelle...) ;
- Accouchement dans des rites socio-culturels différents de ceux de la femme ;
- Facteurs concernant la grossesse en elle-même : grossesse non désirée, non suivie, non déclarée, déni de grossesse ;
- Impression de négligence par l'entourage, tendance à l'autodépréciation ;
- Abus sexuels ou maltraitance dans l'enfance.

Les causes hormonales n'ont, à ce jour, pas pu être clairement établies. Des recherches ont porté sur l'influence du taux de progestérone, d'estradiol, et de cortisol mais n'ont pas montré de résultats significatifs. Seules certaines hypothyroïdies transitoires pourraient avoir une influence. [9]

2.5. Evolution et prise en charge [1, 4, 20, 23]

En ce qui concerne les troubles dépressifs majeurs, l'évolution spontanée serait plutôt défavorable, avec une persistance des troubles au-delà d'un an. Pour les troubles mineurs, l'évolution est plus favorable, la moitié disparaissant spontanément en moins d'un mois. Il est important de noter qu'il persiste un risque important de récurrence de l'ordre de 25 à 30% pour les futures grossesses.

Lorsqu'elle est diagnostiquée, la prise en charge de la DPN doit être globale. Un traitement médicamenteux par psychotropes est souvent nécessaire dans un premier

temps, il faudra alors veiller à choisir les molécules compatibles avec un éventuel allaitement. Une psychothérapie doit être mise en place, en complément du traitement médicamenteux, celle-ci semble bien adaptée au post-partum compte tenu de la perméabilité psychique particulière de la femme durant cette période et permet le plus souvent une évolution favorable rapide. Certains professionnels proposent des thérapies cognitivo-comportementales [24]. Des interventions à domicile [12] semblent apporter des bénéfices dans la prise en charge, elles ont un intérêt chez les femmes profondément déprimées qui n'arrivent pas à sortir de chez elle, ou pour les femmes isolées dans des situations de grande précarité qui ont besoin que l'on vienne vers elles ; elles permettent également un abord plus aisé des familles, et l'observation des interactions à domicile avec les autres enfants [4]. D'autres méthodes peuvent être utiles dans la prise en charge telles que l'acupuncture, la relaxation, la sophrologie... Un accompagnement psycho-social devra être impérativement mis en place en cas de précarité, et d'isolement.

Dans les cas les plus graves, une hospitalisation en unité spécialisée pourra être envisagée.

2.6. Cas clinique

Nous avons choisi de présenter le dossier de Mme C., patiente âgée d'une quarantaine d'années, primipare, deuxième geste, hospitalisée un mois après la naissance de sa fille en unité kangourou au centre hospitalier du Belvédère à Mont-Saint-Aignan pour une dépression post-natale.

Il est important de repérer dans l'anamnèse que Mme C. est d'origine étrangère, qu'elle a vécu toute son enfance dans son pays natal et qu'elle en est partie à environ 25 ans. Elle n'avait aucun antécédent psychiatrique personnel, mais sa mère s'est suicidée peu de temps après son départ pour la France, d'où une forte culpabilité de la patiente.

Cette grossesse désirée a été d'un déroulement plutôt normal avec seulement l'apparition de phénomènes anxieux vers sa fin. Le vécu de l'accouchement a été assez mauvais. De retour à domicile, Mme C. a développé des difficultés importantes autour des soins à sa fille, avec une sorte de rejet envers celle-ci.

Lors de son hospitalisation, elle présentait une symptomatologie dépressive franche, avec tristesse, auto dévalorisation, sentiment de culpabilité, idées de mort

passive, anxiété importante et des difficultés à s'occuper de sa fille, liées également à une forte asthénie.

Son mari s'est révélé peu soutenant durant cette période, avec également pour lui une tendance anxieuse et dépressive (antécédents familiaux de suicides), et parfois une relation conflictuelle avec sa femme.

Après l'hospitalisation et la mise en place d'un traitement ainsi qu'un suivi spécialisé, l'évolution a été favorable : une amélioration de la relation avec sa fille, avec un bon investissement affectif et un développement normal pour elle. Il y a eu également une bonne évolution pour son mari, avec une meilleure communication dans le couple. Malgré tout, Mme C. présente une persistance de phases dépressives très brèves.

A travers cette observation clinique, nous pouvons observer que cette patiente présentait plusieurs facteurs de risque de dépression : l'éloignement de sa culture natale, l'antécédent familial de dépression et de suicide chez sa mère, ainsi que la primiparité plutôt tardive. Elle avait en plus développé une anxiété dès la fin de grossesse. Elle a présenté des signes « classiques » de dépression, avec cependant une tendance mélancolique moins habituelle dans les DPN. L'évolution a été favorable grâce à la prise en charge adaptée, l'hospitalisation en unité kangourou a particulièrement permis d'éviter une séparation mère-enfant.

2.7. Dépression anténatale [2, 9, 25, 26]

Plus récemment, les études se sont intéressées à la période anténatale : en effet, il a été démontré qu'une dépression pouvait apparaître pendant la grossesse. La prévalence de la dépression anténatale pourrait même, selon les études, atteindre le même taux que celui de la dépression post-natale. Elle serait de 2% à 6% pour les dépressions majeures, et de 5% à 12% pour les dépressions mineures. [4]

Les facteurs de risque de dépression anténatale rejoignent ceux de la DPN, mais on peut souligner plus spécifiquement :

- la primiparité ;
- les antécédents d'accidents obstétricaux ou d'avortement ;
- les antécédents personnels de dépression ;
- les sentiments négatifs ou l'ambivalence par rapport à la grossesse, les menaces portant sur la grossesse actuelle.

La sémiologie est semblable à celle de la DPN, mais il faut souligner l'importance des troubles somatiques qui peuvent compliquer le diagnostic en se confondant avec des symptômes liés à la grossesse telles que contractions utérines, douleurs, vomissements, asthénie importante...

L'évolution de ce trouble dépressif est variable : la plupart du temps il va cesser spontanément après l'accouchement, mais il a été démontré que la présence d'une dépression pendant la grossesse augmente fortement le risque (20 à 40%) que celle-ci se poursuive dans le post-partum, ou que les symptômes réapparaissent après un intervalle libre au moment de la naissance.

Il semble donc essentiel d'être attentif aux des symptômes apparaissant pendant la grossesse, afin de mettre en place une prise en charge accompagnée d'un suivi adéquat de la grossesse et du post-partum.

2.8. Cas clinique

La seconde observation clinique que nous avons choisi est celle de Mme M., patiente âgée d'une quarantaine d'années qui a présenté durant sa grossesse, assez précocement, une dépression anténatale, dans un contexte de conduites addictives (alcool principalement). Cette patiente a également été prise en charge au centre hospitalier du Belvédère à Mont-Saint-Aignan.

Mme M. a eu lors de sa première grossesse une mort fœtale in utero, dont le deuil a été assez compliqué du fait d'une culpabilité importante. En effet, elle tenait pour responsables ses consommations d'alcool durant la grossesse.

Cette seconde grossesse a débuté peu de temps après, avec des difficultés à l'investir, conséquence d'un deuil pas encore résolu. En plus de ces difficultés, Mme M. avait des relations particulièrement conflictuelles au sein de son couple, avec de la part de son mari des violences psychologiques et était peu soutenue et isolée du fait d'un éloignement géographique de sa famille.

Cette grossesse a donc été marquée par une dépression et une forte anxiété liée à ses difficultés à contenir ses conduites addictives qui entraînaient une grande culpabilité vis-à-vis du bien-être de son enfant.

Elle a été prise en charge en unité de grossesses pathologiques et a bénéficié d'un traitement adapté. A la suite de son hospitalisation, elle a déménagé pour

retrouver sa région natale et sa famille, avec une poursuite de son suivi au sein de sa nouvelle maternité. Elle a donné des nouvelles téléphoniques depuis : sa grossesse a été menée à bout grâce au suivi, et elle a réussi à maintenir son abstinence.

Mme M. présentait donc des facteurs de risque de dépression prénatale, principalement son antécédent d'accident obstétrical lors de sa grossesse précédente. Elle était également isolée de sa famille, et avait des difficultés conjugales importantes, tout cela aggravé par une dépendance à l'alcool. Grâce à la continuité de son suivi après son déménagement, l'évolution semble avoir été assez favorable.

3. Les diagnostics différentiels

3.1. Le « Baby-blues » [4, 23, 27]

3.1.1. Définition et épidémiologie

Le blues du post-partum, ou souvent surnommé « *Baby-blues* », est une manifestation très fréquente dans les suites de couches, puisqu'il survient chez 50% à 70% des accouchées, selon les études. Il apparaît dans les 10 premiers jours suivant l'accouchement avec un pic de fréquence entre le 3^{ème} et le 5^{ème} jour, il est donc souvent rencontré durant le séjour en maternité.

3.1.2. Sémiologie

Le *Baby-blues* peut se traduire par les signes suivants :

- Hypersensibilité ;
- Crises de larmes ;
- Irritabilité ;
- Manifestations anxieuses ;
- Labilité de l'humeur ;
- Tendance à l'oubli et à la confusion ;
- Céphalées ;
- Sentiment d'indifférence envers le nouveau-né.

Des sentiments ambivalents peuvent apparaître : un regret de la période de grossesse, une jalousie à l'égard du bébé qui relègue la maman à la seconde place dans le regard des autres, une peur de ne pas être à la hauteur... L'humeur est fluctuante au cours de la journée. [2]

Ces troubles sont transitoires, ils peuvent durer de quelques heures, à quelques jours mais rarement au-delà d'une semaine.

3.1.3. Modèles explicatifs

Actuellement, il est considéré comme un moment de transition normal, il n'existe pas de modèle explicatif précis. La chute des concentrations hormonales en œstrogènes et progestérone suivant l'accouchement pourrait avoir une influence. De plus, les grands bouleversements psychologiques provoqués par la naissance peuvent expliquer cette humeur fluctuante entre bonheur d'être enfin mère et perte de l'état de femme enceinte. Tout cela est en lien avec la « préoccupation maternelle primaire » décrite par D-W. Winnicott comme nous l'avons vu précédemment ce qui expliquerait l'état d'hypersensibilité de la mère à l'enfant. [2]

3.1.4. Prise en charge

Cet épisode cède rapidement avec un accompagnement bienveillant de la nouvelle maman, des paroles valorisantes d'encouragement de la part des professionnels dans les services de suites de couches. Il ne doit cependant pas être banalisé au nom de sa « normalité ». Il faut d'autant plus y être attentif lorsque les suites de couches sont pathologiques, ou lors de la révélation d'une pathologie chez le nouveau-né, avec par exemple une séparation précoce qui pourra avoir un impact supplémentaire sur le bien-être psychologique de la jeune maman et du couple et agir considérablement sur son évolution.

Il est important d'être attentif lorsque le *Baby blues* se présente avec une intensité particulière et/ou persiste plus d'une dizaine de jours : dans ce cas, il peut se révéler être le début d'une DPN précoce. Au contraire, en l'absence totale de blues, l'évolution vers une DPN serait rare (forte valeur prédictive négative). [22, 12]

3.2. Les psychoses puerpérales [2, 4, 8, 9, 27]

3.2.1. Définition et épidémiologie

Le terme de psychoses puerpérales comprend un ensemble de troubles sévères associant typiquement délire et modifications brutales de l'humeur. Elles font partie des grandes urgences du post-partum, pour la mère et pour l'enfant puisque le risque de suicide et/ou d'infanticide est présent dans tous les cas. Leur fréquence est

d'environ 1 à 2 pour 1000 accouchements, avec une prédominance entre le 1^{er} et le 3^{ème} mois du post-partum, et le pic se situe au 10^{ème} jour après la naissance.

3.2.2. Différents tableaux cliniques

Contrairement à ceux de la DPN, les signes de ces psychoses sont très parlants et on ne peut que difficilement passer à côté, que ce soit pour l'entourage de la patiente, que pour les professionnels de santé. Leur début est brutal, et est souvent précoce dans le post-partum. Ils peuvent prendre la forme d'une psychose délirante aiguë, d'un accès dépressif majeur ou encore d'un accès maniaque puerpéral. Dans tous ces cas, la mère peut s'avérer dangereuse pour elle-même et/ou pour son enfant, avec un risque important de suicide et d'infanticide. L'accouchement peut également déclencher, sur un mode aigu, la décompensation d'un état schizophrénique.

3.2.3. Facteurs de risque

Les facteurs de risque majeurs retrouvés dans la littérature sont :

- Les antécédents personnels ou familiaux de troubles bipolaires, de troubles de l'humeur ou de psychoses puerpérales ;
- Des symptômes anxieux peu spécifiques durant la grossesse (environ 75% des patientes présenteraient dès la grossesse des manifestations anxio-dépressives) ;
- La primiparité (70% des psychoses puerpérales surviennent chez des primipares).

Dans une moindre mesure d'autres facteurs de risque sont évoqués :

- Âge maternel supérieur à 35 ans ;
- Difficultés dans les relations précoces avec sa propre mère ;
- Situation socio-économique défavorable durant la grossesse.

Des hypothèses neuroendocriniennes, par excès ou privation des œstrogènes, de la prolactine, de l'ocytocine ou du cortisol, ont été étudiées sans pour autant être clairement validées.

3.2.4. Evolution et prise en charge

Le risque suicidaire et/ou d'infanticide étant réel, il s'agit d'une urgence thérapeutique, nécessitant l'hospitalisation en milieu psychiatrique, ainsi qu'une médication antipsychotique. Une séparation mère-enfant est souvent nécessaire dans

un premier temps. Si le traitement est précoce et adéquat, le pronostic est favorable, la sédation est souvent obtenue en moins de 2 semaines, mais il persiste quelques rechutes précoces [9].

Il existe un risque important de récives puerpérales d'environ 30 à 35%.

La prévention repose sur la recherche systématique des antécédents psychiatriques et une surveillance clinique étroite en fin de grossesse et durant les 15 premiers jours du post-partum, avec l'instauration, selon les cas, d'un traitement par psychotropes préventif.

4. Dépistage et prévention : le rôle de la sage-femme

4.1. Les recommandations

Au regard de l'ensemble des éléments décrits précédemment, nous pouvons dire que la DPN est un réel problème de santé publique puisqu'elle est fréquente et qu'elle peut avoir potentiellement des conséquences néfastes sur la mère, sur le développement de son enfant, et sur le couple. Rappelons la définition de la santé de l'OMS : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social ». Il nous semble donc nécessaire de souligner l'importance du dépistage, du diagnostic et de la prise en charge des troubles psychiques périnataux.

Le plan périnatalité de 2005-2007 « humanité, proximité, sécurité, qualité » [28] l'a particulièrement mis en exergue en soulignant l'importance de la sécurité émotionnelle des femmes enceintes et des couples, et également la nécessité d'accorder plus d'attention aux vulnérabilités qui peuvent perturber l'instauration du lien entre les parents et l'enfant, et qui peuvent être un facteur de problèmes psychopathologiques ultérieurs chez l'enfant. Ce plan s'organise sur la base de recommandations professionnelles éditées par la Haute Autorité de Santé (HAS) en Avril 2005 : « comment mieux informer les femmes enceintes ? » [29] dans lesquelles la HAS pointe particulièrement l'information et le dépistage des troubles psychiques du post-partum. En effet, elle recommande aux professionnels d'informer la femme et le couple que « leur sécurité émotionnelle fait partie du suivi de la grossesse car elle conditionnera leur confiance en eux pour l'accouchement et pour l'accueil de l'enfant » et qu'au début de la grossesse « dépister des difficultés psychiques, comme les troubles avérés préexistants, une anxiété avec manifestations somatiques, une

dépression ou antécédent dépressif, des troubles du sommeil, permet d'envisager précocement des interventions adaptées ».

Ces dispositifs passent par la mise en place de l'entretien prénatal précoce au 4^{ème} mois de grossesse, qui doit être systématiquement proposé à la femme ou au couple, qui vise à « renforcer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants, en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents ». Le plan périnatalité a également permis le recrutement spécifique de psychologues au sein même des maternités afin d'améliorer la prise en charge multidisciplinaire.

Cette collaboration multidisciplinaire est nécessaire dans le domaine de la périnatalité : à ce sujet la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (DHOS, depuis renommée Direction Générale de l'Offre de Soins) a publié en 2005 une circulaire pour la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité [30], qui souligne que « l'un des principaux enjeux consiste à améliorer l'environnement psychologique et social des parents et de l'enfant » et que « la place accordée à la dimension psychologique conditionne, le bon déroulement du processus physiologique entourant la naissance ainsi que la construction harmonieuse des liens familiaux ». Une réelle collaboration doit par conséquent se créer entre sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, psychologues et psychiatres.

La sage-femme présente un rôle central dans la prévention et le dépistage des troubles psychiques, puisque dans le cadre de ses compétences, elle accompagne la femme enceinte du début de sa grossesse, jusqu'à la consultation post-natale. Selon le référentiel métier [31] la sage-femme doit « réaliser un diagnostic en repérant les situations de vulnérabilité en évaluant le lien mère-enfant » et « effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge en accompagnant le développement du lien mère-enfant ». Elle peut donc, dès le début de la grossesse, dépister des facteurs prédisposant ou des premiers symptômes en consultation prénatale ou lors de l'entretien prénatal précoce. La connaissance des facteurs de risque ainsi que les signes cliniques de DPN, que nous avons étudié précédemment, est primordial pour permettre un bon filtrage prénatal. La sage-femme possède également un rôle notable dans l'accompagnement de la nouvelle mère dans le post-partum précoce à la maternité. Enfin elle est amenée à réaliser la visite post-natale 6 à 8 semaines après l'accouchement : ce moment est privilégié pour le dépistage de la dépression du post-

partum, car, comme nous l'avons vu précédemment, son pic de fréquence est situé 6 semaines après l'accouchement. Pour tout cela, l'utilisation d'outils de dépistage, que nous allons étudier dans la partie suivante, peut être d'une grande aide, pour des professionnels non spécialisés dans les troubles psychiques et du fait que la DPN peut être difficile à dépister.

4.2. Les outils de dépistage

4.2.1. La prévention primaire : informer et rechercher des facteurs de risque

La grossesse est un moment privilégié où la femme est en principe suivie chaque mois, afin de vérifier son état de santé et le bon déroulement de sa grossesse. Elle est donc régulièrement en contact avec des professionnels de santé : il est alors primordial, comme énoncé dans les recommandations précédentes, d'informer et de rechercher des vulnérabilités psychologiques et sociales. Nous avons pu voir également auparavant qu'il existe des facteurs de risque de développer une dépression périnatale : un interrogatoire précis peut déceler des antécédents psychologiques voire psychiatriques, des difficultés socio-économiques, des difficultés conjugales... Un dépistage précoce de ces difficultés permettra la mise en place d'une prise en charge et d'un suivi psychologique. L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) a pour cela créé une fiche d'aide destinée aux professionnels [23] afin de mieux dépister les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum : elle encourage les professionnels à informer les patientes sur leur état psychologique particulier pendant la grossesse. Il existe également des réseaux d'association et des groupes de soutien vers lesquels les professionnels peuvent diriger leur patiente : par exemple les Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement (REAAP), ou l'association Maman Blues. Nous pouvons donc agir avant même que des troubles psychiques apparaissent.

4.2.2. Un outil de dépistage précoce : le DAD-P ou « Questionnaire de Genève » [32] (Annexe I)

Une équipe Genevoise a réalisé une étude publiée en 2009 concernant l'élaboration et la validation d'un outil qui permet un dépistage anténatal du futur risque de DPN. Cet outil, destiné aux professionnels de santé non spécialistes en psychologie, est donc facilement utilisable par les sages-femmes ou les gynécologues-

obstétriciens. Son utilisation est particulièrement recommandée pendant les deux derniers trimestres de la grossesse et doit être régulièrement répété. Il s'agit d'une échelle constituée de six questions, plus deux complémentaires portant sur le bien-être de la femme, et incluant des plaintes somatiques (démangeaisons, douleurs lombaires). Cette étude propose également un arbre décisionnel pour guider les professionnels. Il permet d'approfondir les éventuelles difficultés psychologiques ressenties par la femme, de rechercher d'autres facteurs de risque de DPN, et de proposer un questionnaire EPDS (que nous verrons dans la partie suivante), si une dépression anténatale est soupçonnée.

Le diagnostic ne peut pas être posé seulement grâce au DAD-P, mais il permet dans un premier temps d'attirer l'attention du professionnel et de la femme sur un risque de trouble psychique lié à la grossesse et de proposer un suivi, une information autour de ce sujet, pour prévenir l'apparition de véritables troubles.

4.2.3. L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Cette échelle de J. Cox [33], traduite et validée pour la France par N. Guedeney [34] est un outil spécifique d'évaluation du risque de dépression post-natale. Il ne permet pas de poser le diagnostic de dépression qui devra être confirmé par une évaluation clinique spécialisée, mais il permet de détecter des symptômes dépressifs et renseigne sur la probabilité de cette pathologie. Il existe d'autres échelles élaborées pour dépister la dépression utilisées en psychiatrie mais elles sont moins spécifiques, c'est pourquoi nous nous concentrerons sur l'EPDS. Il s'agit d'un auto-questionnaire comprenant 10 items, chacun coté de 0 à 3. Le score final est la somme des dix cotations : plus le score est élevé, plus le risque de dépression est important, et plus la dépression est sévère. Le seuil retenu pour la validation française est de 10,5 au-dessus duquel une DPN est possible et en dessous duquel le risque est très faible. Dans cette étude la sensibilité de cette échelle est égale à 0,80 et sa spécificité à 0,92 et lorsque l'on considère la prévalence à 15% la valeur prédictive positive est de 0,64 et la valeur prédictive négative est de 0,96.

Cette échelle a été initialement validée pour une utilisation à partir de la 4^{ème} semaine du post-partum, mais aujourd'hui il a été montré qu'elle peut être appliquée plus précocement dans le post-partum et en période anténatale. Des études ont notamment montré qu'un score élevé à l'EDPS au 3^{ème} jour suivant l'accouchement est

prédictif de l'apparition d'une DPN par la suite. Elle est facilement utilisable par les professionnels de santé non spécialistes en psychiatrie : médecin généraliste, gynécologue-obstétricien, sage-femme, infirmière... L'EPDS semble également bien accepté par les mères, car rapide et facile à remplir. Il permet d'ouvrir un espace de discussion autour du sujet entre le professionnel et la femme et de l'orienter vers une prise en charge adaptée si besoin. [16, 35, 36]

La HAS cite notamment l'EPDS dans ses recommandations professionnelles, accompagnant le plan périnatalité de 2005-2007, et préconise son utilisation durant la consultation post-natale, 6 à 8 semaines après l'accouchement, pour « rechercher les signes évocateurs d'une dépression du post-partum, en particulier chez les femmes ayant présenté une dépression pendant la grossesse ou lors d'une grossesse précédente » [37]. Nous pouvons également noter que l'OMS le mentionne comme questionnaire de référence pour dépister les symptômes dépressifs, en complément de l'évaluation clinique [38].

A la suite de cette revue de la littérature qui nous a permis de comprendre le sujet, nous allons maintenant vous présenter notre étude ainsi que les résultats que nous avons obtenus.

L'enquête

1. Méthodologie

1.1. Type d'étude

Nous avons réalisé une évaluation multicentrique de l'outil de dépistage de la dépression post-natale, l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), utilisé systématiquement par les sages-femmes en consultations post-natales (aussi appelées visites post-natales (VPN)).

1.2. Objectifs de l'étude

1.2.1. Objectif principal

Notre objectif principal était d'étudier l'outil EPDS appliqué à la pratique courante des sages-femmes : son utilité en consultation post-natale, son acceptabilité par les patientes, les éventuelles difficultés rencontrées à l'utilisation. Nous avons posé au début de notre projet deux hypothèses principales :

- L'utilisation systématique de l'EPDS permet d'aider les sages-femmes à aborder le sujet de la DPN avec les patientes ;
- L'utilisation systématique de l'EPDS améliore le dépistage de la DPN.

1.2.2. Objectifs secondaires

Nos objectifs secondaires étaient d'évaluer le niveau de connaissance des sages-femmes au sujet de la DPN, ainsi que des outils de dépistage de celle-ci. Les hypothèses secondaires que nous avons posées étaient :

- Il existe un manque de connaissance relatif à la DPN chez les professionnels ;
- Les professionnels n'utilisent que trop rarement les outils de dépistage.

1.3. Matériels et méthode

1.3.1. Population ciblée

La population ciblée était constituée de sages-femmes réalisant des consultations post-natales en Haute-Normandie, à la fois en milieu hospitalier, en libéral et en PMI. Notre seul critère d'exclusion était l'absence de réalisation de consultations post-natales.

1.3.2. Méthode

Outils utilisés : Nous avons utilisé comme outils des questionnaires courts destinés aux professionnels, et des questionnaires EPDS qui ont été distribués aux patientes pendant leur consultation post-natale ou en salle d'attente, selon la préférence du professionnel.

Démarche envisagée et déroulement de l'étude :

Première étape :

Le premier questionnaire destiné aux sages-femmes, était composé de 10 questions, dont 3 semi-ouvertes, et 7 fermées. (*Annexe II*)

Dans un premier temps, il comprenait des questions générales sur le lieu d'exercice et l'année du diplôme pour définir la population.

Nous avons ensuite élaboré des questions sous la forme d'un test sur la DPN, pour évaluer les connaissances sur ce thème : une auto-évaluation du niveau de connaissance, l'estimation de la fréquence de la DPN, une question sous la forme d'un vrai/faux sur les différences entre la DPN et le *Baby-Blues*, et enfin les impacts de la DPN sur l'enfant.

Une partie de ce même questionnaire était consacré à la connaissance et à l'utilisation par les sages-femmes d'outils de dépistage de la DPN, avec notamment une étude de leurs 10 dernières consultations post-natales. Cette étude rétrospective sur les consultations déjà réalisées devait nous permettre par la suite de comparer avant et après la mise en place de l'utilisation de l'EPDS.

Seconde étape :

Celle-ci consistait à la distribution des échelles EPDS par les sages-femmes durant leurs 10 consultations post-natales suivantes de façon systématique (*Annexe III*). Nous avons également permis la distribution des EPDS lors de la 1^{ère} séance de rééducation périnéale, pour les sages-femmes qui la pratiquent, lorsque celle-ci était réalisée dans la même période que la consultation post-natale, c'est-à-dire 6 à 8 semaines après l'accouchement.

Cette étape était également accompagnée du remplissage au fur et à mesure du tableau récapitulatif (*Annexe IV*). Ce tableau devait permettre de connaître le score obtenu à chaque EPDS distribué, s'il y avait eu des informations données au sujet de la

DPN et une orientation vers un spécialiste à ce moment-là, et si le score obtenu correspondait à l'appréciation clinique du professionnel.

Troisième étape :

Une fois que les 10 échelles ont été distribuées : les sages-femmes ont remplis le deuxième questionnaire qui permettait d'évaluer l'utilisation de l'outil. (*Annexe V*)

Il se composait de 5 questions, dont 2 semi-ouvertes et 3 fermées, ainsi que d'un espace libre pour d'éventuelles remarques.

Les questions permettaient aux sages-femmes d'évaluer : l'utilité de l'outil pour aborder le sujet de la DPN, son acceptabilité auprès des patientes, son efficacité pour dépister la DPN, ainsi que les éventuelles difficultés à l'utilisation. Enfin, nous voulions savoir si elles réutiliseraient l'outil dans le futur.

L'étude a débuté par la prise de contact, par mail et/ou par téléphone, avec les sages-femmes ainsi que les cadres des maternités durant le mois de septembre 2015. Les premiers questionnaires ont été envoyés en octobre 2015. Nous avons fourni par courrier aux sages-femmes ayant accepté de participer à l'étude :

- Un document d'explication sur le déroulement de l'étude, avec en complément un arbre décisionnel pour guider la sage-femme si une situation nécessitait l'orientation de la patiente vers un spécialiste ; (*Annexe VI*)
- Les deux questionnaires à remplir par la sage-femme ;
- 10 échelles EPDS à destination des patientes, ainsi qu'une version de l'échelle pour la sage-femme, comprenant les explications d'utilisation et la cotation des items pour faciliter l'interprétation ; (*Annexe VII*)
- Un tableau récapitulatif ;
- Une enveloppe timbrée pour le retour de l'ensemble des documents à la fin de l'étude.

1.3.3. Analyse statistique

Les données ont été recueillies et analysées grâce aux logiciels statistiques *Sphinx Plus* et *Microsoft Excel*.

2. Résultats

2.1. Recueil des questionnaires

Au total, nous avons contacté 83 sages-femmes, dont 51 en cabinet libéral et 21 en PMI, et 11 maternités. Nous avons eu 25 réponses positives : 12 sages-femmes libérales, 11 sages-femmes de PMI et 2 sages-femmes hospitalières. Les principales raisons de refus étaient : l'absence ou le nombre insuffisant de consultation post-natale, le manque de temps à consacrer à notre étude, le fait d'avoir déjà été sollicité pour d'autres études, ou encore un arrêt de l'activité en cabinet libéral. Dans de nombreux cas, nous n'avons pas obtenu de réponse malgré nos relances.

La date prévue de retour de l'ensemble des questionnaires avaient été fixée initialement au 11 janvier 2016. Après plusieurs relances nous avons clôturé le recueil de questionnaires le 11 mars 2016.

Sur les 25 dossiers envoyés au départ, nous avons eu 18 retours (72%). Les non réponses ont été justifiées par différentes situations :

- Une des deux sages-femmes de maternité n'a pas pu réaliser l'étude du fait d'un changement d'organisation de l'établissement, elle ne réalise plus les consultations post-natales (celles-ci sont réalisées maintenant par une sage-femme qui effectue des consultations de suivi gynécologique) ;
- Une sage-femme est partie en congé maternité et sa remplaçante n'a pas eu le temps de se consacrer à notre étude ;
- Deux sages-femmes n'ont pas réalisé de consultation post-natale durant la période de l'étude et ne nous ont donc pas retourné les questionnaires ;
- Un courrier de retour ne nous est jamais parvenu ;
- Deux sages-femmes qui avaient initialement accepté de participer n'ont pas donné de nouvelles malgré plusieurs relances.

Nous avons pris en compte les questionnaires qui nous ont été retourné même si les sages-femmes n'avaient pas pu faire remplir la totalité des 10 questionnaires EPDS initialement prévus.

2.2. Composition de notre population

2.2.1. Lieu d'exercice

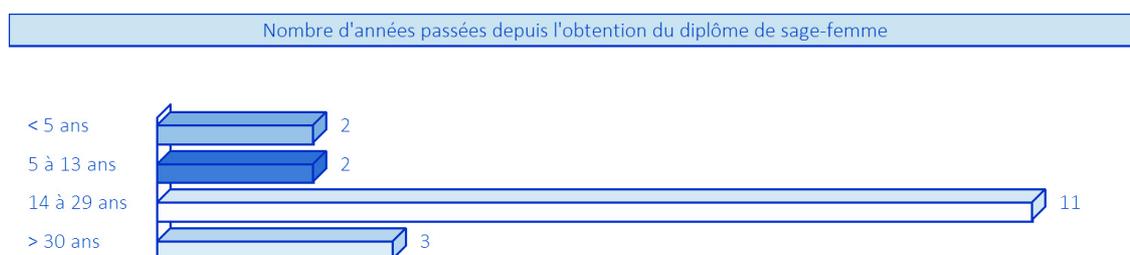
Figure 1



Notre population est essentiellement composée de sages-femmes pratiquant en cabinet libéral (9 ; n=18), ou en PMI (8 ; n=18). Une seule sage-femme exerçant en maternité a répondu à notre étude.

2.2.2. Nombre d'années d'exercice de la profession

Figure 2



Les sages-femmes de notre population ont été majoritairement diplômées il y a 14 à 29 ans (11 ; n=18).

2.3. Evaluation des connaissances au sujet de la DPN et de son dépistage

2.3.1. Auto-évaluation du niveau de connaissance

Figure 3



Les sages-femmes interrogées ont estimé leur niveau plutôt faible en ce qui concerne leurs connaissances de la DPN (10 ; n=18).

2.3.2. Test de connaissance

Pour les questions 4 à 7 concernant les connaissances au sujet de la DPN, nous avons établi un barème pour obtenir une note finale sur 10. Chaque question était notée sur 2,5 points.

Tableau 1

Valeurs en points			
Question	Bonne réponse	Points partiels	Mauvaise réponse
n°4	2,5	/	0
n°5	2,5	/	0
n°6	2,5	1,5 à 1 *	0
n°7	2,5	1,5	0

* Pour la question 6 (distinction entre DPN et Baby-Blues) : 2 bonnes réponses rapportaient 2,5 points ; 2 bonnes réponses avec 1 mauvaise réponse valaient 1,5 point ; 1 seule bonne réponse valait 1 point ; et enfin aucune bonne réponse ou plus de 2 réponses fausses ne rapportaient aucun point.

Tableau 2: Notes obtenues au test

Note obtenue au test		
Moyenne = 6,17		
Médiane = 6,50		
Min = 4,00 Max = 10,00		
	Nb	% cit.
Moins de 5,0	6	33,3%
De 5,0 à 6,0	1	5,6%
De 6,0 à 7,0	6	33,3%
De 7,0 à 8,0	1	5,6%
De 8,0 à 9,0	3	16,7%
9,0 et plus	1	5,6%
Total	18	100,0%

Pour permettre une comparaison avec l'auto-évaluation précédemment donnée, nous avons regroupé les notes obtenues en catégories :

Note obtenue sur 10	Classement en catégories de « niveau de connaissance »
≥ 7,5	Important
Entre 5 et 7,5	Moyen
Entre 2,5 et 5	Faible
≤ 2,5	Très faible

Tableau 3: Notes obtenues classées en catégories

Note obtenue au test	Nb. cit.	Fréq.
7,50 et plus	5	27,8%
Moins de 5,00	6	33,3%
De 5,00 à 7,50	7	38,9%
TOTAL CIT.	18	100%

Minimum = 4,00, Maximum = 10,00
Moyenne = 6,17

Nous observons dans notre population que le niveau de connaissance est plutôt bas avec une moyenne de l'ensemble des notes à 6,17 sur 10. Le nombre de note inférieur à 7,5 sur 10, que nous pouvons faire correspondre à un niveau de connaissances moyen à faible, est de 13 sur l'effectif de 17. Nous n'avons pas retrouvé de niveau « très faible », la note minimale obtenue est de 4.

Nous pouvons également nous intéresser aux réponses obtenues à chaque question de façon individuelle.

Tableau 4: Estimation de la fréquence de la DPN

Fréquence DPN	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	5,6%
<10%	6	33,3%
10 à 20%	9	50,0%
>20%	2	11,1%
TOTAL CIT.	18	100%

La bonne réponse à cette question était de 10 à 20%. La majorité des sages-femmes ont su retrouver la fréquence de la DPN (9 ; n=18), mais on peut noter le taux important de réponses sous-estimant la fréquence de la DPN (6 ; n=18, soit 33,3% des réponses).

Tableau 5: Estimation du pic de prévalence de la DPN

Pic de prévalence	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	5,6%
Durant la 1ère semaine	3	16,7%
Entre la 2ème et la 4ème semaine	7	38,9%
Entre la 6ème et la 8ème semaine	7	38,9%
Au-delà de la 8ème semaine	0	0,0%
TOTAL CIT.	18	100%

La bonne réponse à cette question était « entre la 6^{ème} et la 8^{ème} semaine du post-partum ». Le pic de prévalence de la DPN a été estimé plus précocement par les sages-femmes (10 ; n=18).

Tableau 6 : quizz distinction DPN et Baby-blues

Quizz	Nb. cit.	Fréq.
Le Baby Blues et la dépression post-natale sont des moments de transition normaux	0	0,0%
Le pic de fréquence du Baby Blues se situe entre le 3ème et le 5ème jour du post-partum	18	100%
La dépression post-natale ne nécessite pas toujours une prise en charge spécialisée	1	5,6%
Le Baby Blues peut durer au delà d'une dizaine de jours après l'accouchement	1	5,6%
La dépression post-natale peut se compliquer d'un trouble dépressif chronique	17	94,4%
TOTAL OBS.	18	

Les bonnes réponses étaient « le pic de fréquence du Baby-Blues se situe entre le 3ème et le 5ème jour du post-partum » et « la dépression post-natale peut se compliquer d'un trouble dépressif chronique ». Nous pouvons observer que la majorité des sages-femmes ont répondu correctement à cette question et font bien la différence entre le Baby-Blues et la DPN.

Tableau 7: Impacts de la DPN sur l'enfant

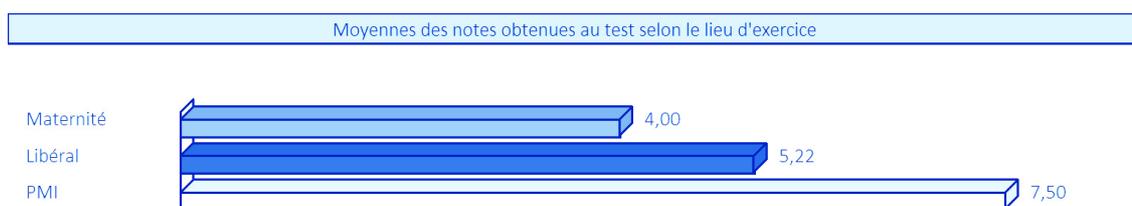
Impacts sur l'enfant	Nb. cit.	Fréq.
Aucun	0	0,0%
Difficultés cognitives	7	38,9%
Troubles de l'attachement	18	100%
Retard psychomoteur	7	38,9%
Difficultés de communication	15	83,3%
Troubles fonctionnels (alimentation, sommeil...)	17	94,4%
TOTAL OBS.	18	

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples.

Les sages-femmes savent que la DPN peut avoir des conséquences sur le développement de l'enfant, notamment les troubles de l'attachement (100%), les difficultés de communication (83,3%) et les troubles fonctionnels (94,4%) qui ont été majoritairement cités. Les difficultés cognitives et le retard psychomoteur quant à eux sont moins connus (38,9% respectivement).

2.3.3. Comparaison du lieu d'exercice avec le niveau de connaissance

Figure 4



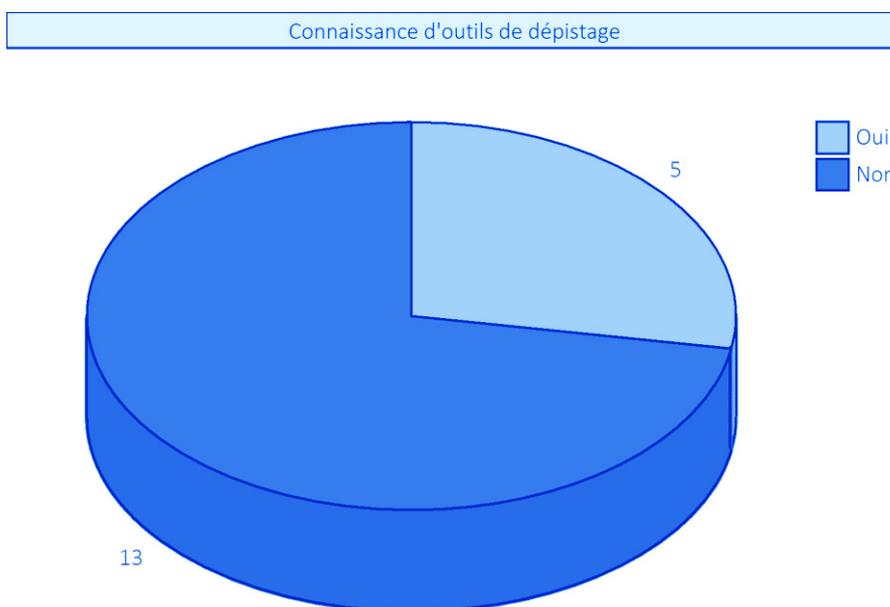
Nous pouvons observer que les sages-femmes exerçant en PMI ont obtenu de meilleures notes à notre évaluation des connaissances avec une moyenne des notes à 7,50 sur 10, contre seulement 5,22 pour les sages-femmes libérales.

2.3.4. Comparaison du nombre d'années d'exercice et du niveau de connaissance

Nous n'avons pas retrouvé de différence de niveau de connaissance en fonction de l'année du diplôme.

2.3.5. Connaissance d'outil de dépistage de la DPN

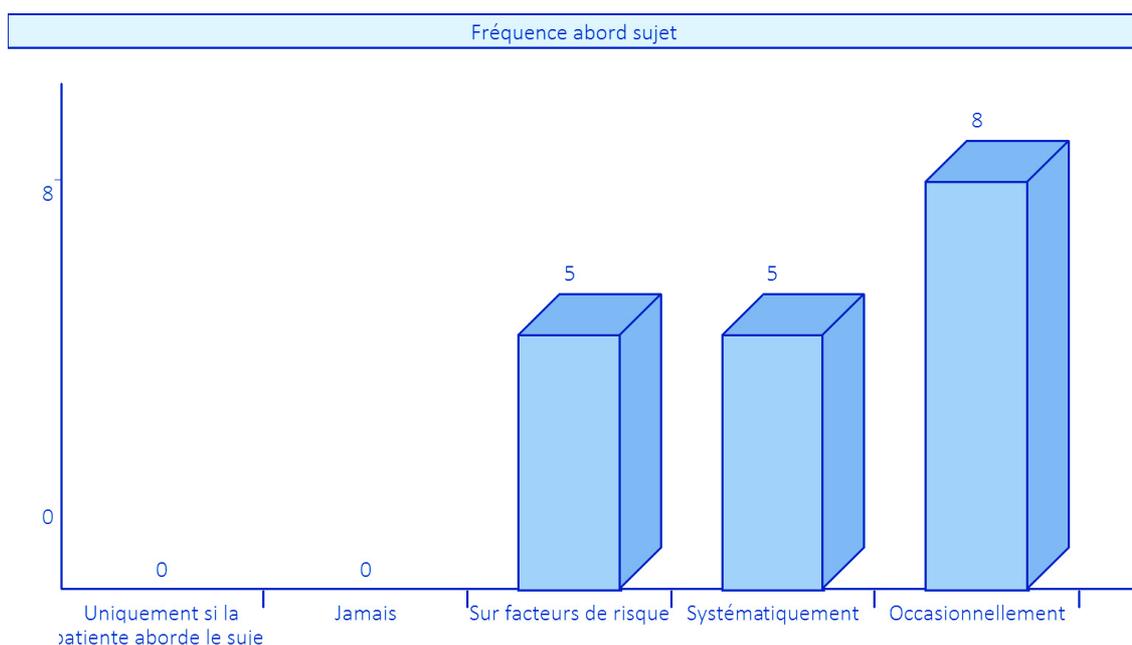
Figure 5



Seulement 5 sages-femmes sur les 18 interrogées, avaient connaissance d'un outil de dépistage de la DPN. Celles-ci ont toutes citées l'EPDS, mais aucune ne l'a utilisé durant les 10 dernières consultations post-natales effectuées.

2.4. Abord du sujet de la DPN avec les patientes

Figure 6



A la question relative à la fréquence de l'abord du sujet de la DPN en consultation post-natale, seules 5 sages-femmes ont répondu qu'elles l'abordent systématiquement. Cependant, il est important de noter que parmi les sages-femmes, 5 ont signalé en commentaire, qu'elles abordent systématiquement le sujet en période anténatale, notamment au cours des séances de préparation à la naissance.

Lorsque la réponse était « sur facteurs de risque », les éléments cités étaient à la fois des facteurs de risque mais aussi des signes cliniques.

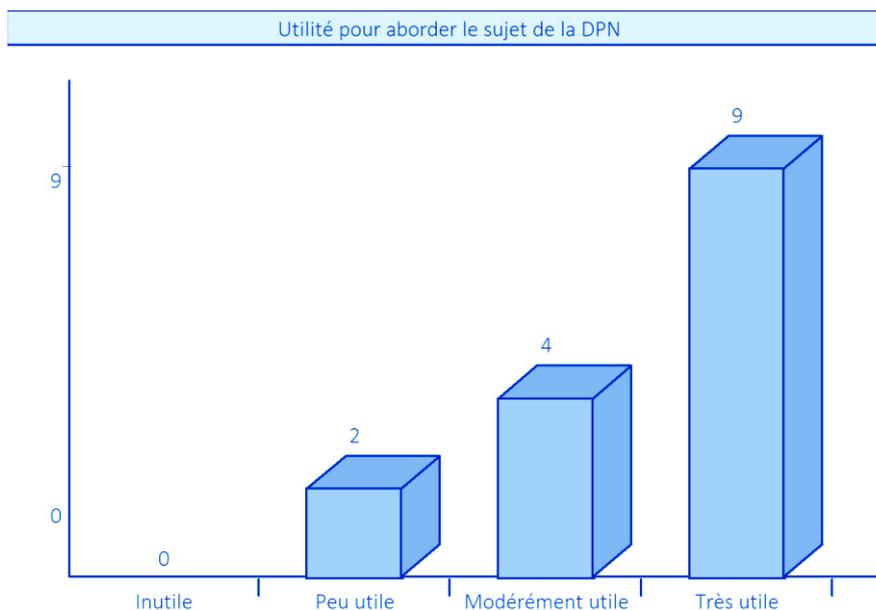
- Parmi les facteurs de risque cités nous avons retrouvé : contexte familial ; antécédents personnels et familiaux ; accouchement difficile ; séparation mère-enfant (transfert bébé) ; mère seule/isolement ; précarité ; fragilité ; dépression anténatale ; *Baby-Blues* prolongé au-delà de 10 jours.
- Les signes cliniques mentionnés sont : patiente peu épanouie ; tristesse et pleurs ; consultations multiples ; altération du lien mère-enfant ; propos négatifs ; dévalorisation ; troubles du sommeil ; asthénie ; anxiété majeure.

2.5. Evaluation de l'EPDS

Pour cette partie de l'étude (3 prochains items sur l'utilité, l'acceptabilité et l'efficacité de l'EPDS) seules les sages-femmes ayant utilisé l'EPDS ont été prises en compte pour l'évaluation, soit n=15.

2.5.1. Evaluation de l'utilité de l'EPDS pour aborder le sujet de la DPN avec les patientes

Figure 7



La majorité des sages-femmes interrogée (9 ; n=15) ont trouvé que l'EPDS est un outil très utile pour aborder le sujet de la DPN. Seules 2 sages-femmes l'ont trouvé peu utile.

2.5.2. Acceptabilité de l'EPDS par les patientes

Tableau 8

Acceptabilité par les patientes		
Moyenne = 7,53		
Médiane = 7,00		
Min = 2 Max = 10		
	Nb	% cit.
Moins de 3	1	6,7%
3	1	6,7%
4	0	0,0%
5	0	0,0%
6	1	6,7%
7 et plus	12	80,0%
Total	15	100,0%

La moyenne obtenue sur l'échelle d'évaluation est de 7,53, donc nous pouvons dire que les sages-femmes interrogées ont trouvé que l'EPDS était plutôt bien accepté par les patientes, avec 80% des réponses supérieures ou égales à 7.

A ce sujet, 2 sages-femmes ont pointé en commentaire, que des patientes avaient trouvé les questions de l'EPDS trop négatives, et « tiraient vers le bas », et qu'il n'y avait pas d'item pour dire « encore plus heureuse que d'habitude ».

2.5.3. Evaluation de l'efficacité de l'EPDS pour dépister la DPN

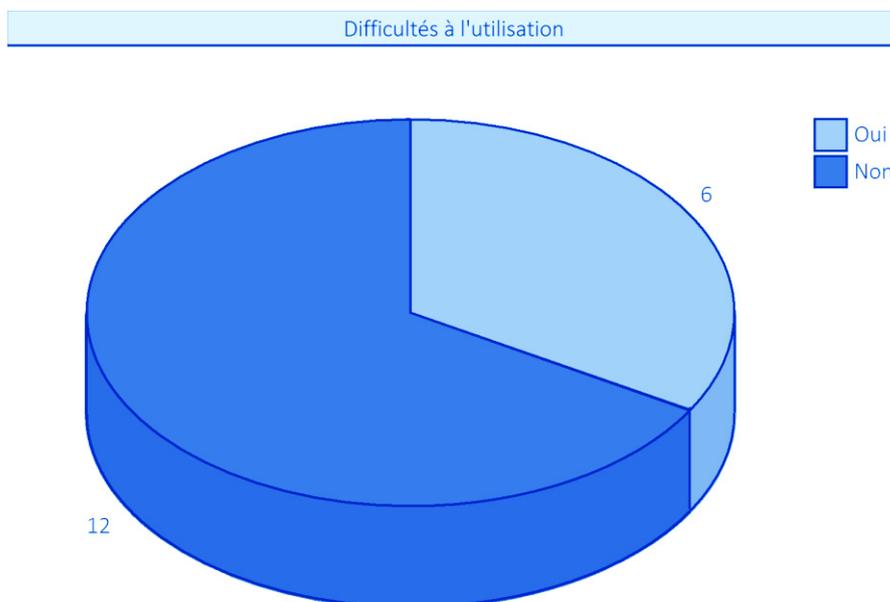
Tableau 9

Efficacité		
	Nb	% cit.
Inefficace	0	0,0%
Peu efficace	3	21,4%
Assez efficace	9	64,3%
Très efficace	2	14,3%
Total	14	100,0%

Les sages-femmes ayant répondu ont en majorité trouvé l'outil assez efficace (62,5% ; n=14).

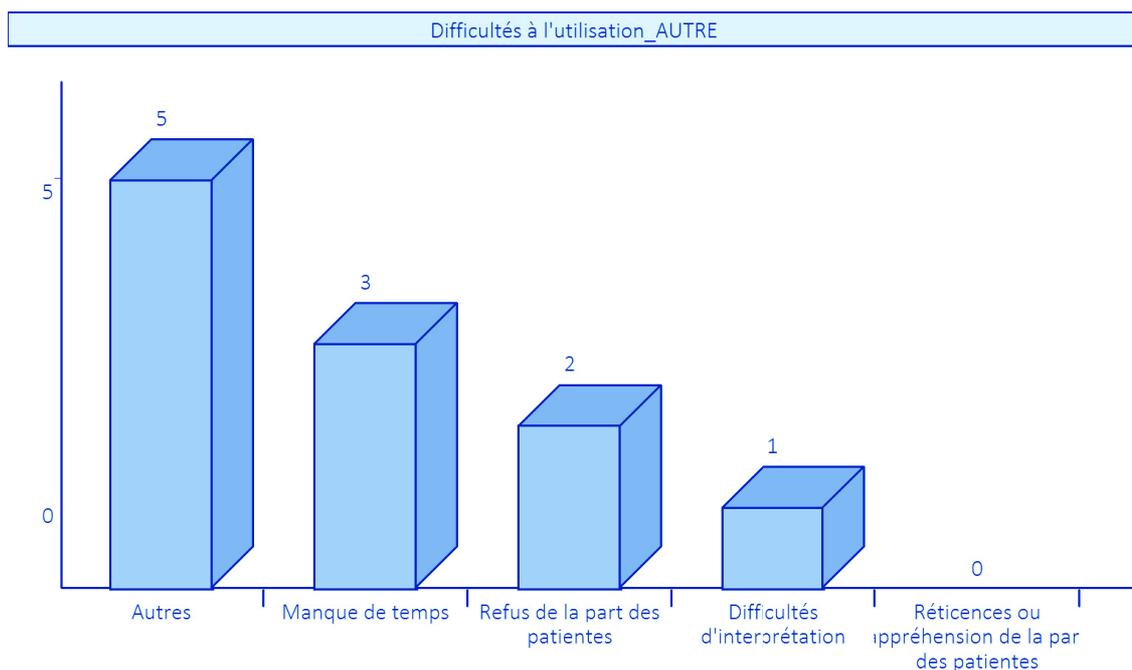
2.5.4. Difficultés rencontrées à l'utilisation de l'EPDS

Figure 8



Un tiers des sages-femmes de notre population ont rencontré des difficultés à l'utilisation de l'outil EPDS, celles-ci sont représentées dans le graphique suivant.

Figure 9 : Difficultés rencontrées à l'utilisation de l'EPDS



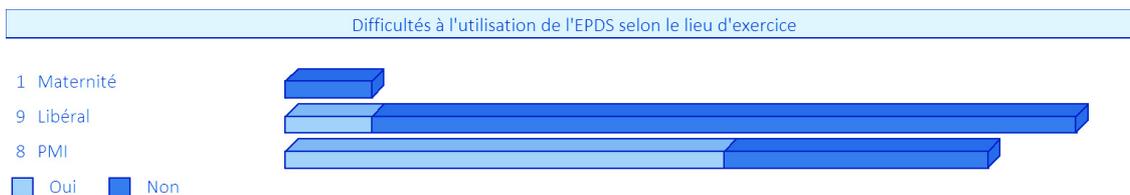
Parmi les autres obstacles rencontrés, qui n'étaient pas dans nos propositions, on retrouve des difficultés de compréhension du questionnaire par certaines patientes de faible niveau en français (nuances des questions difficiles à percevoir, vocabulaires trop compliqué) ou d'origine étrangère, qui ont été citées par 3 des sages-femmes interrogées. Une sage-femme nous a signalé que répondre à un questionnaire écrit a été source d'appréhension pour les patientes.

A noter également que certaines sages-femmes ont vu les patientes au-delà des 8 semaines après l'accouchement et n'ont donc pas pu distribuer le questionnaire puisque cela sortait des consignes que nous avons données.

Outre les problèmes d'utilisation de l'EPDS, 2 sages-femmes ont souligné également des difficultés en ce qui concerne l'orientation des patientes en cas de doute sur une DPN : « *quand je suspecte une dépression du post-partum, je me trouve confrontée à la difficulté de convaincre la patiente de la nécessité de consulter (peur du psychiatre) ; et quand elle est partante pour consulter, les délais de rendez-vous sont beaucoup trop long !* ». Le prix des consultations chez un psychologue libéral a aussi été évoqué, puisque ces consultations ne sont souvent pas prises en charge pas la sécurité sociale.

2.5.5. Comparaison du lieu d'exercice et des difficultés rencontrées à l'utilisation de l'EPDS

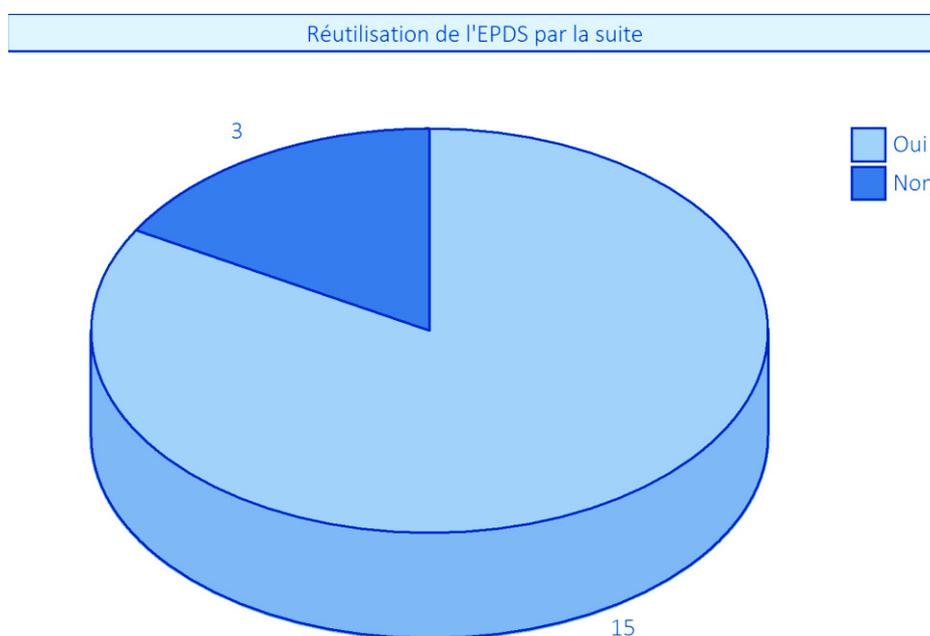
Figure 10



On peut observer que majoritairement, ce sont les sages-femmes de PMI qui ont évoqué des difficultés à utiliser l'EPDS.

2.5.6. Volonté des sages-femmes de réutiliser l'EPDS par la suite

Figure 11



La majorité des sages-femmes (15 ; n=18) a exprimé le souhait de réutiliser l'EPDS durant leurs futures consultations.

Tableau 10 : quelle utilisation de l'EPDS?

Réutilisation de l'EPDS par la suite(2)	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	4	22,2%
De façon systématique	4	22,2%
Sur facteurs de risque	7	38,9%
Sur signes d'appel cliniques	9	50,0%
TOTAL OBS.	18	

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples.

Seulement 4 sages-femmes pensent le réutiliser de façon systématique. La majorité serait plutôt pour une utilisation sur facteurs de risque et/ou sur signes d'appel cliniques.

Pour les sages-femmes qui ne pensent pas réutiliser l'EPDS, nous avons essayé d'en étudier les raisons :

Tableau 11: Comparaison du désir de réutiliser l'EPDS avec la réponse à l'utilité de l'EPDS pour aborder le sujet de la DPN

Utilité pour aborder le sujet de la DPN	Peu utile	Modérément utile	Très utile	TOTAL
Réutilisation de l'EPDS par la suite				
Oui	0	3	9	12
Non	2	1	0	3
TOTAL	2	4	9	15

Elles ont trouvé l'outil peu à modérément utile pour aborder le sujet de la DPN avec les patientes, contrairement aux sages-femmes convaincues par l'EPDS qui l'ont trouvé majoritairement utile.

Tableau 12: Comparaison du désir de réutiliser l'EPDS avec la réponse à l'acceptabilité de l'EPDS par les patientes

Réutilisation de l'EPDS par la suite	Acceptabilité par les patientes
Oui	7,50
Non	7,67
TOTAL	7,53

Les valeurs du tableau sont les moyennes calculées sans tenir compte des non-réponses.

L'acceptabilité de l'EPDS par les patientes ne semble pas être un frein à son utilisation, puisque les moyennes dans les deux catégories ne sont pas significativement différentes.

Tableau 13: Comparaison du désir de réutiliser l'EPDS avec l'évaluation de l'efficacité de l'EPDS

Efficacité	Peu efficace	Assez efficace	Très efficace	TOTAL
Réutilisation de l'EPDS par la suite				
Oui	1	9	1	11
Non	2	0	1	3
TOTAL	3	9	2	14

Deux sages-femmes sur les 3 ne souhaitant pas réutiliser l'EPDS l'ont trouvé peu efficace pour dépister la DPN.

Tableau 14: Désir de réutiliser l'EPDS selon les difficultés rencontrées à son utilisation

Réutilisation de l'EPDS par la suite	Difficultés à l'utilisation		
	Oui	Non	TOTAL
Oui	5	10	15
Non	1	2	3
TOTAL	6	12	18

Les difficultés rencontrées ne semblent pas être un frein à la réutilisation de l'EPDS, puisque nous pouvons observer que 4 sages-femmes ayant rencontré des difficultés pensent malgré cela le réutiliser, et parmi les sages-femmes qui ne souhaitent pas le réutiliser, 2 n'ont pas eu de difficultés d'utilisation.

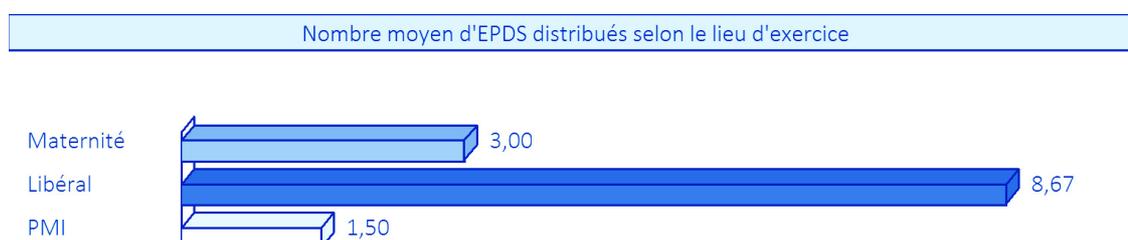
Nous avons retrouvé des explications supplémentaires en commentaire. Une sage-femme a souligné le fait que la patiente peut ne pas être sincère en remplissant le questionnaire écrit, et pense que l'évaluation clinique est plus fiable : « *Lorsqu'on parle avec une patiente en tête à tête, la posture de son corps, ses regards, la manière de tenir ou de parler de son bébé nous disent beaucoup plus (...) j'ai observé un décalage flagrant dans 1 cas entre le questionnaire et la clinique* » ; cette même sage-femme regrette également que le questionnaire ne tient pas compte du contexte familial. Une autre professionnelle a trouvé l'EPDS « *peu pratique mais utile pour des repères* ». Enfin la 3^{ème} sage-femme qui ne souhaite pas réutiliser l'EPDS indique que le questionnaire est trop compliqué à comprendre (comme nous l'avons étudié dans les difficultés d'utilisation), et que la dépression est « *sous-évaluée* » par l'EPDS.

2.6. Distribution des EPDS

Au total, 93 questionnaires EPDS ont été distribués et remplis par des patientes en consultations post-natales.

2.6.1. Comparaison du lieu d'exercice et du nombre d'EPDS distribués

Figure 12

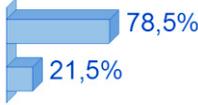


Nous pouvons observer que les sages-femmes en cabinet libéral ont pu distribuer en moyenne plus d'EPDS que les sages-femmes en PMI.

2.6.2. Scores obtenus

Tableau 15: Scores obtenus par les patientes à l'EPDS

Score		
Moyenne = 7,45		
Médiane = 6,00		
Min = 0 Max = 24		
	Nb	% cit.
Moins de 11	73	78,5%
11 et plus	20	21,5%
Total	93	100,0%



21,5% des EPDS distribués ont retrouvé un score à risque de dépression post-natale.

2.6.3. Score obtenu et orientation vers un spécialiste

Tableau 16: Comparaison du score obtenu et de l'orientation vers un spécialiste

Orientation	Oui	Non	TOTAL
Score à l'EPDS			
Moins de 11	4,1% (3)	95,9% (70)	100% (73)
11 et plus	35,0% (7)	65,0% (13)	100% (20)
TOTAL	10,8% (10)	89,2% (83)	100% (93)

Les valeurs du tableau sont les pourcentages en ligne établis sur 93 observations.

On peut observer que lorsque le score obtenu à l'EPDS était supérieur ou égal à 11, il n'y a pas toujours eu une orientation vers un spécialiste (65%), alors qu'il s'agissait d'un score à risque de DPN. Seulement 35% des patientes avec un score supérieur ou égal à 11 ont été orienté vers un spécialiste.

2.6.4. Discussion et information au sujet de la DPN avec la patiente

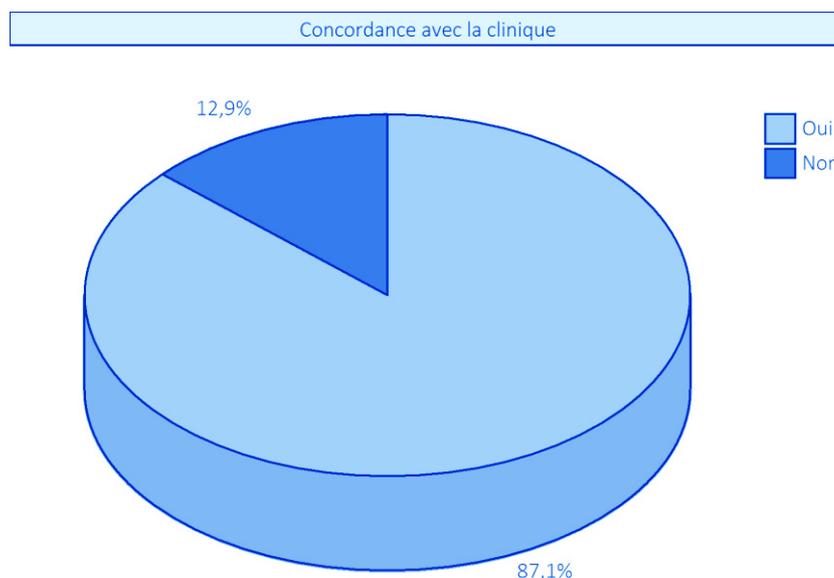
Tableau 17: Nombre de fois où la distribution de l'EPDS a été accompagnée d'une information sur la DPN

Info DPN	Nb. cit.	Fréq.
Oui	67	72,0%
Non	26	28,0%
TOTAL OBS.	93	100%

La distribution et le remplissage de l'EPDS par les patientes ont été accompagnés dans 72% des cas d'une discussion et/ou de la délivrance d'informations autour de la DPN.

2.6.5. Concordance du score obtenu avec l'appréciation clinique de la sage-femme

Figure 13



Dans 12,9% des cas, la sage-femme a trouvé une différence entre son appréciation clinique et le score obtenu à l'EPDS.

Tableau 18: Concorde avec l'appréciation clinique en fonction du score obtenu à l'EPDS

Score obtenu à l'EPDS	Concorde avec la clinique		TOTAL
	Oui	Non	
Moins de 11	73,1% (68)	5,4% (5)	78,5% (73)
11 et plus	14,0% (13)	7,5% (7)	21,5% (20)
TOTAL	87,1% (81)	12,9% (12)	

Il est intéressant de remarquer que la discordance entre le score obtenu et l'appréciation clinique apparaît plus fréquemment pour un score élevé (7,5%).

Les sages-femmes ont exprimé des avis différents à ce sujet en commentaires : une sage-femme a en effet trouvé que le score était « parfois un peu sévère » par rapport à son évaluation clinique alors que 2 autres sages-femmes ont trouvé au contraire que la DPN est « sous-évaluée » par l'EPDS. Une observation d'une sage-femme nous a semblé pertinente à ce sujet : « concernant les patientes que je

connaissais avant l'accouchement, il y a une concordance entre l'état clinique et le résultat du questionnaire. Par contre, concernant celles que je rencontrais pour la première fois, j'ai constaté un écart entre ce qu'elles pouvaient révéler ou montrer pendant la consultation (« tout va bien ») et les résultats du questionnaire... d'où l'importance de le distribuer ? ».

La présentation de l'ensemble de nos résultats étant terminée, nous allons maintenant pouvoir les discuter dans ce dernier chapitre.

La discussion

1. Forces et limites de l'étude

1.1. Forces

Notre étude a pour force d'avoir abordé le **problème du manque de dépistage de la dépression post-natale** comme nous l'avons observé dans la littérature : il s'agit d'une pathologie fréquente, mais qui reste sous-diagnostiquée. Il nous a donc paru utile de trouver un moyen de remédier à ce défaut de dépistage en développant l'utilisation d'un outil de dépistage. De plus, nous avons pu constater que l'utilisation de l'EPDS en consultation post-natale est pertinente car il s'agit d'un outil valide, utilisable par les professionnels de santé non spécialistes en psychiatrie et recommandé par la HAS depuis 2005.

Nous avons décidé de mettre **les sages-femmes au cœur de la problématique** : en effet, elles font partie des professionnels de premier recours en ce qui concerne la grossesse et ses suites, pouvant assurer une prise en charge globale, avec comme compétence essentielle, le dépistage de complication. C'est pourquoi il est important qu'elles soient sensibilisées à ce problème de santé publique et puissent améliorer son dépistage.

Notre enquête a pour avantage d'avoir permis d'informer les sages-femmes ayant acceptées de participer sur l'existence de ce moyen de dépistage efficace.

Il s'agit d'une étude qualitative, puisque les sages-femmes participantes étaient réellement impliquées dans le projet, et ont pu intégrer l'utilisation de l'EPDS dans leur pratique courante.

1.2. Limites

La limite principale de notre étude est **son manque de puissance** du fait du peu de professionnels participants, en conséquence dans notre discussion nous ne pourrons pas faire de généralités et nos résultats ne sont valables qu'au sein de notre population. Nous avons été confrontés à des difficultés de recrutement des professionnels. Celles-ci peuvent être liées au fait qu'il s'agissait d'une étude qui demandait une implication importante de la part du professionnel, avec un temps conséquent de mise en place, avec la distribution des EPDS aux patientes sur une dizaine de consultations post-natales.

2. Population étudiée

Nous pouvons soulever le problème d'un biais important de recrutement : en effet, nous pouvons imaginer que les sages-femmes qui ont accepté de participer à cette étude étaient intéressées par le sujet, et peut-être plus sensibilisées que les autres, ce qui a pu influencer nos résultats concernant les connaissances sur la DPN par exemple.

Nous avons une répartition inégale des différents modes d'exercice, notre échantillon n'est pas représentatif des sages-femmes exerçant dans la région. Nous avons rencontré des difficultés pour recruter des sages-femmes exerçant en milieu hospitalier car de plusieurs maternités de la région ne réalisent plus de visites post-natales et dirigent leurs patientes vers le milieu libéral (gynécologue-obstétricien, médecin généraliste et sage-femme libérale). Cela peut expliquer pourquoi nous avons une proportion importante de sages-femmes libérales dans notre population, dont l'exercice se développe de plus en plus. Le faible nombre de centres hospitaliers ayant acceptés de mettre en place cette étude peut également traduire un manque d'intérêt de leur part sur cette problématique, puisque dans plusieurs cas nos relances sont restées sans réponse.

Les sages-femmes territoriales de PMI, qui assurent une prévention psychosociale auprès des patientes, ont répondu très favorablement à notre étude (environ la moitié des sages-femmes territoriales contactées ont accepté de participer), mais ont rencontré des difficultés du fait d'un nombre souvent peu important de consultations post-natales. Quant aux sages-femmes libérales elles semblent proportionnellement moins attirées par le sujet : en effet seulement ¼ des sages-femmes contactées ont accepté de participer.

3. Connaissances des sages-femmes concernant la DPN et son dépistage

3.1. Etat des lieux

Du fait du panel limité de sages-femmes interrogées, il est difficile de réellement évaluer les connaissances des professionnels, de plus nous n'avons pas souhaité poser un trop grand nombre de questions, car elles devaient déjà consacrer un temps relativement important à notre étude. Grâce aux quelques questions, que

nous avons centrées autour des grandes problématiques de la DPN (fréquence, différences entre baby-blues et DPN, impacts sur l'enfant), nous avons malgré tout pu observer que parmi les sages-femmes que nous avons interrogées, **le niveau de connaissance est plutôt moyen à faible**, avec une moyenne de l'ensemble des notes de notre test à 6,17 sur 10. De plus, elles-mêmes ne se sentent pas forcément à l'aise avec ce sujet car **elles estiment majoritairement leur niveau faible**. Il est également intéressant de voir que la fréquence de la DPN est **souvent sous-estimée** : si une pathologie est perçue comme rare, les professionnels ne vont pas y penser en première intention, ce qui pourrait partiellement expliquer le défaut de dépistage.

Ces éléments peuvent en partie confirmer notre hypothèse secondaire au sujet du **manque de connaissance relatif à la DPN** de la part des professionnels, tout en ayant à l'esprit notre échantillon limité.

Nous avons pu observer que les connaissances des sages-femmes de notre population varient selon le lieu d'exercice : en effet, les sages-femmes de PMI semblent mieux informées sur le sujet, avec une meilleure moyenne des notes obtenues au test. Nous pouvons imaginer qu'elles y sont plus sensibilisées du fait d'un exercice proche des patientes en situation de fragilité psycho-sociale, elles sont donc plus confrontées aux dépressions périnatales. Parallèlement, ce sont les sages-femmes libérales qui revoient le plus fréquemment les patientes en consultations post-natales, et qui ont pu distribuer le plus d'EPDS durant notre étude : de ce fait il faudrait que celles-ci soient tout aussi sensibilisées à ce sujet, en effet, leur activité permet de voir un grand nombre de patientes, et un réel suivi (consultation post-natale, rééducation périnéale, suivi gynécologique à la suite de l'accouchement...).

Nous n'avons retrouvé dans la littérature qu'un mémoire réalisé par une sage-femme s'intéressant aux connaissances des sages-femmes sur la DPN [39]. Cette étude pointait aussi une sous-estimation de la fréquence de la DPN par les sages-femmes, mais des connaissances théoriques à son sujet plutôt bonnes. Les difficultés seraient plutôt d'aborder la dépression avec les patientes et ses facteurs de risque, ainsi les sages-femmes avaient exprimé le désir d'une formation afin d'appréhender ces derniers, de mieux informer les patientes et de savoir dans leur activité professionnelle quotidienne comment mettre en place une prise en charge plus adaptée.

Concernant notre deuxième hypothèse secondaire, celle-ci est également confirmée : **l'échelle EPDS est peu connue** au sein de notre population, seulement 5 sages-femmes sur les 18 la connaissaient. Malgré que cette échelle de dépistage soit valide, efficace et facilement accessible aux professionnels de santé non spécialistes en psychiatrie, elle n'est pas utilisée, même chez les sages-femmes de notre population qui la connaissaient auparavant. Notre étude paraît donc cohérente dans le but de faire découvrir cet outil, et de comprendre comment il peut être utilisé dans la pratique courante des sages-femmes.

3.2. Comment améliorer les connaissances : propositions d'actions

L'amélioration des connaissances des professionnels pourrait passer par une formation initiale plus approfondie sur ce sujet : au sein de notre population, nous n'avons pas montré de différence entre le niveau de connaissance et l'année d'obtention du diplôme malgré les différentes réformes concernant la formation initiale, nous pouvons donc imaginer qu'en améliorant celle-ci, les connaissances pourraient être meilleures. En ce qui concerne les formations complémentaires, il existe un DU de psycho-périnatalité, dont a bénéficié une sage-femme de notre échantillon. Il aurait été intéressant dans notre questionnaire de demander à toutes les sages-femmes si elles avaient reçu une sensibilisation en formation initiale, et/ou un approfondissement en formation continue sur les troubles psychiques périnataux.

Au total, nous pensons qu'il est nécessaire de donner aux sages-femmes les clés leur permettant d'être plus sensibilisées au dépistage de la DPN, notamment sur le repérage des facteurs de risque, des signes cliniques et enfin sur la diffusion et l'utilisation de l'EPDS.

4. Abord du sujet de la DPN avec les patientes et réflexion autour de la visite post-natale

Les patientes ne reçoivent pas toutes des informations au sujet de la DPN : certaines sages-femmes abordent systématiquement ce sujet avec leurs patientes en consultation post-natale mais nous avons constaté qu'elles sont minoritaires dans notre population : 5 sages-femmes sur les 18 interrogées. La plupart des professionnels interrogés l'abordent qu'occasionnellement ou sur facteurs de risques.

Les sages-femmes ne l'abordent pas non plus toutes à la même période. Nous pouvons nous interroger sur le moment durant lequel la patiente serait le plus en mesure de recevoir cette information. La période prénatale pourrait être un moment idéal : des signes de dépression peuvent apparaître dès le début de la grossesse, et durant cette période, le suivi est régulier, différents moments sont possibles mais peuvent présenter chacun des inconvénients. Les consultations de grossesse pourraient être utilisées mais de nombreux sujets doivent être abordés durant celles-ci, entre le suivi des examens complémentaires, l'évolution de la grossesse et toutes les questions qu'elle amène, la prise en charge des « petits maux »... La patiente pourrait se trouver noyée dans ce flot d'informations. La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) pourrait être un moment propice pour aborder ce sujet, certaines sages-femmes ont d'ailleurs souligné qu'elles abordaient systématiquement le sujet de la DPN à cette occasion. La HAS a souligné, comme un des objectifs généraux de la PNP, la participation « à la prévention des troubles de la relation mère-enfant et à la prévention de la dépression du post-partum » [37]. Cependant, nous savons que toutes les patientes ne bénéficient pas de ces séances, même si les chiffres sont en augmentation : en 2010, selon les résultats de l'enquête périnatale, une préparation à la naissance a été suivie par 72,9% des primipares et 28,4% des multipares [40]. L'entretien prénatal précoce a été créé quant à lui pour ce genre de problématique : il est le moment adéquat pour aborder le sujet et déjà repérer les situations de vulnérabilité psycho-sociale [37]. Cependant, il n'est que peu réalisé : l'enquête périnatale de 2010 a montré que seulement 21,4% des femmes déclarent avoir eu cet entretien, soit 30,7% chez les primipares et 14,3% chez les multipares [40].

Durant le post-partum, passé le rythme régulier des consultations de grossesse, il est parfois plus compliqué de revoir les patientes une fois qu'elles sont sorties de la maternité, avec une moins bonne observance notamment de la visite post-natale qui est pourtant obligatoire. Les sages-femmes de PMI nous ont particulièrement souligné le problème des patientes qui « oublient » fréquemment de venir à leur rendez-vous, ce qui explique le peu de consultations post-natales qu'elles effectuent. Les séances de rééducation périnéale peuvent être un autre moyen de revoir les patientes en période post-natale, et c'est dans ce cas que des sages-femmes, notamment libérales, ont pu distribuer des EPDS durant notre étude. Le passage en service de suites de couches à la

maternité étant certain pour la grande majorité des patientes, il faudrait à ce moment s'assurer qu'elles ont eu et/ou leur donner à ce moment une information sur la DPN. Cependant, la réduction de la durée des séjours à la maternité ne permet pas d'accorder beaucoup de temps à l'ensemble des informations qui doivent passer à ce moment-là. Il n'est pas certain qu'elles puissent vraiment être à l'écoute de l'ensemble de ces renseignements et conseils pour le retour à domicile.

Il est pourtant primordial que les patientes connaissent l'existence de cette pathologie, et des signes identifiables, car comme nous l'avons observé dans la revue de la littérature, la culpabilité d'être « déprimée » est grande durant cette période censée être heureuse, et les patientes auront des difficultés à l'exprimer.

Nous n'avons trouvé qu'un seul mémoire réalisé par une sage-femme traitant de l'information communiquée aux patientes sur la DPN [41]. Cette étude montre que les sources d'informations à ce sujet venaient principalement des médias, puis de l'entourage et enfin des sages-femmes et que les femmes avaient des difficultés à différencier la DPN du *Baby-blues*. Nous pouvons nous interroger sur la fiabilité des informations disponibles dans les médias non spécialisés ou sur internet sur des sujets médicaux ainsi que de celles recueillies auprès des proches.

En conclusion, nous pensons qu'il est nécessaire que toutes les patientes aient conscience de cette pathologie, et notamment qu'elles doivent bénéficier d'une prise en charge spécifique. L'entretien prénatal précoce nous semble être un moment privilégié pour aborder ce sujet, en effet il permet un repérage précoce des vulnérabilités et facteurs de risque, il doit donc être développé le plus possible.

Nous pouvons revenir un instant sur le problème de la **mauvaise observance des patientes de la visite post-natale**, soulevé par plusieurs sages-femmes durant notre étude, qui pose réellement question. Cette consultation est obligatoire, et remboursée en totalité par la sécurité sociale, au même titre que les autres consultations prénatales. La HAS en a décliné les objectifs principaux :

- Discuter avec la femme du vécu de l'accouchement et des suites de couches et des éventuelles complications en période post-natale ;

- Parler de la qualité des relations avec l'enfant et toutes les questions qui la préoccupent ;
- Effectuer un examen gynécologique ;
- Aborder le mode de contraception souhaité par la femme ;
- Envisager la rééducation périnéale du post-partum ;
- Organiser le suivi de l'enfant ;
- Rechercher des signes évocateurs d'une dépression du post-partum. [37]

Nous n'avons pas trouvé le chiffre national sur son taux de réalisation, absent notamment de la dernière enquête périnatale de 2010 et également de la précédente de 2003, ce qui peut révéler un manque d'intérêt à son égard. Cependant nous avons retrouvé quelques mémoires et thèses traitant du sujet [42, 43, 44]. Ils s'accordent sur le fait qu'il existe un manque d'observance de la part des femmes à cette consultation mais qui pourrait être amélioré lorsqu'une information leur est donnée, notamment en s'appuyant sur son importance. Les femmes qui ne réalisent pas cette visite mettent souvent en avant le manque de temps, l'oubli mais également qu'elles la jugent « inutile », alors que celle-ci aborde comme nous l'avons vu des points essentiels. Il nous semble donc indispensable qu'une information soit faite aux patientes sur l'importance de cette consultation.

Les professionnels réalisant cette visite post-natale sont principalement les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes. Les médecins généralistes sont présents dans une moindre mesure pour cette consultation, mais en revanche ils revoient beaucoup les patientes et/ou leur bébé dans d'autres circonstances. Le mémoire réalisé au CHRU de Montpellier en 2015 montre que 55,46% des visites post-natales sont réalisées en libéral : 30% par des gynécologues privés, 23% par des sages-femmes, et seulement 2% par des médecins généralistes [43]. La proportion de sages-femmes semble augmenter du fait du développement progressif de leurs compétences dans ce domaine depuis la loi du 9 août 2004 [45], en effet nous avons pu voir dans un mémoire réalisé en 2009, que le nombre de sages-femmes ayant réalisé des consultations post-natales était alors très faible [42]. Les différentes études montrent que le choix des patientes en ce qui concerne le professionnel réalisant cette consultation s'appuie surtout sur la continuité du suivi : elles la réalisent

principalement avec le professionnel qui a suivi la grossesse et/ou effectuant leur suivi gynécologique hors grossesse.

5. Evaluation de l'EPDS dans la pratique courante des sages-femmes : vers quelle utilisation ?

5.1. Avis des sages-femmes interrogées

Un des résultats principaux de notre étude démontre que les sages-femmes qui ont testé l'utilisation de l'EPDS ont trouvé majoritairement **qu'il s'agissait d'un outil utile pour aborder le sujet de la DPN avec les patientes** : 9 sages-femmes l'ont trouvé très utile, seulement 2 l'ont trouvé peu utile. Plus qu'un outil de dépistage, il permet d'amener une discussion autour de ce sujet qui peut être sensible et pas toujours évident à aborder avec les patientes par des professionnels non spécialistes en psychologie. Notre étude a révélé que dans quasiment $\frac{3}{4}$ des cas, la distribution de l'EPDS a été accompagnée d'une discussion et d'une information sur la DPN. **Ce qui appuie également ce résultat, c'est que la majorité des sages-femmes (15 sur 18) se disent prêtes à le réutiliser dans leur pratique courante.**

Pour ce qui est de notre deuxième hypothèse principale « l'utilisation systématique de l'EPDS améliore le dépistage de la DPN », nous pouvons difficilement y répondre : nous avons créé une évaluation rétrospective de consultations post-natales qui précédaient notre étude dans notre questionnaire (cf. méthodologie) qui devait nous permettre de comparer avant et après la mise en place de l'outil. Cependant, comme l'ensemble des sages-femmes n'ont pas pu distribuer les 10 EPDS prévus initialement et que cette évaluation rétrospective était assez subjective (simple estimation), il est difficile d'effectuer cette comparaison et réellement voir si l'EPDS à améliorer le dépistage.

Nous avons testé l'utilisation systématique de l'EPDS en consultation post-natale, cependant celle-ci soulève plusieurs questions : est-ce que cette forme d'utilisation est la plus efficace ? Est-ce qu'elle pourrait s'étendre à d'autres périodes, dans d'autres circonstances que la visite post-natale ? Pourrait-elle s'effectuer avec l'aide d'autres professionnels ?

5.2. Dans quelles situations utiliser l'EPDS ?

Une utilisation systématique semble avoir posé problème puisque la majorité des sages-femmes que nous avons interrogées était favorable à réutiliser l'EPDS mais pas toujours de façon systématique. En effet, certaines ont rencontré des difficultés à l'utilisation, comme nous l'avons vu dans les résultats, ont été cités (par ordre de fréquence) :

- Les difficultés de compréhension du questionnaire, pour des patientes ayant un faible niveau de français, et pour les patientes d'origine étrangère (3) ;
- Le manque de temps (3) ;
- Le refus des patientes (2) ;
- L'appréhension par les patientes au regard d'un questionnaire écrit (1) ;
- Les difficultés d'interprétation (1).

Ces situations montrent qu'il n'est pas toujours évident de mettre en place ce questionnaire de façon systématique.

En ce qui concerne les difficultés des patientes étrangères ne parlant que très peu ou pas du tout français, on pourrait imaginer avoir à disposition les différentes versions du score qui existent déjà dans un grand nombre de langues (anglais, allemand, espagnol, portugais, italien, arabe, chinois, norvégien...). Cela permettrait en outre de communiquer plus facilement sur leur état de santé psychique, ce qui n'est pas forcément évident à l'oral lorsque la sage-femme ne parle pas la langue de la patiente et qu'il n'y a pas de possibilité d'avoir l'aide d'un traducteur.

Une **utilisation sur facteurs de risque** peut s'avérer réductrice, du fait de leur nombre important retrouvé dans la littérature, qui sont, de plus, peu spécifiques pour certains. Les sages-femmes que nous avons interrogé ont su en retrouver quelques-uns mais jamais la totalité. Pour envisager cette utilisation, il faudrait veiller à ce que les professionnels les connaissent bien pour ne pas passer à côté de situations à risque.

Lorsque l'observation clinique retrouve des signes de dépression, l'utilisation de l'EPDS pourrait être possible mais comme nous l'avons vu, on surnomme la DPN dépression « souriante » : les patientes peuvent cacher leur mal-être, du fait d'une culpabilité importante. Nous avons pu également voir dans notre étude que pour

12,9% des EPDS distribués, il existait une discordance entre l'appréciation clinique du professionnel et le score obtenu, ce qui montre la difficulté de repérer les signes. L'EPDS peut être un bon moyen pour aider les professionnels lors d'une première consultation avec une patiente. Comme nous l'a souligné une sage-femme, le suivi global facilite parfois l'appréciation clinique de la DPN, ce qui démontre l'importance de la prise en charge d'une patiente par une même sage-femme, qui la suivra depuis le début de sa grossesse, voire avant dans le cadre du suivi gynécologique, jusque dans le post-partum comme le permet l'exercice en libéral.

5.3. A quel moment utiliser l'EPDS ?

Pour la faisabilité de notre enquête, nous nous sommes centrés sur l'utilisation de l'EPDS en consultation post-natale, puisqu'il a été validé initialement pour cette période et que la HAS recommande son utilisation durant cette consultation. **Cependant nous aurions pu étendre cette utilisation à d'autres périodes puisque l'outil a été aussi validé pour la période anténatale, et dès le post-partum précoce.** Son usage pourrait donc être étendu durant les consultations prénatales, et plus particulièrement pendant l'entretien prénatal précoce qui est un moment privilégié pour dépister les risques psycho-sociaux, car en consultations prénatales « classiques », où le temps est parfois compté, l'utilisation de l'EPDS peut-être trop contraignante.

Nous pouvons également imaginer la possibilité de proposer ce questionnaire aux patientes confrontées à une hospitalisation durant leur grossesse, situation pouvant engendrer des difficultés psychiques ou révéler des symptômes somatiques traduisant une dépression anténatale, comme nous l'avons vu dans la revue de la littérature.

La diffusion de l'EPDS durant le séjour en suites de couches aux patientes touchées par *Baby blues* d'une particulière intensité pourrait révéler le début d'une DPN précoce : nous avons vu qu'un score élevé à l'EDPS au 3^{ème} jour suivant l'accouchement serait prédictif de l'apparition d'une DPN par la suite.

5.4. Etendre l'EPDS à d'autres professionnels ?

Nous nous sommes concentrés sur les sages-femmes, cependant il semble pertinent de développer l'utilisation de l'EPDS à d'autres professionnels de la périnatalité. En effet, nous avons constaté qu'un certain nombre de maternités ne réalisent plus de consultations post-natales et redirigent les patientes vers les professionnels en milieu libéral. Médecins généralistes, pédiatres, gynécologues-obstétriciens, puéricultrices de PMI, sont donc amenés à rencontrer et prendre en charge les femmes après leur accouchement, en conséquence, il est **nécessaire d'envisager cette thématique de façon multidisciplinaire**, ce qui permettrait de plus de combler le problème de la mauvaise observance de la consultation post-natale. [46, 47]

Pour conclure, nous avons vu que l'utilisation systématique de l'EPDS peut poser problème dans certaines situations, et ne doit pas remplacer totalement l'appréciation clinique du professionnel. Une utilisation sur facteurs de risque et signes cliniques pourraient être plus facilement envisagée par les professionnels, dans l'hypothèse que ceux-ci soient parfaitement formés pour leur repérage pour permettre un filtrage efficace et le plus précocement possible. L'EPDS devrait être utilisé à tous les stades de la grossesse et du post-partum et pas uniquement à la visite post-natale et devrait être diffusé à tous les professionnels de la périnatalité.

6. Etude des EPDS remplis par les patientes

Pour cette partie, nous n'avions pas l'objectif d'effectuer une étude de validation de l'EPDS, cependant, nous avons pu tirer quelques informations de l'étude des EPDS distribués aux patientes.

Il est tout d'abord intéressant de remarquer que sur les 93 EPDS distribués, 21,5% révèlent un score à risque de DPN, ce qui est proche du taux de prévalence retrouvé dans la littérature, si on retire le pourcentage de faux positifs. Ce résultat montre la cohérence de cet outil de dépistage.

Dans notre étude, nous avons constaté que dans certains cas où le résultat à l'EPDS pouvait faire évoquer une DPN, la patiente n'a pas été orientée vers un spécialiste. Nous n'avons pas demandé aux sages-femmes d'en expliquer les raisons,

mais nous pouvons nous interroger sur cette remarque : est-ce en raison d'une appréciation clinique rassurante par rapport au score élevé obtenu à l'EPDS ? Ou est-ce dû aux difficultés d'orientation vers les spécialistes en psychiatrie, comme l'ont évoqué deux sages-femmes en commentaire ? Dans une démarche de dépistage, il est primordial d'assurer une prise en charge adaptée en cas de besoin, **c'est pourquoi le réseau de soins en psycho-périnatalité doit être connu et développé.**

Conclusion

Notre étude s'est intéressée au manque de dépistage de la dépression post-natale, problème de santé publique actuel, comme nous l'avons constaté au cours de notre revue de la littérature. Pour se faire nous avons décidé de réaliser une évaluation de l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale*, outil de dépistage validé de la DPN, utilisé de façon systématique par les sages-femmes durant la visite post-natale.

Notre méthodologie était basée sur 3 phases :

- Une évaluation des connaissances des sages-femmes au sujet de la DPN et de son dépistage ;
- L'utilisation par ces sages-femmes de l'EPDS ;
- L'évaluation de l'outil.

Nous noterons que la faiblesse de notre étude est son manque de puissance, en effet sur 83 professionnels et 11 maternités contactés, 25 sages-femmes se sont portées volontaires et seulement 18 ont réellement participé. Néanmoins, nous avons pu faire ressortir les résultats suivants :

- Les sages-femmes de notre population ont montré des connaissances plutôt faibles en ce qui concerne la DPN, avec souvent une sous-estimation de sa fréquence et l'EPDS n'est que très peu connu. Ces deux éléments ont pu confirmer nos hypothèses secondaires.
- En ce qui concerne l'évaluation de l'EPDS, les sages-femmes l'ont trouvé efficace et utile pour aborder le sujet de la DPN avec les patientes. De manière générale, il a été bien accepté par celles-ci. Ces éléments confirment une de nos hypothèses principales. Seule une minorité des professionnels ont malgré tout rencontré quelques difficultés à l'utiliser de façon systématique. Au total, il est positif de voir que la majorité des sages-femmes interrogées se disent prêtes à réutiliser l'EPDS dans leur pratique.
- Les sages-femmes n'abordent pas toutes systématiquement le sujet de la DPN avec les patientes en consultations post-natales.

Ces résultats nous ont conduit à réfléchir sur l'utilisation de l'EPDS : il nous paraît nécessaire que les professionnels de la périnatalité soient tous sensibilisés à

l'importance du dépistage de la DPN, par le repérage précoce des facteurs de risque et des signes cliniques, en s'appuyant particulièrement sur l'utilisation de l'EPDS, et pour se faire qu'ils bénéficient d'une formation complémentaire à ce sujet. Dans le but de pallier à la mauvaise observance de la visite post-natale et pour un meilleur filtrage, son usage pourrait être étendu à d'autres périodes que celle-ci, notamment durant la grossesse avec un développement accru de l'entretien prénatal précoce, en post-partum précoce à la maternité, mais également lors de toutes les occasions où les professionnels sont amenés à rencontrer la femme : rééducation périnéale, visites de suivi de l'enfant chez le pédiatre ou le médecin généraliste, consultations de suivi par le gynécologue-obstétricien, visite en PMI. Il faut donc en parallèle, sensibiliser les femmes sur l'importance de ces consultations. Des campagnes d'information sur l'existence de cette pathologie doivent être organisées et mises à disposition des patientes afin qu'elles puissent aisément l'évoquer auprès des professionnels adaptés. Il semble également important que les professionnels soient dotés de moyens adaptés afin d'orienter facilement et correctement les patientes à risque de DPN, pour cela, nous pouvons imaginer la création d'un annuaire régional de professionnels « ressources ».

Pour envisager la diffusion de l'EPDS de façon généralisée, il serait pertinent de réaliser cette même étude à plus grande échelle, auprès de l'ensemble des professionnels de la périnatalité, et aux différentes périodes de la grossesse et de l'accouchement.

Bibliographie

- [1] Bydlowski M, Gauthier Y. La dette de vie: itinéraire psychanalytique de la maternité. Paris: Presses universitaires de France; 2000.
- [2] Nanzer N. La dépression postnatale: sortir du silence. Lausanne: Favre; 2009.
- [3] Delassus JM. Devenir mère: histoire secrète de la maternité. Paris: Dunod; 2001.
- [4] Missonnier S, Roussillon R. Manuel de psychologie clinique de la périnatalité. Issy-les-moulineaux: Elsevier Masson; 2012.
- [5] Winnicott DW. La préoccupation maternelle primaire. Dans la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot ; 1969.
- [6] Cramer B. Les dépressions du post-partum: une pathologie de la préoccupation maternelle primaire. *Devenir* 2002;14:89-99.
- [7] Bowlby J, Kalmanovitch J. Attachement et perte 1, 1. Paris: Presses Univ. de France; 1999.
- [8] Guedeney A, Allilaire JF, Barral A. Interventions psychologiques en périnatalité. Paris: Masson; 2001.
- [9] Dayan J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2007;36(6):549-61.
- [10] American psychiatric association. DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4ème éd. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2005.
- [11] Organisation Mondiale de la Santé. CIM-10 : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10ème révision. Edition 2008.
- [12] Chabrol H, et al. Prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude contrôlée. *Devenir*. 2003;15:5-25.
- [13] Bayle B. L'enfant à naître: identité conceptionnelle et gestation psychique. Ramonville-Saint-Agne: Erès; 2005.
- [14] Pierre F, Bertrand J. Obstétrique. Paris: Maloine; 2000.
- [15] Guedeney A, Dugravier R. Les facteurs de risque familiaux et environnementaux des troubles du comportement chez le jeune enfant : une revue de la littérature scientifique anglo-saxonne. *La psychiatrie de l'enfant* 2006;49:227-278.
- [16] Poinso F, Samuelli JC, Delzenne V, Huiart L, Sparrow J, Rufo M. Dépressions du post-partum : délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé. *La psychiatrie de l'enfant* 2001;44:379-413.

- [17] Sutter-Dallay AL, Dequae-Merchadou L, Glatigny-Dallay E, Bourgeois ML, Verdoux H. Impact de la dépression postnatale maternelle précoce sur le développement cognitif du nourrisson : étude prospective sur 2 ans. *Devenir* 2008;20:47-63.
- [18] Murray L. The impact of postnatal depression on infant development, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1992;33:543-562.
- [19] Tissot H, Frascarolo F, Despland JN, Favez N. Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. *La psychiatrie de l'enfant* 2011;54:611-637.
- [20] Nanzer N, Righetti-Veltéma M, Conne-Perréard E, Manzano J, Palacio-Espasa F. Pourquoi est-il essentiel de dépister et de prévenir la dépression postpartum ? *Rev Med Suisse*. 2007;3:1200-5.
- [21] Amaru D, Le Bon O. La dépression du post-partum : corrélats et facteurs prédictifs. *Rev Med Brux*. 2014;35:10-6.
- [22] Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*. 2001;50:275-85.
- [23] Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. (Consulté le 16/11/2014). Fiche action n°16 : troubles émotionnels et psychiques des mères en post-partum, [en ligne]. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3p.pdf>
- [24] Milgrom J. Dépistage et traitement de la dépression postnatale (DPN). Une approche cognitiviste et comportementale. *Devenir* 2001;13:27-50.
- [25] Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*. 2004 mai;80:65-73.
- [26] Gerardin P. Spécificité et enjeux de la dépression de la grossesse. Principaux résultats d'une recherche longitudinale sur les dépressions du péripartum, du troisième trimestre de grossesse au 12e mois de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2012;60:138-146
- [27] Marpeau L, Lansac J, Teurnier F, Nguyen F, Collège national des sages-femmes (France), Association des sages-femmes enseignantes françaises. *Traité d'obstétrique*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2010.
- [28] Ministère de la santé. (Consulté le 15/03/2016). Plan périnatalité 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité, [en ligne]. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
- [29] Haute Autorité de Santé. (Consulté en 03/2016). Recommandations professionnelles. « Comment mieux informer les femmes enceintes ? », [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
- [30] Ministère de la santé. (Consulté le 11/02/2015). Circulaire N°DHOS/DGS/O2/6C/2005/300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la

collaboration médico-psychologique en périnatalité, [en ligne].
http://www.rpfc.fr/espacepro/wp-content/pdf/Circulaire_04_07_05_Collaboration_medico_psy.pdf

[31] Conseil national de l'ordre des sages-femmes. (Consulté le 11/02/2015). Référentiel métier et compétences des sages-femmes, [en ligne]. http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/666_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf

[32] Nanzer N, Righetti-Veltema M. Le DAD-P : un outil simple pour le dépistage anténatal du futur risque de dépression du post-partum. Rev Med Suisse. 2009;5:395-401.

[33] Cox JL, Holden JM, Sagowsky R. Direction of postnatal depression. Development of the ten item Edinburgh post-natal depression scale. Brit J Psychiatry. 1987;150:782-786.

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

[35] Jardri R. Le dépistage de la dépression postnatale : revue qualitative des études de validation de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale. Devenir. 2004;16:245-262.

[36] Teissedre F, Chabrol H. Étude de l'EPDS (Échelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères: dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. L'Encéphale. 2004;30(4):376-81.

[37] Haute Autorité de Santé. (Consulté en 03/2016). Recommandations professionnelles. « Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) », [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf

[38] Organisation Mondiale de la Santé. (Consulté en 03/2016). Report of the meeting held in Geneva, Switzerland, 30 january-1 february 2008. « Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries », [en ligne]. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh_jan08_meeting_report.pdf.

[39] Blanchon AL. Dépression du post-partum : évaluation des connaissances et outils des sages-femmes dans le dépistage des facteurs de risque. [Mémoire] Ecole de sage-femme de Bourg-en-Bresse ; 2010.

[40] Institut national de la santé et de la recherche médicale. (Consulté en 03/2016). Enquête nationale périnatale 2010. [en ligne] http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf.

[41] Fernandes C. Baby-blues et dépression post-natale : évaluation des connaissances des femmes : quelle information ont-elles reçue ? [Mémoire] Ecole de sage-femme de Clermont Ferrand ; 2012.

[42] Franke S. La consultation post-natale : un créneau à prendre. [Mémoire] Ecole de sage-femme de Metz ; 2009.

[43] Mathié C. Visite post-natale au CHRU de Montpellier : fréquence, vécu des patientes et rôle de la sage-femme » [Mémoire] Ecole de sage-femme de Montpellier ; 2015.

[44] Bachoumas K. Fréquence de la visite post-natale pour les femmes ayant accouché au CH de Dieppe et place du médecin généraliste dans cette pratique [Thèse d'exercice] Université de Rouen ; 2010.

[45] LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (JORF n°185 du 11 août 2004 page 14277, texte n° 4) [en ligne]
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=&categorieLien=id>

[46] Meunier S. Le dépistage de la dépression du post-partum par l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Enquête auprès de 52 médecins généralistes Haut-Normands sur l'intérêt et l'utilisation pratique de cet outil. [Thèse d'exercice] Université de Rouen ; 2012.

[47] Guedeney N. Les dépressions postnatales intéressent aussi les pédiatres. Arch Pédiatr 1999;6suppl2: 367-9.

Annexes

Annexe I : DAD-P ou “Questionnaire de Genève”

Annexe II : Premier questionnaire destiné aux sages-femmes

Annexe III : *Edinburgh Postnatal Depression Scale* fourni aux sages-femmes

Annexe IV : Tableau récapitulatif des EPDS distribués

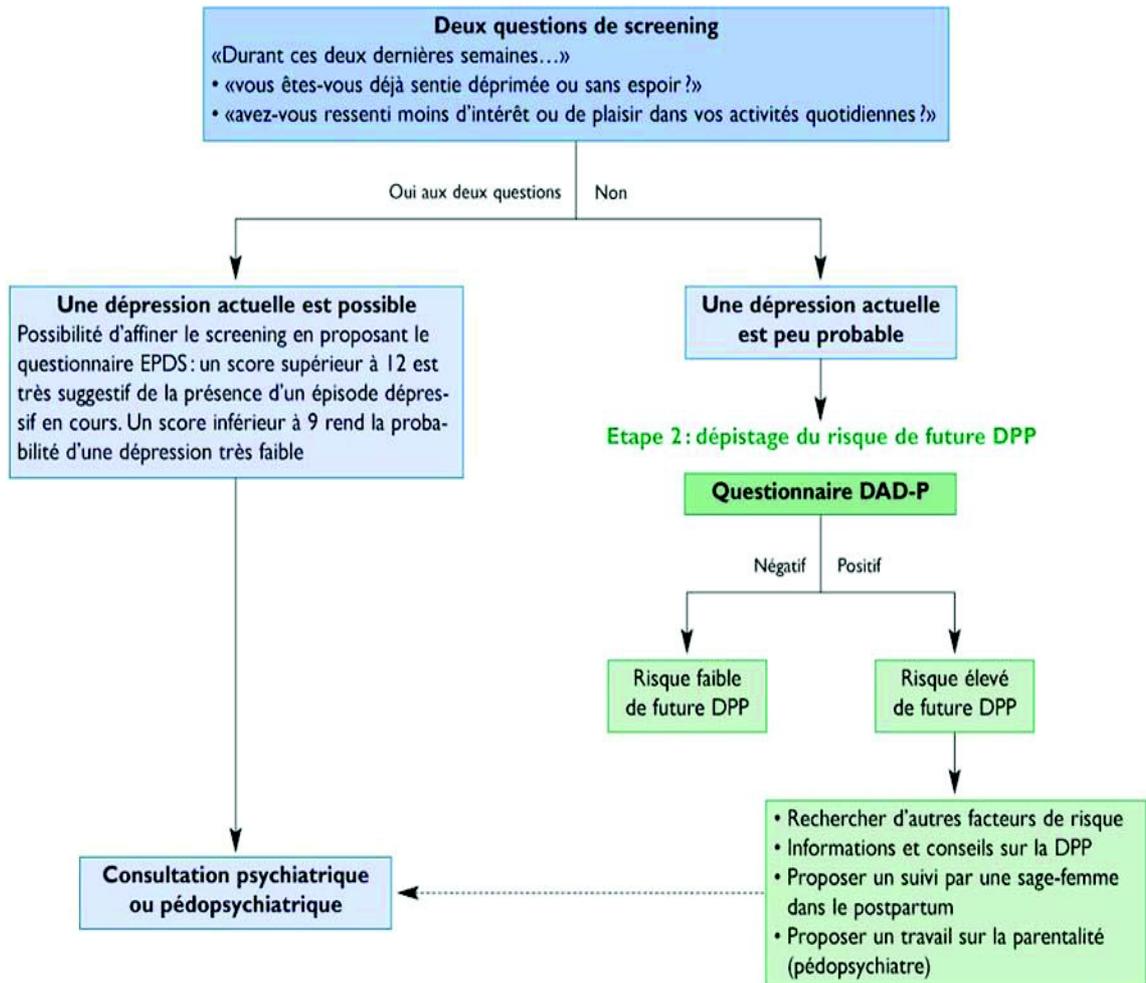
Annexe V : Deuxième questionnaire destiné aux sages-femmes

Annexe VI : Document d’information sur l’étude accompagnant les questionnaires

Annexe VII : EPDS version sage-femme avec explications d’utilisation et cotation des items

Annexe I : DAD-P ou “Questionnaire de Genève”

Etape 1 : dépistage d'une dépression en cours



Annexe I (suite)

Annexe I. Questionnaire de Genève ou DAD-P : version pour un dépistage large

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

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

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

Echelle

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

Score: points

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

Questions supplémentaires

7. Pleurez-vous facilement ?
- oui, beaucoup _____ (1 point)
oui, moyennement _____ (1 point)
oui, un peu _____ (0 point)
non, pas du tout _____ (0 point)
8. Avez-vous suivi ou pensez-vous suivre des séances de préparation à la naissance avec une sage-femme pour cette grossesse-ci ?
- oui _____ (0 point)
non, mais je l'ai fait pour une grossesse précédente _____ (1 point)
non _____ (1 point)

Score: points

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

Risque de dépression du postpartum :

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

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

Annexe II : Premier questionnaire destiné aux sages-femmes

Questionnaire n °1 : Avant la mise en place de l'outil EPDS

NOM :

PRENOM :

(Les questionnaires seront ensuite anonymisés pour l'étude)

1- Où exercez-vous ? Milieu hospitalier Libéral PMI

2- Depuis combien d'années êtes-vous diplômé(e) ?

- Il y a moins de 5 ans Entre 5 et 13 ans
 Entre 14 et 29 ans Il y a plus de 30 ans

3- Évaluez votre niveau de connaissances de la dépression post-natale :

- Très faible Faible Suffisant Important

4- Selon vous, quelle est la fréquence de la dépression post-natale ?

- < 3% < 5% 5 à 10% 10 à 20% > 20%

5- À quel moment du post-partum se situe le pic de prévalence de la dépression post-natale ?

- Durant la 1^{ère} semaine Entre la 2^{ème} et la 4^{ème} semaine
 Entre la 6^{ème} et la 8^{ème} semaine Au-delà de la 8^{ème} semaine

6- Au sujet du « Baby Blues » et de la dépression post-natale, cochez la/les réponse(s) juste(s) :

- Le Baby Blues et la dépression post-natale sont des moments de transition normaux.
 Le pic de fréquence du Baby Blues se situe entre le 3^{ème} et le 5^{ème} jour du post-partum.
 La dépression post-natale ne nécessite pas toujours d'une prise en charge spécialisée.
 Le Baby Blues peut durer au-delà d'une dizaine de jours après l'accouchement.
 La dépression post-natale peut se compliquer d'un trouble dépressif chronique.

7- Quel impact sur l'enfant peut avoir une dépression post-natale maternelle ? Cochez la/les réponse(s) juste(s) :

- Aucun Retard psychomoteur
 Difficultés cognitives Difficultés de communication
 Troubles de l'attachement Troubles fonctionnels (de l'alimentation, du sommeil...)

8- A quelle fréquence abordez-vous le sujet de la dépression post-natale avec vos patientes lors des consultations post-natales :

- Jamais
 Uniquement si la patiente aborde ce sujet
 Occasionnellement
 Systématiquement
 Sur facteurs de risque, citez lesquels :

9- Auparavant, connaissiez-vous l'existence d'outils de dépistage de la dépression post-natale ?

- Oui Non

- Si oui, citez lequel/lesquels :

10- Concernant vos 10 dernières consultations post-natales, combien de fois estimez-vous avoir :

- abordé le sujet de la dépression post-natale ? /10
- utilisé des outils de dépistage ? /10
- suspecté une dépression post-natale ? /10
- orienté une patiente vers un spécialiste ? /10

E.P.D.S

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est-à-dire les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement aujourd'hui.

Voici un exemple : Je me suis sentie heureuse :

- Oui, tout le temps
- Oui, la plupart du temps
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

Cela signifiera : « Je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s'écouler ».

Pendant la semaine qui vient de s'écouler :

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

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

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

- Autant que d'habitude
- Plutôt moins que d'habitude
- Vraiment moins que d'habitude
- Pratiquement pas

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

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, jamais

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

- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois
- Oui, très souvent

Annexe III : *Edinburgh Postnatal Depression Scale* fourni aux sages-

femmes

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons.
 - Oui, vraiment souvent
 - Oui, parfois
 - Non, pas très souvent
 - Non, pas du tout
6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements.
 - Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
 - Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
 - Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
 - Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude
7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil.
 - Oui, la plupart du temps
 - Oui, parfois
 - Pas très souvent
 - Non, pas du tout
8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse.
 - Oui, la plupart du temps
 - Oui, très souvent
 - Pas très souvent
 - Non, pas du tout
9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré.
 - Oui, la plupart du temps
 - Oui, très souvent
 - Seulement de temps en temps
 - Non jamais
10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal.
 - Oui, très souvent
 - Parfois
 - Presque jamais
 - Jamais

Annexe IV : Tableau récapitulatif des EPDS distribués

Tableau récapitulatif des 10 échelles EPDS distribuées aux patientes

N° EPDS distribué	Score obtenu	Discussion/informations données au sujet de la dépression	Orientation vers spécialiste	Concordance avec la clinique	Commentaires libres
1		Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Annexe V : Deuxième questionnaire destiné aux sages-femmes

Questionnaire n°2 : évaluation de l'outil EPDS

1- Évaluez l'utilité de cet outil pour aborder le sujet de la dépression avec vos patientes :

- Inutile Peu utile Modérément utile Très utile

2- Évaluez l'acceptabilité de cet outil par les patientes :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3- Évaluez l'efficacité de cet outil pour dépister la dépression post-natale :

- Inefficace Peu efficace Assez efficace Très efficace

4- Avez-vous rencontré des difficultés à l'utilisation ? Oui Non

- Si oui, lesquelles ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Refus de la part des patientes
 Réticences ou appréhension de la part des patientes
 Manque de temps
 Difficultés d'interprétation
 Autres :

5- Si vous aviez le choix par la suite, réutiliseriez-vous l'outil EPDS durant vos consultations ?

- Oui Non

- Si oui, comment ?

- De façon systématique
 Sur facteurs de risque, lesquels ?
 Sur signes d'appel cliniques

- Si non, pour quelles raisons ?

.....
.....

6- D'autres remarques ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Annexe VI : Document d'information sur l'étude accompagnant les questionnaires

Cette étude a pour but d'évaluer un outil de dépistage de la dépression post-natale dans la pratique courante des sages-femmes : l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

Objectif de l'outil : Cette échelle validée est un outil spécifique d'évaluation du risque de dépression post-natale. Il ne permet pas de poser le diagnostic de dépression qui devra être confirmé par une évaluation clinique spécialisée, mais il aide à détecter des symptômes dépressifs.

Description de l'outil et utilisation par les patientes : Il s'agit d'un auto-questionnaire à faire remplir aux patientes, juste avant (dans la salle d'attente par exemple) ou pendant la consultation post-natale, comprenant 10 items, chacun coté de 0 à 3.

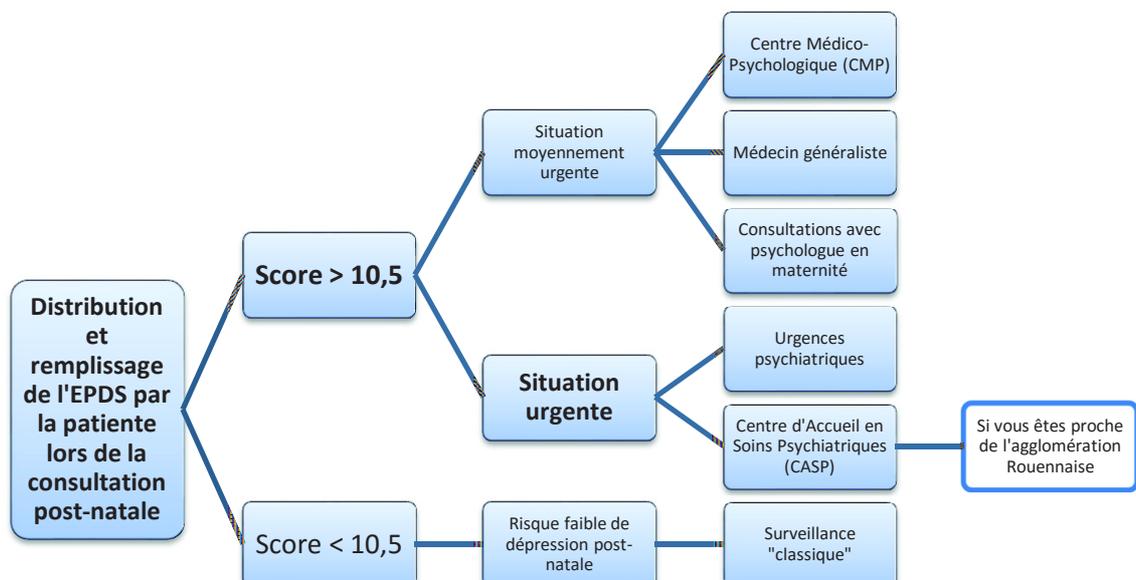
Exploitation par les professionnels : Le score final est la somme des 10 cotations, plus le score est élevé, plus le risque de dépression est important, et plus la dépression est sévère. Le seuil retenu pour la validation française est de 10,5 au-dessus duquel une dépression post-natale est possible et en dessous duquel le risque est très faible. La sensibilité de cette échelle est égale à 0,80 et sa spécificité à 0,92.

Déroulement de l'étude : Cette étude se déroule en 3 étapes :

1. Remplissage du questionnaire n°1, qui se compose de questions générales sur votre exercice, sur la dépression post-natale ainsi qu'une étude rapide de vos 10 dernières consultations post-natales.
2. Distribution systématique des échelles EPDS à vos patientes durant les 10 prochaines consultations post-natales (réalisées 6 à 8 semaines après l'accouchement) que vous allez réaliser. Cette distribution s'accompagnera du remplissage du tableau récapitulatif ci-joint (score obtenu à chaque EPDS, orientation vers spécialiste, concordance avec la clinique...). Pour vous faciliter l'interprétation des EPDS remplis par vos patientes, une version supplémentaire de l'échelle est jointe, sur laquelle la cotation est inscrite.
3. Remplissage du questionnaire n°2, qui nous permettra de recueillir votre avis sur l'utilisation de cet outil. Il sera à remplir une fois la 2^{ème} étape terminée.

L'ensemble des documents (questionnaires N°1 et 2 ainsi que le tableau récapitulatif) seront alors à nous retourner **avant le 11 janvier maximum**, via l'enveloppe timbrée fournie. Si à cette date vous n'avez pas pu faire remplir 10 EPDS, vous pouvez nous les envoyer malgré tout.

Orientation d'une patiente ayant un score « à risque » de dépression post-natale :



Je reste à votre disposition pour d'éventuelles informations complémentaires sur cette étude, ou si vous avez des questions. Pour cela vous pouvez me joindre par mail : [benedicte.depau@\(...\).fr](mailto:benedicte.depau@(...).fr) ou par téléphone au 06(...).

E.P.D.S – Version Sage-femme

Cotation : chaque item (3, 5, 6, 7, 8, 9, 10) est coté de 3 à 0, sauf les items « positifs » (1, 2, 4), dont la cotation est inversée (de 0 à 3). La somme de tous les items donne le score global de l'EPDS qui est comparé à la note-seuil de référence :

- Si la note est supérieure à 11 : il existe un risque important de dépression post-natale chez la patiente : il faut l'orienter vers un spécialiste.

- Si la note est inférieure à 11 : le risque de dépression post-natale est faible.

(La sensibilité du test est alors de 0,80 et sa spécificité 0,92)

Pendant la semaine qui vient de s'écouler :

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.
 - Aussi souvent que d'habitude = 0
 - Pas tout à fait autant = 1
 - Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci = 2
 - Absolument pas = 3
2. Je me suis sentie moins confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir.
 - Autant que d'habitude = 0
 - Plutôt moins que d'habitude = 1
 - Vraiment moins que d'habitude = 2
 - Pratiquement pas = 3
3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal.
 - Oui, la plupart du temps = 3
 - Oui, parfois = 2
 - Pas très souvent = 1
 - Non, jamais = 0
4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif.
 - Non, pas du tout = 0
 - Presque jamais = 1
 - Oui, parfois = 2
 - Oui, très souvent = 3

Annexe VII : EPDS version sage-femme avec explications d'utilisation et cotation des items

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons.
 - Oui, vraiment souvent = 3
 - Oui, parfois = 2
 - Non, pas très souvent = 1
 - Non, pas du tout = 0
6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements.
 - Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations = 3
 - Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude = 2
 - Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations = 1
 - Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude = 0
7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil.
 - Oui, la plupart du temps = 3
 - Oui, parfois = 2
 - Pas très souvent = 1
 - Non, pas du tout = 0
8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse.
 - Oui, la plupart du temps = 3
 - Oui, très souvent = 2
 - Pas très souvent = 1
 - Non, pas du tout = 0
9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré.
 - Oui, la plupart du temps = 3
 - Oui, très souvent = 2
 - Seulement de temps en temps = 1
 - Non jamais = 0
10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal.
 - Oui, très souvent = 3
 - Parfois = 2
 - Presque jamais = 1
 - Jamais = 0

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

ECOLE DE SAGES-FEMMES

Dépression post-natale :

Évaluation d'un outil de dépistage *l'Edinburgh Postnatal Depression Scale*.

Etude auprès de 18 sages-femmes en Haute-Normandie

Bénédicte DEPAUX

RESUME :

Notre étude s'est intéressée à l'insuffisance de dépistage de la dépression post-natale (DPN), problème de santé publique actuel, puisque cette pathologie est trop souvent banalisée, sous-diagnostiquée et donc non traitée. En s'appuyant sur une revue de la littérature, nous avons décidé de réaliser une évaluation de *l'Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), outil de dépistage validé de la dépression post-natale, utilisé de façon systématique par les sages-femmes durant la visite post-natale. Notre méthodologie était basée sur trois phases : l'évaluation des connaissances des sages-femmes au sujet de la DPN et de son dépistage, l'utilisation par ces sages-femmes de l'EPDS et enfin l'évaluation de l'outil.

18 sages-femmes de Haute-Normandie se sont prêtées à l'exercice et nous ont permis d'aboutir aux résultats suivants : les connaissances au sujet de la dépression post-natale sont parfois insuffisantes, quant à l'EPDS il n'est que trop peu connu par les sages-femmes, pourtant notre enquête a démontré que 15 des professionnels interrogés ont manifesté la volonté de le réutiliser, car il a été jugé efficace et utile pour aborder le sujet de la DPN avec les patientes qui l'ont plutôt bien accepté. Véritable réflexion autour de la DPN, les résultats de cette étude démontrent que pour une meilleure prise en charge des patientes confrontées à cette pathologie, l'ensemble des professionnels de la périnatalité doivent être sensibilisés à son dépistage notamment grâce à l'utilisation de l'EPDS.

MOTS CLES :

Dépression post-natale, dépistage, sage-femme, Edinburgh Postnatal Depression Scale