



HAL
open science

Étude de faisabilité du dépistage de la dépression du post-partum, dans la population des accouchées finistériennes, par la passation du questionnaire d'Edimbourg par voie de courriel, un mois après l'accouchement. Étude prospective observationnelle de cohorte, multicentrique (maternités du Finistère), avec étude cas-témoins nichée dans la cohorte, du 1er novembre 2017 au 31 janvier 2018

Caroline Messenger Cornec

► **To cite this version:**

Caroline Messenger Cornec. Étude de faisabilité du dépistage de la dépression du post-partum, dans la population des accouchées finistériennes, par la passation du questionnaire d'Edimbourg par voie de courriel, un mois après l'accouchement. Étude prospective observationnelle de cohorte, multicentrique (maternités du Finistère), avec étude cas-témoins nichée dans la cohorte, du 1er novembre 2017 au 31 janvier 2018. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01844611

HAL Id: dumas-01844611

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01844611>

Submitted on 30 Oct 2018

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

ECOLE DE SAGES-FEMMES

UFR de Médecine et des Sciences de la Santé

BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2018

Etude de faisabilité du dépistage de la dépression du post-partum, dans la population des accouchées finistériennes, par la passation du questionnaire d'Edimbourg par voie de courriel, un mois après l'accouchement

Etude prospective observationnelle de cohorte, multicentrique (maternités du Finistère), avec étude cas-témoins nichée dans la cohorte, du 1^{er} novembre 2017 au 31 janvier 2018

Présenté et soutenu par:

Caroline MESSAGER épouse CORNEC

Née le 5 juillet 1979

Promotion 2013 – 2018

Direction de mémoire: Docteur Emmanuelle LE MOIGNE (CHRU Brest)

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée Caroline CORNEC née MESSAGER assure avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Bretagne occidentale.

Je déclare être pleinement consciente que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour rédiger ce travail.

Signature,

Le 02/03/2018

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the bottom.

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier toutes les personnes qui ont permis l'élaboration de ce mémoire.

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de mémoire, le Dr Emmanuelle Le Moigne, pour sa réactivité et sa bienveillance, ainsi que le Dr Brigitte Pan-Petesich et le Dr Karine Lacut pour avoir toujours soutenu et encouragé mon projet, aussi atypique qu'il pouvait l'être. Ce fut un réel plaisir et une grande opportunité d'avoir pu appréhender la recherche clinique grâce à vous, et c'est avec enthousiasme que je participerai à nouveau à vos projets en lien avec l'obstétrique.

Un remerciement particulier au Pr Couturaud pour son accueil au sein de l'équipe de recherche EA 3878 (GETBO), CIC INSERM 1412.

Merci au Pr Mottier pour ses encouragements, à Mme Florence Gatineau pour l'analyse statistique, et à Mme Céline Nicolas, pour la gestion des données, ainsi que Mr Brize du Centre d'investigation clinique (CIC). Je souligne également l'important travail réalisé par les secrétaires du CIC et du réseau RIMBO pour me permettre de clore mon mémoire en temps utile: un grand merci à eux.

Je remercie chaleureusement les techniciens de recherche des centres d'étude HEMOTHEPP qui ont accepté de s'adapter pour permettre mon recueil de données, et tout particulièrement Guillaume Drugmanne pour sa patience et sa disponibilité tout au long de ce travail.

Merci au Pr Michel Walter, que j'ai retrouvé avec plaisir pour ses conseils avisés à l'origine de ce mémoire, et au Dr Marie-Caroline Géraud-Welby pour sa bienveillance, son implication et son expertise sur le sujet.

Je remercie également l'équipe enseignante de l'Ecole de sages-femmes de Brest, Mmes Moal et Thépaut pour la confiance qu'elles m'ont accordée pour la réalisation de ce projet.

Merci à Mr Le Doyen Berthou qui, avec beaucoup d'humanité, encourage les étudiants aux parcours atypiques à accéder aux formations des professions de santé.

Merci à mes soutiens sans faille durant ces longues années de reconversion professionnelle, Yannick, mon mari et mon premier *tifoso*, Maël et Anna, mes enfants qui ont toujours su me redonner l'énergie de persévérer malgré les obstacles, et Jean, mon parrain. Vous m'êtes précieux.

Je remercie enfin mes amis, aux quatre coins du monde, d'avoir cru en mes possibilités, et en particulier Sylvain de m'avoir assistée en bureautique, au pied levé trop souvent, et toujours avec sérénité.

Grazie all'Università di Palermo e al Policlinico « Paolo Giaccone » per avermi concesso di iniziare un percorso così atipico: l'accoglienza e la professionalità di tutti i personali hanno consolidato la base del mio progetto di diventare ostetrica. Vi esprimo la mia profonda riconoscenza¹.

¹ Mes remerciements à l'Université de Palerme et au Centre hospitalier universitaire « Paolo Giaccone » pour m'avoir permis de débiter un parcours si atypique : l'accueil et le professionnalisme de tous les personnels ont nourri ma volonté de devenir sage-femme. Je vous exprime ma plus profonde gratitude.

ABREVIATIONS

CIC: Centre d'investigation clinique

CNGOF: Conseil national des gynécologues obstétriciens français

DPP: Dépression du post-partum

HPP: Hémorragie du post-partum

EPDS: *Edinburgh Postnatal Depression Scale*

PRADO: Programme d'accompagnement au retour à domicile des patients hospitalisés

OMS: Organisation mondiale de la santé

SSPT: Syndrome de stress post traumatique

HEMOTHEPP: HEMORragie et maladie THromboEmbolique de la grossesse et du Post-Partum

MVTE: Maladie veineuse thromboembolique

CHRU: Centre hospitalier régional universitaire

CHIC: Centre hospitalier intercommunal de Cornouaille

CHPM: Centre hospitalier des pays de Morlaix

DPP + : population des cas présentant de dépression du post-partum

DPP – : population des témoins, ne présentant pas de dépression du post-partum

CNIL: Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPP: Comité de protection des personnes

RIMBO: Recherche innovation médicale en Bretagne occidentale

HAS: Haute autorité de santé

MAP: Menace d'accouchement prématuré

PE: Pré-éclampsie

RCIU: Retard de croissance intra-utérin

HRP: Hématome rétro-placentaire

ENP: Enquête Nationale Périnatale

PAG: Petits poids pour l'âge gestationnel

AMP: Aide médicale à la procréation

PMSI: Programme de médicalisation des systèmes d'information

TABLES DES MATIERES

1	INTRODUCTION	10
2	MATERIEL ET METHODE	12
2.1	OBJECTIFS DE RECHERCHE	12
2.1.1	OBJECTIF PRINCIPAL	12
2.1.2	OBJECTIFS SECONDAIRES	12
2.2	CRITERES DE JUGEMENT	12
2.2.1	CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAUX	12
2.2.2	CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES	12
2.3	ETUDE	12
2.3.1	LIEUX DE L'ETUDE	13
2.3.2	POPULATION	13
2.3.2.1	Critères d'inclusion	13
2.3.2.2	Critères d'exclusion	13
2.3.3	DEROULEMENT DE L'ETUDE	14
2.3.3.1	Outil	14
2.3.3.1.1	L'auto-questionnaire EPDS ou questionnaire d'Edimbourg	14
2.3.3.1.2	Cotation du score	14
2.3.4	INTERVENTION	14
2.3.5	CAS-TEMOINS	15
2.3.5.1	Définition des cas	15
2.3.5.2	Définition des témoins	15
2.4	ASPECTS REGLEMENTAIRES ET ETHIQUE	15
2.4.1	INFORMATION DES PATIENTES	15
2.4.2	ETHIQUE	15
2.4.3	TESTS STATISTIQUES	16
3	RESULTATS	17
3.1	DIAGRAMME DE FLUX	17
3.2	CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	17
3.2.1	CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION DE L'ETUDE (TABLEAU 1)	18
3.2.2	CARACTERISTIQUES GRAVIDIQUES ET OBSTETRIQUES (TABLEAU 2 – 3 – 4)	18
3.2.3	ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES (TABLEAU 5)	18

3.3	OBJECTIF PRINCIPAL: FAISABILITE DU DEPISTAGE DE LA DPP PAR VOIE DE COURRIEL	18
3.3.1	DISPONIBILITE DES COURRIELS ET REPONSES EXPLOITABLES	18
3.3.2	DELA ET SAISONNALITE DES REPONSE DES PATIENTES (ANNEXE VI – FIGURES 3 ET 4, TABLEAU 6)	19
3.3.2.1	Saisonnalité des réponses	19
3.3.2.1.1	Jours de la semaine (annexe VI – figure 3)	19
3.3.2.1.2	Semaines d'étude (annexes VI – figure 4)	19
3.3.2.1.3	Scores élevés par semaines d'étude (annexe VI – figure 4)	19
3.3.3	REPONSES NON EXPLOITABLES	19
3.4	FREQUENCE DE LA DPP	20
3.4.1	SCORE A L'EPDS	20
3.5	CAS-TEMOINS (ANNEXE VI – TABLEAUX 7 A 11)	20
3.5.1	DPP ET CARACTERISTIQUES GENERALES (TABLEAU 7)	20
3.5.2	DPP ET CARACTERISTIQUES OBSTETRIQUES (TABLEAU 8)	20
3.5.3	DPP ET PATHOLOGIES DE LA GROSSESSE (TABLEAU 9)	20
3.5.4	DPP ET CARACTERISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT ET DU POST-PARTUM (TABLEAU 10)	20
3.5.5	DPP ET ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES (TABLEAU 11)	21
4	DISCUSSION	22
4.1	REPRESENTATIVITE DE L'ETUDE	22
4.1.1	ORIGINE GEOGRAPHIQUE	22
4.1.2	HOSPITALISATION	22
4.1.3	RCIU	22
4.1.4	DIABETE GESTATIONNEL	22
4.2	PRINCIPAUX RESULTATS	23
4.2.1	FAISABILITE	23
4.2.1.1	Disponibilité des adresses de courriels	23
4.2.1.2	Modalités pratiques du questionnaire numérique	23
4.2.1.2.1	Modalités d'envoi	23
4.2.1.2.1	Modalités de réponses	23
4.2.2	TAUX DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE D'EDIMBOURG	24
4.3	FREQUENCE DE LA DEPRESSION DU POST-PARTUM	25
4.3.1	VALIDATION DE DIAGNOSTIC DE DPP PAR ENTRETIEN	25
4.3.2	CHOIX DU SCORE SEUIL	25
4.3.2.1	Score moyen	26
4.3.3	SAISONNALITE DES REPONSES A L'EPDS	26
4.4	CAS-TEMOINS	26

4.4.1	DPP ET CARACTERISTIQUES GENERALES	26
4.4.2	DPP ET CARACTERISTIQUES DE LA GROSSESSE	27
4.4.3	DPP ET PATHOLOGIES DE LA GROSSESSE	27
4.4.4	DPP ET TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT ET POST-PARTUM	27
4.4.5	DPP ET ANTECEDENT DE PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE	28
4.5	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	28
4.5.1	FORCES	28
4.5.2	LIMITES	29
5	CONCLUSION	30
	REFERENCES	31
	TABLE DES ANNEXES	33

1 Introduction

Les recommandations pour la pratique clinique du Conseil national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF), concernant le suivi des accouchées lors de la visite postnatale, affirment la nécessité d'un dépistage systématique « **des troubles psychologiques maternels, du lien d'attachement mère-enfant ainsi que de l'allaitement** » (1).

La littérature scientifique admet 10% à 20% (voire 3% à 25%) de diagnostics de dépression du post-partum (DPP), mais préconise surtout des recherches s'appuyant sur des échantillons plus conséquents (2) (3).

La DPP est la pathologie psychiatrique la plus fréquente chez les accouchées et elle est reconnue comme particulièrement invalidante pour la femme, pour les difficultés qu'elle peut engendrer sur le lien d'attachement au nouveau-né et son développement, ainsi que pour les relations avec la fratrie et le conjoint. C'est une préoccupation très prégnante dans la recherche en pédiatrie et en santé mentale (4) (5) (6) (7).

La DPP reste assez méconnue et peu appréhendée dans la pratique clinique des sages-femmes alors que ces dernières sont au cœur du dispositif de soin lors du retour à domicile à la sortie de la maternité (trois objectifs du programme PRADO de l'Assurance Maladie) (8).

En outre, la DPP expose la patiente à la survenue d'un trouble de l'humeur au cours d'une grossesse ultérieure dans 50 à 62% des cas, et constitue donc un réel problème de santé publique pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au regard de sa fréquence de survenue (9) (10).

Le dépistage clinique de la dépression du post-partum est complexe, ce qui justifie que le répertoire des maladies psychiatriques la classe dans une catégorie « *with peripartum onset* » bien spécifique à la période périnatale. En effet cette période est soumise à « *l'autocensure maternelle* », la femme touchée se refusant à admettre bien souvent ses difficultés dans ce moment qui socialement « doit » être heureux (11) (12).

Pourtant il existe un outil validé, particulièrement simple d'utilisation, qui permet de repérer les troubles thymiques en période postnatale, l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), ou questionnaire d'Edimbourg, en dix questions, établi par Cox, au Royaume Uni, en 1987 (annexe I). Il a la particularité de ne prendre en compte que des paramètres du

champ émotionnel et de ne pas évaluer les plaintes somatiques des patientes, comme l'asthénie, souvent présentes en période postnatale (13).

En France cet outil de dépistage a été considéré en premier lieu par le monde de la pédiatrie, conscient de la portée de la DPP sur le développement du nouveau-né et de l'enfant, et notamment par la pédopsychiatre Nicole Guédeney qui en a rédigé une version française, validée par Cox (annexe II). Elle a démontré une sensibilité de 80% et la spécificité de 92% de l'EPDS lorsqu'on utilise le score de discrimination positive supérieur ou égal à 11. D'autres études ont déterminé qu'un score supérieur à 12,5 était le signe d'une dépression majeure (14) (7).

La version informatisée de l'EPDS a été étudiée et démontre une acceptabilité de 97%, ce qui en fait un outil de choix et de référence recommandé par Glaze et Cox en tant qu'alternative à la forme papier du test. Le choix de passation par courriel offre également l'avantage de remplir les conditions d'efficacité et d'être applicable en pratique courante. (15).

Il semblerait que le délai d'un mois après l'accouchement soit idéal pour la passation de l'auto-questionnaire aux femmes, car Cox admet lui-même qu'une partie des manifestations de DPP échappait au dépistage lorsque celui-ci était réalisé six semaines après l'accouchement, soit lors de la visite postnatale: le cabinet médical, voire sa salle d'attente, ne remplissent d'ailleurs pas les conditions optimales d'intimité essentielles à la réponse à un auto-questionnaire (16).

En France, l'échéance du premier mois après l'accouchement est aussi synonyme de la fin des rendez-vous hebdomadaires de pesée du nourrisson, qui sont autant d'occasions d'être en contact avec des professionnels du champ de la périnatalité. La période qui suit peut donc être considérée comme vulnérable pour les accouchées.

La marche à suivre et les seuils de détection de la DPP ayant été détaillés par Cox, puis Guédeney en France, ceux-ci précisent bien toute la vigilance et l'attention nécessaires aux soignants, et notamment quant à la question numéro 10 traitant des idées suicidaires de la patiente: il est donc crucial de pouvoir orienter les patientes ayant obtenu un score élevé vers leur médecin généraliste ou les urgences psychiatriques si nécessaire.

La première étape de notre travail concerne la faisabilité du dépistage de la DPP. Dans un deuxième temps, si la faisabilité s'avérait satisfaisante, nous nous proposons de déterminer la fréquence et les facteurs de risque de DPP dans la population des accouchées finistériennes.

2 Matériel et méthode

2.1 Objectifs de recherche

2.1.1 Objectif principal

Etudier la faisabilité du dépistage des troubles de l'humeur par la passation systématique de l'auto-questionnaire EPDS, aussi appelé questionnaire d'Edimbourg, par voie de courriel, à un mois de l'accouchement.

2.1.2 Objectifs secondaires

Cette étude a également pour but d'établir la fréquence et les facteurs de risque de DPP, au sein de la population des accouchées du Finistère.

2.2 Critères de jugement

2.2.1 Critères de jugement principaux

Il s'agit de la disponibilité de l'adresse de courriel et du nombre de réponses à l'auto-questionnaire EPDS, rapporté au nombre d'accouchements sur la période de notre étude.

2.2.2 Critères de jugement secondaires

D'une part il s'agit de la fréquence de la DPP dans la population des accouchées du Finistère ayant répondu à l'auto-questionnaire, c'est-à-dire du nombre de femmes qui ont obtenu un score supérieur ou égal à 11 à l'EPDS.

D'autre part il s'agit des facteurs de risque de DPP à travers la comparaison des patientes DPP + et DPP -, grâce à l'analyse de leurs caractéristiques, à savoir les caractéristiques générales, démographiques, les antécédents médicaux, les caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement suivants: âge, origine géographique, consommation de tabac, parité, type de fécondation, grossesse unique/multiple, pathologies de la grossesse, menace d'accouchement prématuré (MAP) traitée, MAP + hospitalisation, retard de croissance intra-utérin (RCIU), diabète gestationnel, pré-éclampsie (PE), HELLP syndrome, hématome rétro-placentaire (HRP), terme de la grossesse, maturation, voie d'accouchement, intervention lors de l'accouchement, analgésie avant la naissance, modalité de la délivrance, lésions des parties molles, hémorragie du post-partum (HPP), hyperthermie en suites de couches, intervention en suites de couches, antécédents de pathologie psychiatrique, prise d'un traitement anti-dépresseur ou anxiolytique avant ou pendant la grossesse

2.3 Etude

L'étude est prospective, observationnelle de cohorte, multicentrique, avec étude cas-témoins nichée dans la cohorte.

Elle est réalisée à partir de la cohorte de l'étude de soins courants des déterminants cliniques et biologiques de l'hémorragie du post-partum (HPP) et de la maladie veineuse thrombo-embolique (MVTE), HEMOTHEPP (*Hémorragie et maladie thromboEmbolique de la grossesse et du Post-Partum*), prospective, se déroulant sur les six maternités du Finistère, depuis juin 2015, sous la direction conjointe du Dr Brigitte Pan-Petes² et du Dr Emmanuelle Le Moigne³.

La durée prévue de l'étude concernant la DPP est de trois mois, du 1^{er} novembre 2017 au 31 janvier 2018.

2.3.1 Lieux de l'étude

L'étude se déroule dans les six maternités du Finistère : le Centre hospitalier régional universitaire de Brest (CHRU) (sites de Brest et Carhaix), la Polyclinique de Keraudren à Brest, le Centre hospitalier intercommunal de Cornouaille (CHIC) à Quimper, le Centre hospitalier Ferdinand Grall de Landerneau, le Centre hospitalier des pays de Morlaix (CHPM).

Le recrutement des patientes a été réalisé selon les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude HEMOTHEPP.

2.3.2 Population

2.3.2.1 Critères d'inclusion

Toutes les patientes ayant accouché dans le Finistère, du 1^{er} octobre 2017 au 31 décembre 2017, après recueil de leur non opposition à l'étude HEMOTHEPP, et disposant d'une adresse de courriel disponible.

2.3.2.2 Critères d'exclusion

Opposition à la participation à l'étude, patientes sous tutelle ou sous curatelle, accouchement dans le secret, patiente ne disposant pas d'une adresse de courriel ou n'ayant pas répondu de manière complète au questionnaire, même après une relance de notre part.

² Praticien hospitalier, service d'hématologie, unité d'hémostase, Centre régional des troubles de l'hémostase du CHRU de Brest, EA 3878 (GETBO) CIC INSERM 1412

³ Praticien hospitalier, service de médecine interne et de pneumologie du CHRU de Brest, EA 3878 (GETBO) CIC INSERM 1412

2.3.3 Déroulement de l'étude

2.3.3.1 Outil

2.3.3.1.1 L'auto-questionnaire EPDS ou questionnaire d'Edimbourg

Il s'agit d'un questionnaire validé de dépistage des troubles de l'humeur, qui a pour atout d'être facile de compréhension.

Il comprend **dix questions** qui sont le reflet de l'humeur de la patiente, lors des sept jours qui précèdent les réponses.

Les items peuvent être classés en **deux échelles internes** :

- la première concernant les « **symptômes anxieux** » qui comprend les items 3 (qui explore la culpabilité), 4 (l'anxiété), 5 (crise de panique), 6 (incapacité morale), 7 (troubles du sommeil) et 9 (pleurs)
- la seconde concernant « **l'humeur dépressive** » avec les items 1 et 2 (anhédonie), 8 (tristesse) et 10 (idées suicidaires).

2.3.3.1.2 Cotation du score

Le score de dépistage des troubles de l'humeur de la patiente est calculé, de **zéro à trente**, sur la base d'une échelle de Likert :

- les réponses des **questions 1, 2 et 4** de l'EPDS sont cotées de zéro à trois
- les réponses des **questions 3, 5, 6, 7, 8, 9 et 10** sont cotées de trois à zéro.

Le seuil de discrimination positive de troubles de l'humeur est fixé à **11** et/ou un score **supérieur ou égal à deux à l'item 10** (tendances suicidaires), comme préconisé par Guédénéy (17).

2.3.4 Intervention

Les patientes reçoivent le questionnaire d'Edimbourg, par voie de courriel, un mois, plus ou moins un jour, après la date de leur accouchement.

Après un bref message d'introduction, l'EPDS est soumis dans le corps de mail (annexe V).

Les patientes sont ensuite invitées à renvoyer le message directement à l'expéditeur (caroline1.cornec@chu-brest.fr ou etude.hemothepp@chu-brest.fr).

Elles sont également informées d'un contact médical (téléphone) à leur disposition, assuré par le Docteur Emmanuelle Le Moigne.

A réception du retour de courriel, nous effectuons une cotation du score (annexe II) de la patiente afin de déterminer si elle remplit les critères DPP + ou DPP - .

Les patientes présentant un score élevé, ou un score élevé à l'item n°10 (idées suicidaires), sont aussitôt recontactées par le Docteur Emmanuelle Le Moigne afin de s'assurer du réseau de soins (médecin traitant, psychologue, psychiatre) disponible et adéquat pour la patiente.

Nous ne fixons aucun délai de réponse aux patientes et décidons d'arrêter la réception des réponses le **8 février 2018**.

2.3.5 Cas-témoins

2.3.5.1 Définition des cas

Les cas (**DPP +**) sont représentés par les femmes admises dans l'étude HEMOTHEPP selon les critères d'inclusion et d'exclusion, ayant répondu et fait retour du questionnaire EPDS un mois après l'accouchement et présentant un score **supérieur ou égal à 11** et/ou **supérieur ou égal à deux à l'item 10** (tendances suicidaires), par application du seuil critique déterminé par Guédeney.

2.3.5.2 Définition des témoins

Les témoins (**DPP -**) sont représentés par les femmes admises dans l'étude HEMOTHEPP selon les critères d'inclusion et d'exclusion, ayant fait retour du questionnaire EPDS un mois après l'accouchement et présentant un score **strictement inférieur à 11**, et **inférieur à deux à l'item 10**, par application du seuil critique déterminé par Guédeney.

2.4 Aspects réglementaires et éthique

2.4.1 Information des patientes

Les patientes sont informées durant leur grossesse ou à l'arrivée en salle de naissance le jour de l'accouchement, par le biais d'un document d'information (annexe III) et d'un formulaire de non opposition (annexe IV) à l'étude HEMOTHEPP.

Seules les patientes répondant aux critères et n'ayant pas manifesté leur opposition sont incluses dans l'étude.

2.4.2 Ethique

Dans le cadre de l'étude HEMOTHEPP, les paramètres cliniques des patientes sont recueillis par les techniciens de recherche clinique du Centre d'investigation clinique (CIC) et du réseau RIMBO (Recherche innovation médicale en Bretagne occidentale) du CHRU ainsi que les sages-femmes de l'hôpital de Carhaix, à partir du dossier médical et d'entretiens avec les patientes, et saisis informatiquement par les secrétaires du CIC.

Tous les investigateurs sont soumis au secret professionnel. Les données cliniques sont rendues anonymes par l'utilisation d'un numéro d'inclusion. L'étude a reçu l'autorisation de la

Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) pour le traitement des données à caractère personnel, ainsi que l'avis du Comité de protection des personnes (CPP) Ouest 6 en date du 5 juin 2014.

Le comité scientifique de l'étude HEMOTHEPP a considéré que, d'une part la dépression du post-partum était susceptible de compliquer les pathologies étudiées dans HEMOTHEPP (HPP et MVTE), d'autre part les patientes étaient informées d'un recontact concernant « *les problèmes de santé éventuellement rencontrés après l'accouchement* ». Le comité scientifique a considéré qu'un contact supplémentaire par mail ne modifiait pas de façon significative la nature de la participation des femmes à l'étude (aucun soin thérapeutique supplémentaire) et ne nécessitait pas un nouvel avis du CPP. Cependant, une nouvelle évaluation, concernant la pertinence d'une information spécifique et tenant compte des remarques éventuelles des femmes concernées, est proposée après cette étude ancillaire préliminaire définie dans le temps, d'une durée de trois mois. Cela nous permettra de documenter et argumenter des questions restées en suspens pour une demande d'avis du CPP.

2.4.3 Tests statistiques

Une description des caractéristiques des patientes incluses sera réalisée: fréquence et pourcentage pour les variables qualitatives, effectif, moyenne, écart-type, médiane, quartiles, minimum et maximum pour les variables quantitatives.

Pour chacun des facteurs de risque potentiels, une analyse univariée sera réalisée, par comparaison de moyennes (test de Student ou de Wilcoxon) ou de distributions (test du Chi² ou de Fisher) des patientes de notre population d'étude (DPP + et DPP -).

Les analyses statistiques seront réalisées avec le logiciel SAS Version 9.4, au risque de première espèce *alpha* de 5%.

3 Résultats

3.1 Diagramme de flux

Durant la période du 1^{er} novembre 2017 au 31 janvier 2018 (trois mois), nous avons disposé de **930** courriels, après application des critères d'inclusion et d'exclusion, et nous avons reçu **283** réponses des patientes.

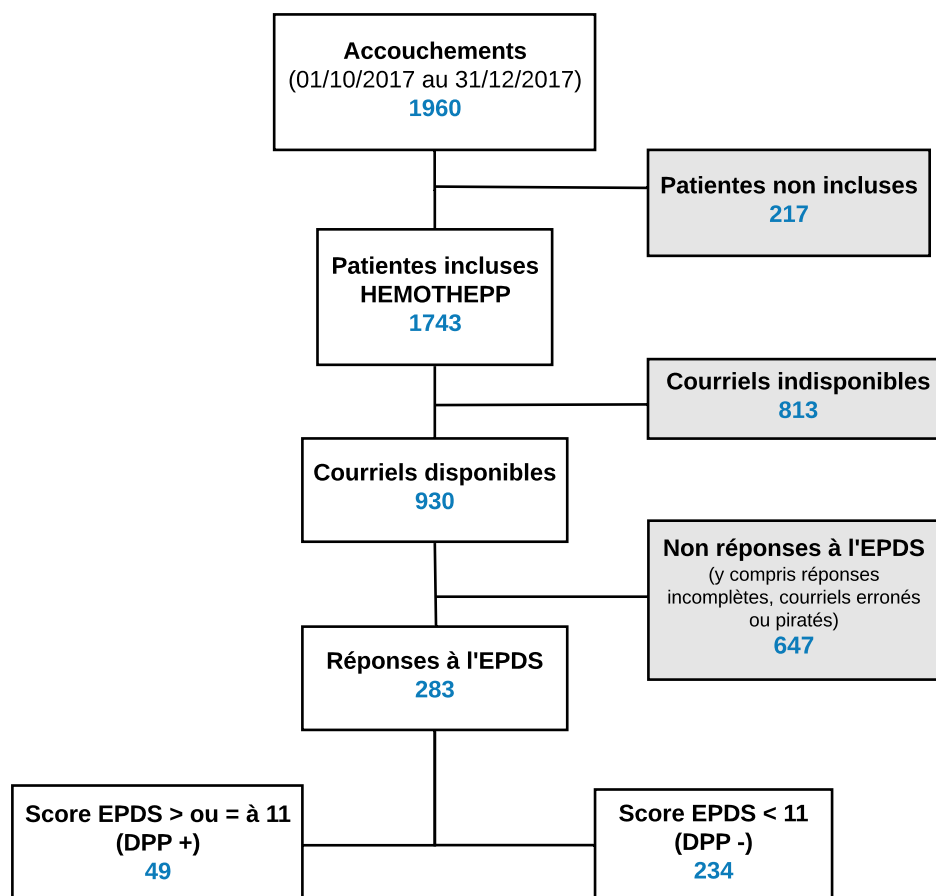


Figure 1 - Diagramme de flux

3.2 Caractéristiques de la population étudiée

Nous n'avons pas pu comparer notre population d'étude, c'est-à-dire les patientes qui ont répondu au questionnaire, à la cohorte des patientes de l'étude HEMOTHEPP encore en cours.

Nous avons donc choisi de comparer les caractéristiques de notre population d'étude aux caractéristiques de la population de la dernière Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2016, réalisée sur tout le territoire français, sur une cohorte de 13 894 femmes et aux données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) de 2016 de l'Agence

technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour les données sur l'HPP (18) (annexe VI, tableaux 1 à 5).

3.2.1 Caractéristiques générales de la population de l'étude (tableau 1)

Les caractéristiques générales de la population de notre étude sont comparables pour l'âge et le tabagisme aux caractéristiques reportées dans l'ENP.

Une seule différence notable, l'origine géographique des patientes: 3,2% pour notre population d'étude, 14,1% pour la population de ENP.

3.2.2 Caractéristiques gravidiques et obstétricales (tableau 2 – 3 – 4)

Les caractéristiques de la grossesse de notre population d'étude, ainsi que les pathologies gravidiques étaient comparables aux caractéristiques de la population d'étude de l'ENP, en particulier la parité.

Les caractéristiques du travail d'accouchement sont elles aussi comparables à celles retrouvées dans l'ENP. A noter tout de même 24% de délivrance artificielle et/ou révision utérine dans notre effectif contre 7,3% dans l'effectif de l'ENP.

La survenue d'une HPP dans notre population d'étude avoisine les 4,5%, ce qui est exactement le chiffre recensé par le PMSI en 2016.

Nous aurions souhaité analyser la variable de la durée d'accouchement chez les patientes mais il existait trop de données manquantes à ce sujet.

3.2.3 Antécédents psychiatriques (tableau 5)

Seules trois patientes de notre population d'étude (1,1%) avaient déjà eu recours, par le passé ou pendant leur grossesse, à un traitement anti-dépresseur. Nous ne pouvons comparer ces chiffres à ceux de l'ENP car ils ne sont pas disponibles.

3.3 Objectif principal: faisabilité du dépistage de la DPP par voie de courriel

3.3.1 Disponibilité des courriels et réponses exploitables

Nous avons disposé de **930** mails sur la période de notre étude ce qui correspond quasiment à la moitié des accouchées du territoire. Nous avons reçu **283** réponses exploitables (30,4% des courriels envoyés et 14,4% des accouchées du territoire) réparties comme suit.

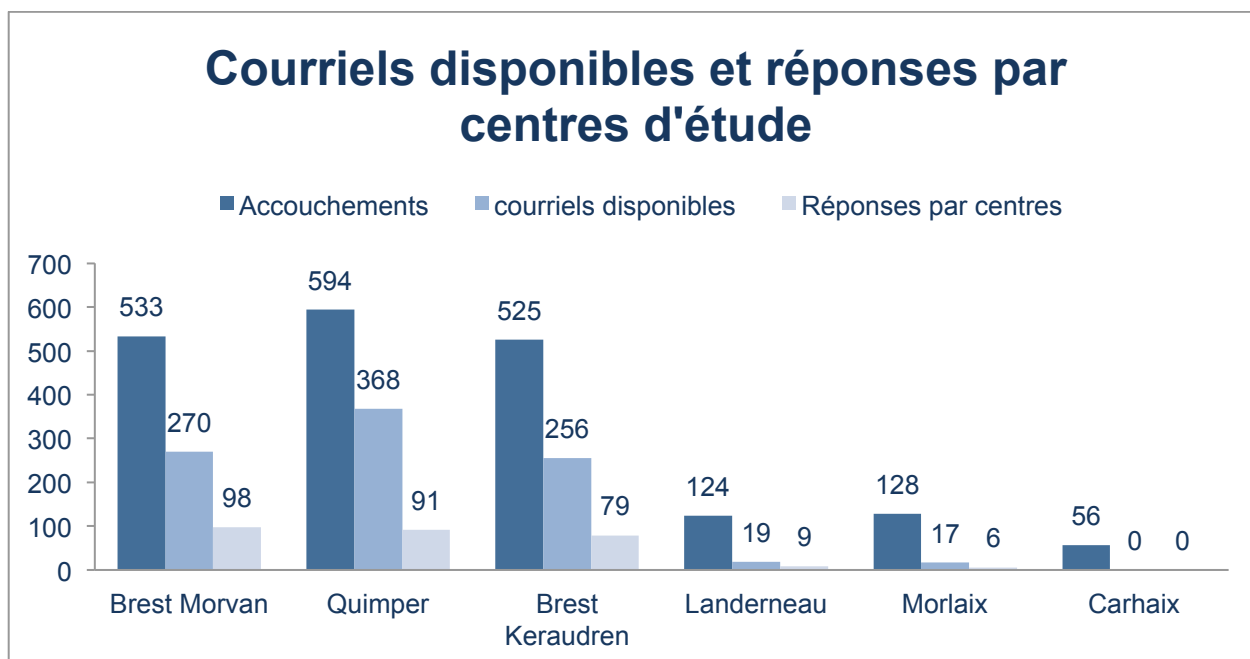


Figure 2 - Nombre d'accouchements, disponibilité et réponses aux courriels

3.3.2 Délai et saisonnalité des réponse des patientes (annexe VI – figures 3 et 4, tableau 6)

Le temps moyen de réponse est d'environ **cinq jours** (4,94) (annexe VI – tableau 6), avec un délai minimal pour des réponses le jour même de l'envoi du questionnaire, et un délai de retour de courriel maximal de 19 jours.

3.3.2.1 Saisonnalité des réponses

3.3.2.1.1 Jours de la semaine (annexe VI – figure 3)

Une réponse sur cinq au questionnaire a été renvoyée le mercredi tandis que le dimanche est le jour où le taux de réponses a été le plus faible (7,7%).

3.3.2.1.2 Semaines d'étude (annexes VI – figure 4)

3 semaines d'étude (semaines 48, 2 et 3) concentrent plus d'un tiers (**34%**) des réponses au questionnaire. Les semaines 44 et 5 de début et de fin d'étude concentrent le nombre le plus faible de réponses (neuf réponses cumulées), de même que les semaines **46, 47, 52** et **1** cumulent 49 réponses.

3.3.2.1.3 Scores élevés par semaines d'étude (annexe VI – figure 4)

Nous remarquons une forte proportion de scores élevés concentrés sur 2 semaines d'études (semaines 2 et 3) avec 18 patientes DPP + pour 65 réponses au total : ce qui représente une fréquence de 27,6% de DPP lors de cette courte période.

3.3.3 Réponses non exploitables

Ont été considérées comme non exploitables, les réponses incomplètes, même après une relance de notre part: elles étaient au nombre de deux, auxquels s'ajoutent 21 mails erronés ou piratés.

A noter aussi un refus exprimé par courriel, d'une patiente de répondre car elle estimait être influencée par l'hospitalisation de son enfant. Une autre patiente a exprimé ses difficultés pratiques à répondre au questionnaire.

3.4 Fréquence de la DPP

49 patientes ont présenté un score supérieur ou égal à 11 et sont donc considérées DPP +, soit **17,2%** de la population de notre étude.

La DPP majeure, soit un score supérieur ou égal à 12,5, concerne **31** femmes de notre étude soit environ les **deux tiers** des scores élevés, et **10,9%** des patientes qui ont répondu à notre sollicitation.

3.4.1 Score à l'EPDS

Le score moyen était de **6,4**, tandis que les scores étaient compris entre **zéro** et **25**.

3.5 Cas-témoins (annexe VI – tableaux 7 à 11)

Outre la possibilité d'établir la fréquence de la DPP dans la population des accouchées du Finistère, l'objectif secondaire de notre étude était de mettre en évidence des facteurs de risque de DPP.

3.5.1 DPP et caractéristiques générales (tableau 7)

Les patientes de notre population (DPP + et DPP –) ont les mêmes caractéristiques en ce qui concerne l'origine géographique et le tabagisme, mais les patientes DPP + sont pour les trois quarts âgées de moins de 35 ans.

Il existe surtout une différence statistiquement significative concernant l'âge moyen, la DPP survenant chez les femmes plus jeunes ($p = 0.009$).

3.5.2 DPP et caractéristiques obstétricales (tableau 8)

57,1% des DPP + étaient des primipares soit 17% de plus que les patientes DPP –.

La totalité des patientes DPP + avait accouché d'un singleton.

3.5.3 DPP et pathologies de la grossesse (tableau 9)

4,1% des patientes DPP + avaient manifesté une pré-éclampsie pendant leur grossesse.

3.5.4 DPP et caractéristiques de l'accouchement et du post-partum (tableau 10)

18,4% des patientes DPP + avaient subi une césarienne d'urgence, contre 8,5% pour les DPP – : ce taux est significativement plus élevé chez les patientes DPP + ($p = 0,041$).

4,1% des patientes DPP + ont manifesté une HPP sévère, c'est-à-dire des pertes sanguines supérieures ou égales à 1000 cc, contre 1,7% des patientes DPP – : toutefois l'échantillon réduit ne nous permet pas de conclure à un lien entre HPP sévère et DPP.

Nous regrettons ne pas avoir pu disposer d'éléments concernant le nouveau-né et notamment sa viabilité ou son éventuelle orientation vers un service de néonatalogie. Le cahier de recueil de données simplifié de l'étude HEMOTHEPP ne contenait plus ces informations au moment du déroulement de notre étude.

3.5.5 DPP et antécédents psychiatriques (tableau 11)

Une seule patiente DPP + avait déjà pris un traitement anti-dépresseur par le passé ou pendant leur grossesse, contre deux patientes DPP –.

4 Discussion

4.1 Représentativité de l'étude

Notre étude a été réalisée de manière prospective sur une cohorte de **283** patientes répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion.

Nous avons comparé notre panel à l'effectif de l'ENP de 2016, et aux données du PMSI de 2016 de l'ATIH pour ce qui est de l'HPP, afin de nous appuyer sur des données épidémiologiques récentes et représentatives des accouchées.

4.1.1 Origine géographique

Il existe un écart d'effectif des femmes d'origine étrangère qui ne représentent que 3,2% de notre effectif contre 14,1% pour l'ENP. Notre population est donc à l'image de la population régionale bretonne (2,9% d'immigrés en 2011) et reste toujours bien en dessous de chiffres de l'immigration au niveau national (8,7%) (19).

4.1.2 Hospitalisation

L'ENP recense les séjours hospitalisations, toutes durées confondues, tandis que nous avons relevé les séjours supérieurs ou égaux à trois jours, ce qui pourrait expliquer la différence marquée entre le taux d'hospitalisation élevé des patientes de l'ENP (18,1%) et celui moindre des patientes de notre étude (5,7%).

4.1.3 RCIU

Nous constatons une sous représentation des grossesses marquées par un RCIU dans notre étude, peut-être du fait de la difficulté de distinguer un RCIU d'un Petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) pendant la grossesse à la seule lecture des dossiers, *a fortiori* quand le nouveau-né avait ensuite un poids normal à la naissance. Il s'agit donc probablement d'une différence de recensement de la pathologie plus que d'un biais de non représentativité.

4.1.4 Diabète gestationnel

13,5% des patientes de notre étude ont manifesté un diabète gestationnel contre 10,8% des patientes incluses dans l'ENP, alors même que la prévalence moyenne nationale en 2011 était de 6,4% (Santé Publique France, 2015). Cela pourrait s'expliquer par des différences d'origine géographique des patientes même si nous ne pouvons le décrire en l'état actuel de notre étude.

4.2 Principaux résultats

4.2.1 Faisabilité

4.2.1.1 Disponibilité des adresses de courriels

L'originalité de notre travail réside dans l'usage du courriel comme *medium* de recontact pour le dépistage de la DPP, ce qui simplifie et rend rapides et confidentiels les échanges avec les patientes.

Notre étude s'est appuyée sur le déploiement de techniciens de recherche, au sein de cinq maternités sur six de l'étude, ce qui a permis un contact direct avec les patientes afin de recenser leur adresse de courriel.

La HAS recommande le recontact et l'usage du courriel des patients, par exemple pour des enquêtes de satisfaction après des séjours de plus de 48 heures en service de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) (dispositif e-Satis®) ; nous avons nous-mêmes constaté que ce recensement du courriel tend à se développer dans les établissements de soin du Finistère.

Toutefois nous devons admettre qu'une grande partie des courriels des patientes étaient enregistrés par les techniciens de recherche dans le cadre de l'étude HEMOTHEPP. Cela explique que la disponibilité des courriels était inégale selon les centres, en fonction de la présence plus ou moins permanente de l'équipe de recherche sur place.

A titre d'exemple, le fichier informatique de recueil de données n'était pas mis à jour de manière égale: nous n'avons donc disposé des mails du centre 5 (CHPM) qu'à partir du 12 novembre 2017 soit neuf patientes non contactées car le délai de passation du questionnaire n'était pas respecté, et de ceux du centre 2 (CHIC) qu'à partir du 22 novembre 2017 soit 133 patientes non contactées pour la même raison.

4.2.1.2 Modalités pratiques du questionnaire numérique

4.2.1.2.1 Modalités d'envoi

Même si l'usage pratique du courriel présente l'avantage indéniable d'un envoi et d'échanges instantanés avec les patientes, la veille numérique permanente est essentielle à ce type d'étude et doit donc mobiliser l'attention des professionnels qui y prennent part. La programmation automatique de l'envoi des mails serait une amélioration possible à apporter et qui rendrait envisageable l'organisation systématique du dépistage de la DPP par les établissements de soins.

4.2.1.2.1 Modalités de réponses

Malgré nos tentatives, il n'a pas été possible de créer un modèle de questionnaire interactif permettant la réponse des patientes directement dans le corps de courriel, en évitant les

problèmes de compatibilité de logiciels informatiques. Nous avons néanmoins expliqué les modalités de réponses aux patientes en introduction du questionnaire.

Cela a constitué un obstacle à la réponse de deux patientes qui ne nous ont finalement pas répondu.

Nous tenons également à souligner que les patientes se sont saisies de l'opportunité d'un moyen de contact avec l'établissement de soin où elles ont accouché: nous avons retranscrit leurs remarques, ainsi que la teneur des échanges lors des recontacts suite à la détection de scores élevés. Cet élément doit encourager la vigilance des professionnels de la périnatalité et la permanence d'un contact avec les accouchées en post-partum (annexe VII).

4.2.2 Taux de réponse au questionnaire d'Edimbourg

Il était de **30,4%** soit 283 courriels pour 930 courriels envoyés (909 courriels fonctionnels).

Il faut rappeler que les patientes n'ont pas eu d'explications spécifiques, en amont, au sujet du questionnaire d'Edimbourg qui allait leur être passé un mois après leur accouchement. Ce chiffre d'environ une femme sur trois correspond donc au volontariat des patientes de répondre à notre sollicitation.

Il est difficile de trouver des modèles d'étude comparables dans le domaine puisque ce recontact numérique constituait une des particularités de notre étude. A notre sens aucune étude en France n'a utilisé de recontact patientes par courriel ou par voie de courrier postal.

A l'échelle internationale, une étude de faisabilité américaine, également basée sur le volontariat de réponse au questionnaire d'Edimbourg, recrutait ses patientes via des publicités en ligne et prévoyait une participation à un tirage au sort pour gagner des bons d'achats pour les patientes incluses dans l'étude. Ce principe de recrutement n'a permis d'inclure que 183 patientes sur 15 mois (20).

Il semble clair que les tentatives d'élargir le dépistage des troubles de l'humeur grâce aux nouvelles technologies se multiplient ce qui doit encourager les initiatives telles que notre étude. Un travail dirigé par deux praticiens de la Mayo Clinic (USA) a étudié la faisabilité du dépistage des troubles de l'humeur chez le jeune enfant par l'envoi de courriels aux parents. Ils ont obtenu une réponse pour 58,5% des envois, soit quasiment le double de notre taux de réponse. Il serait pertinent de réfléchir aussi à la faisabilité de l'envoi de SMS⁴ pour le dépistage de la DPP par auto-questionnaire: le numéro de téléphone est une donnée actuellement recensée et donc disponible. En ce sens une autre étude américaine a utilisé le téléphone à travers l'utilisation d'une boîte vocale pour dépister la dépression périnatale :

⁴ SMS : *Short Message Service*

même si l'échantillon était réduit (54 participantes) l'acceptabilité de ce *medium* de contact dans le dépistage de la dépression périnatale était de 90% (21) (22).

4.3 Fréquence de la dépression du post-partum

Dans notre étude, nous obtenons une fréquence de scores élevés (strictement supérieurs à 11), de **17,3%** soit 49 femmes ayant répondu à l'EPDS qui leur a été soumis par mail un mois après l'accouchement. La DPP affecte entre trois et 25% des accouchées, selon les données de la littérature.

Dans la littérature ce large écart s'explique par plusieurs facteurs influençant le score et le dépistage de la DPP. Pouvons-nous considérer qu'une accouchée souffre de DPP grâce au seul score de l'EPDS ? Devons-nous considérer que le l'entretien avec un professionnel de santé est nécessaire à la confirmation du diagnostic de DPP ?

4.3.1 Validation de diagnostic de DPP par entretien

Même si le questionnaire d'Edimbourg est l'outil le plus largement utilisé pour le dépistage des troubles thymiques en post-partum, les scores ne sauraient être interprétés sans précaution. En effet, le questionnaire comprend des items concernant non seulement l'humeur dépressive mais également les troubles anxieux. Il ne nous pas été possible de faire un travail analytique de chaque item du questionnaire: cela reste une perspective intéressante pour préciser davantage les scores des accouchées de notre population d'étude et proposer une aide pertinente aux patientes (23).

Notre étude prévoyait un contact médical des femmes aux scores élevés, ou qui le nécessitait de leur propre initiative, comme préconisé par Cox et Holden (16). Cette disposition a permis d'encourager les patientes concernées à consulter leur médecin généraliste, mais également à leur assurer un maillage disponible sur le territoire de soins (difficultés d'allaitement etc), même s'il ne nous a pas été possible de mesurer si le diagnostic de DPP avait été confirmé ultérieurement par un professionnel de santé.

Si ce dépistage numérique venait à se généraliser, l'idéal serait bien entendu d'adresser les femmes ayant obtenu un score élevé vers un médecin, généraliste ou psychiatre, rompu à l'entretien semi-structuré.

4.3.2 Choix du score seuil

Nous avons tout naturellement opté pour le score déterminé par l'étude de validation de l'EPDS en version française de Guédénéy; ce score fixé à 11 pourrait expliquer en partie que les scores élevés représentent plus de 17% des femmes.

En effet la majorité des études anglo-saxonnes ont choisi de conserver le seuil de 12,5 choisi par Cox à l'origine de la validation du questionnaire.

Dans leur étude Teissède et Chabrol ont déterminé le seuil de 12,5 comme étant le signe d'une dépression majeure, différent donc du *cut off score* de Guédeney de 10,5, et réaffirment la nécessité de pouvoir classer graduellement les différentes manifestations de DPP chez les patientes. Leur étude a tout de même la limite de ne se dérouler que sur des établissements de soins privés, contrairement à notre étude qui englobe tous les niveaux de maternités publiques et privées du territoire (7).

La DDP majeure concerne **31** femmes de notre étude soit environ les **deux tiers** des scores élevés et **10,9%** des patientes qui ont répondu à notre sollicitation. Ce seul score d'**une accouchée sur dix** exige le maximum de vigilance en post-partum et nous conforte dans notre initiative de dépistage systématique des accouchées.

4.3.2.1 Score moyen

Le score moyen de notre étude est de **6,4** ce qui correspond au score moyen de l'étude de Teissède et Chabrol (effectif de 859 accouchées), mais est bien inférieur à celui de l'étude de validation de l'EPDS de Guédeney (effectif de 87 mères), de 9,78, mais cette étude admet un biais de sélection volontaire des patientes (patientes « *probablement dépressives* » pour un recrutement plus rapide) (7) (17).

4.3.3 Saisonnalité des réponses à l'EPDS

Les deux semaines qui débutent et closent notre étude sont des semaines incomplètes: en effet nous avons effectué les premiers envois de courriels le 1^{er} novembre 2017 et arrêté la réception des réponses au questionnaire le 8 février 2018 (pour des derniers envois le 31 janvier 2018): il est donc logique qu'elles concentrent moins de réponses de patientes.

De même les semaines 46, 47, 52 et 1 correspondent aux vacances scolaires de notre zone académique: il semble donc logique que les patientes aient eu d'autres préoccupations et moins d'attention à l'envoi de courriels, en particulier lors des fêtes de fin d'année.

Nous remarquons d'ailleurs que ces semaines sont suivies de semaines de fort taux de réponses, puisque nous n'avons fixé aucun délai de réponse. Cela nous encourage à ne pas limiter le délai de réponse afin de créer l'opportunité d'un moyen d'expression et d'un espace d'échanges au moment voulu par les patientes.

4.4 Cas-témoins

4.4.1 DPP et caractéristiques générales

Les patientes DPP + sont statistiquement plus jeunes que les patientes DPP -. Il existe un écart d'âge moyen de deux ans: 30,1 ans pour les patientes DPP + et 32,2 ans pour les patientes DPP -.

4.4.2 DPP et caractéristiques de la grossesse

Il semblerait que les patientes primipares soient plus vulnérables à la DPP (57,1%) et qu'être une grande multipare (quatre enfants ou plus) protège de la DPP (aucune patiente DPP +).

Une récente étude japonaise établit le lien entre les pathologies gynécologiques préconceptionnelles (endométriose, syndrome des ovaires polykystiques...) et la manifestation d'une DPP. Dans notre étude nous retrouvons qu'une patiente sur dix DPP + a eu recours à une technique d'AMP, même si celle-ci n'est pas détaillée, mais il n'existe pas de différence significative avec le taux d'AMP chez les patientes DPP -. Au regard de sa fréquence, le recours à l'AMP est une réalité que les professionnels de la périnatalité doivent prendre en considération y compris dans le dépistage de la DPP (24).

4.4.3 DPP et pathologies de la grossesse

La fréquence des patientes DPP + (4,1%) ayant manifesté une pré-éclampsie (PE) pendant leur grossesse est quatre fois plus importante que dans la population des patientes DPP - (0,9%): sous réserve d'un petit nombre de patientes concernées dans notre population d'étude, il semble que la fréquence de la PE pendant la grossesse soit plus importante chez les femmes DPP + (4.1%) que chez les femmes DPP - (0.9%). La grossesse à haut risque marquée par une PE constitue donc un facteur à prendre en considération par les professionnels de santé comme le montre une étude irano-australienne associant la grossesse pathologique et la survenue de DPP, même si elle ne peut conclure à un facteur de risque indépendant de DPP (25).

Dans notre étude, l'hospitalisation de plus de trois jours ne semble pas être pas un facteur de risque de DPP, même s'il nous est difficile de confirmer cette tendance étant donné l'échantillon réduit. Il serait plutôt communément admis que l'hospitalisation ne favorise pas l'état psychologique maternel mais nous ne pouvons conclure qu'elle constitue un facteur prédisposant à la DPP.

Si la moitié des patientes DPP + ont manifesté une pathologie gravidique, c'est-à-dire un événement significatif ayant nécessité un traitement pendant leur grossesse, il faudrait préciser cette tendance en identifiant, sur un échantillon plus large et en les détaillant, les pathologies gravidiques associées au risque de DPP.

4.4.4 DPP et travail d'accouchement et post-partum

Sous réserve du petit nombre de césariennes en urgence étudiées (29 patientes), il existe un risque significativement plus élevé de DPP chez ces accouchées: 18,4% de césariennes en urgence chez les femmes présentant une DPP versus 8,5% chez les patientes DPP - ($p = 0.041$). Une méta-analyse de 2017 préconise d'ailleurs davantage d'études de grande

ampleur pour définir si le type de césarienne influe sur le risque de développer une DPP (26).

Un quart des patientes DPP + ont subi une délivrance artificielle ou révision utérine. Même si le taux de délivrance artificielle ou de révision utérine reste le même chez les patientes DPP –, il serait opportun de regarder les chiffres de l'effectif global de l'étude HEMOTHEPP dès que ces données seront disponibles et en évaluer son éventuel lien avec la DPP. Il apparaît logique que ces manœuvres invasives, surtout après un accouchement voie basse, soient susceptibles d'impacter le vécu de leur accouchement par les patientes.

Sous réserve d'un effectif réduit consécutif à la rareté de l'évènement, la part des patientes ayant subi une HPP sévère (pertes supérieures ou égales à 1000 cc) est 2,5 fois plus importante chez les patientes DPP + que chez les patientes DPP –. Cela conforte cependant le lien entrevu dans la littérature entre l'HPP et le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) chez l'accouchée voire son conjoint (27).

4.4.5 DPP et antécédent de pathologie psychiatrique

Puisque la DPP récidive dans 50 à 62% des cas, nous aurions pu nous attendre à davantage de patientes DPP + avec des antécédents psychiatriques, or cela concerne seulement une patiente qui avait déjà pris ou prenait un traitement anti-dépresseur. Il faudrait bien entendu poursuivre cette analyse avec des échantillons permettant des statistiques pertinentes et significatives (9).

Nous pouvons aussi envisager une sous déclaration des antécédents de dépression au cours du suivi de grossesse car certaines patientes, contactées après constatation d'un score élevé au questionnaire, font état d'antécédents de dépression et de traitements psychotropes antérieurs à la grossesse et qui ne figuraient pas dans leur dossier.

4.5 Forces et limites de l'étude

4.5.1 Forces

A travers cette étude préliminaire, nous avons eu la confirmation de la faisabilité et de l'exigence du dépistage de la DPP au vu de la fréquence de la pathologie. L'intérêt clinique est indéniable à la fois pour les patientes, mais aussi pour les professionnels puisque c'est l'occasion d'une collaboration pluridisciplinaire et d'une amélioration des pratiques.

Porter une attention à la pathologie de la DPP est une exigence professionnelle lorsque l'on constate que 23,6% des patientes de la cohorte de l'ENP ont déclaré qu'il leur était arrivé de vivre au cours de leur grossesse « *une période d'au moins deux semaines consécutives pendant laquelle elles se sentaient tristes, déprimées, sans espoir* » (questionnaire auto-administré de l'ENP) et 18,2% des patientes admettent avoir vécu « *une période d'au moins*

deux semaines pendant laquelle elles avaient perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui leur donnent habituellement du plaisir» (questionnaire auto-administré de l'ENP): c'est au total un tiers des femmes enceintes qui manifestent des symptômes dépressifs.

Grâce à la cohorte des patientes, nous sommes également parvenus à identifier des facteurs de vulnérabilité à la DPP, à savoir l'âge et la voie d'accouchement (césarienne en urgence).

4.5.2 Limites

Malgré la pertinence de poursuivre le dépistage systématique de la DPP, il semble aujourd'hui difficile de transposer une telle pratique en clinique: les contraintes existant ne permettent pas aux professionnels de dégager le temps nécessaire à l'envoi, la réception (cotation en temps réel) et l'analyse des questionnaires des accouchées tel que nous l'avons réalisé pour notre étude.

Toutefois poursuivre l'étude en l'état permettrait un recrutement plus important de patientes et de mettre particulièrement l'accent sur les facteurs de risques de DPP: en effet, aujourd'hui nos conclusions sont limitées sur le plan statistique par la faiblesse de l'échantillon (pathologies gravidiques et accouchement).

Enfin nous aurions souhaité évaluer le suivi des patientes dépistées par l'auto-questionnaire et identifier leur parcours de soin suite à notre recontact.

5 Conclusion

Notre étude avait pour but d'étudier la faisabilité du dépistage de la DPP par voie de courriel, ainsi qu'établir la fréquence et les facteurs de risque de la DPP.

Ce travail préliminaire, défini dans le temps, nous a permis de contacter 47,5% des accouchées de la période dans le Finistère, soit 930 patientes, et nous avons obtenu 283 réponses (30,4%) pour une fréquence de DPP de 17,3% ; une femme sur dix présentait une dépression majeure. Notre population est donc comprise dans la fourchette haute de fréquence de la DPP : son dépistage et son traitement doivent être considérés comme une priorité des acteurs de la périnatalité au vu de ses enjeux sur la dyade mère-enfant.

La vulnérabilité à la DPP est principalement marquée par l'âge de l'accouchée et sa voie d'accouchement (césarienne en urgence pour 18,2% des DPP +).

Il semble aujourd'hui difficile de proposer un dépistage systématique de la DPP en pratique courante à cause de contraintes organisationnelles; toutefois la poursuite de l'étude en l'état est souhaitable principalement pour définir plus précisément les facteurs de risque de DPP avec un effectif plus important.

Il est enfin primordial de renforcer le réseau de soins pluridisciplinaire qui pourrait répondre au besoin des patientes vulnérables, à savoir les sages-femmes, les obstétriciens, les psychiatres mais aussi les professionnels de la pédiatrie qui rappelons-le ont été les premiers à alerter des conséquences d'une DPP sur le lien d'attachement.

REFERENCES

1. Sénat M-V, Sentilhes L, Battut A, Benhamou D, Bydlowski S, Chantry A, et al. Postpartum practice: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* juill 2016;202:1-8.
2. O'hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry.* 1 janv 1996;8(1):37-54.
3. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol.* nov 2005;106(5 Pt 1):1071-83.
4. Guédeney A, Allilaire J-F. Interventions psychologiques en périnatalité. Paris, France: Masson; 2001. xv+249.
5. Martins C, Gaffan EA. Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: a meta-analytic investigation. *J Child Psychol Psychiatry.* sept 2000;41(6):737-46.
6. Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* août 2000;20(5):561-92.
7. Teissedre F, Chabrol H. [A study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) on 859 mothers: detection of mothers at risk for postpartum depression]. *L'Encéphale.* août 2004;30(4):376-81.
8. ameli.fr - Prado : Le programme d'accompagnement du retour à domicile [Internet]. [cité 14 avr 2017]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-alpes-de-haute-provence/nos-actions-de-prevention/le-programme-d-accompagnement-du-retour-a-domicile_alpes-de-haute-provence.php
9. Altshuler LL, Hendrick V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 Suppl 2:29-33.
10. MATERNAL MENTAL HEALTH - mmh&chd_chapter_4.pdf [Internet]. [cité 23 juill 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh&chd_chapter_4.pdf
11. American psychiatric association, éditeur. DSM-5: diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington (D. C.)etc., Etats-Unis d'Amérique, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord: American Psychiatric Publishing, cop. 2013; 2013. xlv+947.
12. Guedeney N, Jeammet P. Dépressions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique, Summary. *Devenir.* 2001;13(3):51-64.
13. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* juin 1987;150:782-6.

14. Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* 1998;13(2):83-9.
15. Glaze R, Cox JL. Validation of a computerised version of the 10-item (self-rating) Edinburgh Postnatal Depression Scale. *J Affect Disord.* juin 1991;22(1-2):73-7.
16. Cox J, Holden J. Perinatal mental health: a guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). London, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord: Gaskell Royal College of Psychiatrists; 2003. x+125.
17. Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* 1998;13(2):83-9.
18. ENP2016_rapport_complet.pdf [Internet]. [cité 16 févr 2018]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
19. Les immigrés en Bretagne : des profils qui se diversifient fortement - Insee Analyses Bretagne - 19 [Internet]. [cité 28 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285796>
20. Le H-N, Perry DF, Sheng X. Using the internet to screen for postpartum depression. *Matern Child Health J.* mars 2009;13(2):213-21.
21. Hunter LR, Lynch BA. Impact of implementing mental health screening by mail with a primary care management model. *J Prim Care Community Health.* 1 janv 2014;5(1):9-13.
22. Kim H, Bracha Y, Tipnis A. Automated depression screening in disadvantaged pregnant women in an urban obstetric clinic. *Arch Womens Ment Health.* 2007;10(4):163-9.
23. Boyd RC, Le HN, Somberg R. Review of screening instruments for postpartum depression. *Arch Womens Ment Health.* sept 2005;8(3):141-53.
24. Muchanga SMJ, Yasumitsu-Lovell K, Eitoku M, Mbelambela EP, Ninomiya H, Komori K, et al. Preconception gynecological risk factors of postpartum depression among Japanese women: The Japan Environment and Children's Study (JECS). *J Affect Disord.* 1 août 2017;217:34-41.
25. Akbarzadeh M, Khajehei M. High-risk pregnancy: effects on postpartum depression and anxiety, and health of newborns. *Br J Midwifery.* 1 janv 2012;20:105-13.
26. Xu H, Ding Y, Ma Y, Xin X, Zhang D. Cesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2017;97:118-26.
27. Ricbourg A, Gosme C, Gayat E, Ventre C, Barranger E, Mebazaa A. Emotional impact of severe post-partum haemorrhage on women and their partners: an observational, case-matched, prospective, single-centre pilot study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1 oct 2015;193:140-3.

TABLE DES ANNEXES

FIGURE 1 - DIAGRAMME DE FLUX	17
FIGURE 2 - NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS, DISPONIBILITE ET REPONSES AUX COURRIELS	19
<u>ANNEXE I: AUTO-QUESTIONNAIRE EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE</u>	34
<u>ANNEXE II: VERSION FRANÇAISE DE L'EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS) OU QUESTIONNAIRE D'EDIMBOURG ET ECHELLE DE LIKERT POUR COTATION</u>	36
<u>ANNEXE III: DOCUMENT D'INFORMATION HEMOTHEPP</u>	38
<u>ANNEXE IV: FORMULAIRE DE NON OPPOSITION A L'ETUDE HEMOTHEPP</u>	39
<u>ANNEXE V: COURRIEL DE RECONTACT ETUDE DPP</u>	41
<u>ANNEXE VI: FIGURES ET TABLEAUX DE L'ETUDE</u>	43
TABLEAU 1 – CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION	43
TABLEAU 2 – CARACTERISTIQUES DE LA GROSSESSE DE LA POPULATION	44
TABLEAU 3 – PATHOLOGIES DE LA GROSSESSE DE LA POPULATION	45
TABLEAU 4 – TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT, ACCOUCHEMENT ET POST-PARTUM DE LA POPULATION	46
TABLEAU 5 – ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES DE LA POPULATION	47
FIGURE 3 - NOMBRE DE REPONSES A L'EPDS SELON LE JOUR DE LA SEMAINE	48
FIGURE 5 - NOMBRES DE REPONSES ET SCORES ELEVES A L'EPDS, PAR SEMAINES D'ETUDE	48
TABLEAU 6 – DELAI DE REPONSE EN FONCTION DE LA SEMAINE D'ENVOI	49
TABLEAU 7 – CAS-TEMOINS: CARACTERISTIQUES GENERALES	50
TABLEAU 8 – CAS-TEMOINS: CARACTERISTIQUES DE LA GROSSESSE	51
TABLEAU 9 – CAS-TEMOINS: PATHOLOGIES DE LA GROSSESSE	52
TABLEAU 10 – CAS-TEMOINS: TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT, ACCOUCHEMENT, POST-PARTUM	53
TABLEAU 11 – CAS-TEMOINS: ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES	54
<u>ANNEXE VII: CONTENUS DES ECHANGES TELEPHONIQUES ET NUMERIQUES AVEC LES PATIENTES</u>	55

Annexe I: auto-questionnaire *Edinburgh Postnatal Depression Scale*⁵

1. I've been able to laugh and see the funny side of things :

- As much as I always could
- Not quite so much now
- Definitely not so much now
- Not at all

2. I have looked forward with enjoyment to things :

- As much as I ever did
- Rather less than I used to
- Definitely less than I used to
- Hardly at all

3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong :

- Yes, most of the time
- Yes, some of the time
- Not very often
- No, never

4. I have been anxious or worried for no good reason :

- 1. No, not at all
- 2. Hardly ever
- 3. Yes, sometimes
- 4. Yes, very often

5. I have felt scared or panicky for no very good reason :

- Yes, quite a lot
- Yes, sometimes
- No, not much
- No, not at all

6. Things have been getting on top of me :

- Yes, most of the time I haven't been able to cope at all
- Yes, sometimes I haven't coping as well as usual
- No, most of the time I have coped quite well
- No, I have been coping as well as ever

⁵ © The Royal College Of Psychiatrists 1987. Cox, J. L., J. M. & Sagovsky, R. (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.

7. I have been so unhappy that I have difficulty sleeping :

- Yes, most of the time
- Yes, sometimes
- Not very often
- No, not at all

8. I have felt sad or miserable :

- Yes, most of the time
- Yes, quite often
- Not very often
- No, not at all

9. I have been so unhappy that I have been crying :

- Yes, most of the time
- Yes, quite often
- Not very often
- No, not at all

10. The thought of harming myself has occurred to me :

- Yes, quite often
- Sometimes
- Hardly ever
- Never

Annexe II: version française de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ou questionnaire d'Edimbourg et échelle de Likert pour cotation

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 vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est-à-dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'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

Ceci signifiera « je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s'écouler ». Merci de bien vouloir répondre aux autres questions.

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER

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

- A. Aussi souvent que d'habitude **0**
- B. Pas tout à fait autant **1**
- C. Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci **2**
- D. Absolument pas **3**

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

- A. Autant que d'habitude **0**
- B. Plutôt moins que d'habitude **1**
- C. Vraiment moins que d'habitude **2**
- D. Pratiquement pas **3**

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

- A. Oui, la plupart du temps **3**
- B. Oui, parfois **2**
- C. Pas très souvent **1**
- D. Non, jamais **0**

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

- A. Non, pas du tout **0**
- B. Presque jamais **1**
- C. Oui, parfois **2**
- D. Oui, très souvent **3**

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

- A. Oui, vraiment souvent **3**
- B. Oui, parfois **2**
- C. Non, pas très souvent **1**
- D. Non, pas du tout **0**

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

- A. Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations **3**
- B. Oui, parfois, je ne suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude **2**
- C. Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations **1**
- D. 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 :

- A. Oui, la plupart du temps **3**
- B. Oui, parfois **2**
- C. Pas très souvent **1**
- D. Non, pas du tout **0**

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse :

- A. Oui, la plupart du temps **3**
- B. Oui, très souvent **2**
- C. Pas très souvent **1**
- D. Non, pas du tout **0**

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

- A. Oui, la plupart du temps **3**
- B. Oui, très souvent **2**
- C. Seulement de temps en temps **1**
- D. Non, jamais **0**

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

- A. Oui, très souvent **3**
- B. Parfois **2**
- C. Presque jamais **1**
- D. Jamais **0**

Annexe III: document d'information HEMOTHEPP



ETUDE HEMOTHEPP

Dans nos pratiques professionnelles chez la femme enceinte, l'équipe médicale est confrontée à deux problèmes majeurs exceptionnels mais qui peuvent avoir des conséquences graves. Cette étude est mise en place sur l'ensemble du territoire de santé de notre département pour essayer de mieux identifier les facteurs qui peuvent augmenter ou diminuer ces deux risques (hémorragie et formation d'un caillot).

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer.

Votre participation à cette étude consistera à :

- Recueillir des tubes de sang supplémentaires lors de votre entrée en salle de naissance. Si vous êtes d'accord, des analyses génétiques concernant les hémorragies et les caillots pourront être effectuées.
- Répondre à un questionnaire simple lors de votre séjour en maternité.
- Un entretien téléphonique trois mois après votre accouchement.

Vos données seront anonymisées pour nous permettre d'analyser les résultats de l'étude.

Notre équipe médicale se tiendra à votre disposition pour répondre à vos questions à l'adresse e-mail suivante :

etude-hemothepp@chu-brest.fr

D'avance, nous vous remercions de l'attention que vous portez à cette étude.



Annexe IV: formulaire de non opposition à l'étude HEMOTHEPP

HEMOTHEPP

FORMULAIRE D'INFORMATION DES FEMMES MAJEURES ET MINEURES

Hémorragie et maladie veineuse thromboembolique du post-partum : Epidémiologie, Etudes des déterminants cliniques et biologiques

HEMORragie et THromboses du Post-Partum - Protocole HEMOTHEPP

Ce document est remis à la patiente, avec un double pour l'investigateur. Il n'a pas à être signé par la patiente

RESPONSABLES DE LA RECHERCHE :

Dr Brigitte Pan-Petesch

Service d'hématologie
Unité d'Hémostase, CRTH
CHRU Brest, Hôpital A.Morvan,
5 avenue FOCH, 29609 Brest cédex
Tel : 02 98 22 36 50
e-mail : brigitte.pan-petesch@chu-brest.fr

Dr Emmanuelle Le Moigne

Département de Médecine Interne et Pneumologie
CHRU Brest, Hôpital Cavale Blanche
Bd Tanguy Prigent, 29609 Brest cédex
Tel : 02 98 34 73 36
e-mail : emmanuelle.lemoigne@chu-brest.fr

GESTIONNAIRE : CHRU de BREST, 2 avenue Foch, 29609 Brest Cédex

Madame,

Durant le suivi de grossesse, vous avez été invitée à participer à une étude dite de recherche en « soins courants » intitulée « Hémorragie et thrombose du post-partum ». Les responsables de la recherche en assurent l'organisation. Le fait de participer à cette recherche ne changera pas votre prise en charge médicale. Avant de décider de participer à cette recherche, prenez le temps de lire les informations suivantes et le temps nécessaire pour décider si vous souhaitez participer ou non à cette recherche.

BUT DE L'ETUDE

Dans nos pratiques professionnelles chez la femme enceinte, nous sommes confrontés à deux problèmes majeurs exceptionnels mais qui peuvent avoir des conséquences graves. Une étude est mise en place sur l'ensemble du territoire de santé de notre département pour essayer de mieux identifier les facteurs qui peuvent augmenter ou diminuer ces deux risques (hémorragie et formation d'un caillot).

DEROULEMENT DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude de soins courants, ce qui veut dire que votre participation à cette recherche ne modifiera pas votre prise en charge. Elle concerne l'ensemble des femmes accouchant dans une maternité du Finistère pendant deux ans soit 20 000 femmes. La durée de votre participation à cette étude est de trois mois et se déroulera comme suit :

- Après information de l'étude avec l'obstétricien ou la sage-femme, si vous ne vous y opposez pas, un (une) Technicien (ne) de Recherche Clinique recueillera les données concernant le déroulement de votre grossesse et de votre accouchement dans votre dossier de maternité. Ensuite, au cours d'un entretien individuel et confidentiel de dix minutes environ réalisé lors de votre séjour à la maternité, le (la) Technicien (ne) de Recherche Clinique complétera avec vous les renseignements manquants. Un questionnaire spécifique sur les antécédents, d'embolie pulmonaire et de phlébite dans votre famille vous sera remis pour être complété après votre retour à domicile. De plus, si vous êtes sous anticoagulant, un carnet de suivi de votre traitement vous sera fourni et sera à renvoyer *via* une enveloppe préaffranchie. A la fin de cet entretien, le (la) Technicien (ne) de Recherche Clinique organisera avec vous un rendez-vous téléphonique pour prendre de vos nouvelles trois mois plus tard.
- Par ailleurs, un tube de sang de 7 ml sera ou a été prélevé pour la conservation de votre ADN (DNAthèque). L'analyse génétique de cet échantillon sera effectuée **uniquement si vous êtes d'accord et après signature d'un consentement spécifique**. Cette analyse a pour but de rechercher des anomalies génétiques associées au risque de la maladie veineuse thrombo-embolique et savoir si ces mêmes anomalies protègent des hémorragies du post-partum.

→ En cas d'anomalie(s) génétique(s) retrouvée(s) au cours de ces analyses, nous pouvons vous tenir informé de ces résultats. Ces informations pourront également être transmises à votre médecin traitant, si vous le souhaitez. Par conséquent, nous vous remercions de bien vouloir nous préciser

votre choix en complétant la partie prévue à cet effet, dans le « Formulaire de consentement pour la constitution d'une DNAtèque » qui vous sera remis.

- Trois mois après votre accouchement, un deuxième entretien de dix minutes environ sera réalisé par téléphone, selon le rendez-vous convenu avec vous. Le questionnaire portera sur les problèmes de santé éventuellement rencontrés après l'accouchement, en particulier hémorragie et thrombose, et sur les traitements, la contraception, la reprise du travail et de l'activité.

Cette étude n'entraînera aucun frais pour vous.

PARTICIPATION VOLONTAIRE :

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer. Si vous acceptez, vous êtes libre de changer d'avis à tout moment sans avoir à vous justifier et votre décision ne portera aucun préjudice à la qualité de votre prise en charge. Dans ce cas, vous devez informer le responsable de la recherche. Vous pouvez prendre le temps nécessaire pour décider si vous souhaitez participer ou non à cette étude.

Si vous en faites la demande, les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués à l'issue de la recherche.

CONFIDENTIALITE ET UTILISATION DES DONNEES MEDICALES :

Dans le cadre de cette étude, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de cette étude.

Les personnes impliquées dans cette étude sont soumises au secret professionnel.

Vos données sont collectées, analysées, traitées, rapportées de manière confidentielle et anonyme, par codage, sans jamais mention de votre nom ni de votre prénom.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement des données. Pour cela, veuillez contacter le Centre d'Investigation Clinique du CRHU de Brest au 02 98 14 51 62.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire de votre obstétricien à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L 111-7 du Code de la Santé Publique.

Si vous êtes mineure : nous vous informons que vos parents pourront accéder à vos données médicales et à celles recueillies dans le cadre de cette étude. Comme pour vous, vos parents posséderont un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement de vos données. Ces droits prendront fin au moment de l'acquisition de votre majorité.

Les informations médicales vous concernant recueillies dans le cadre de l'étude seront accessibles, après avoir été codées, aux membres de l'équipe de recherche qui coordonnent l'étude et qui ont une obligation de confidentialité.

En aucun cas vous ne pourrez être identifiée en tant qu'individu dans les publications scientifiques résultant de cette étude. Toutes les données vous concernant seront identifiées par un numéro et vos initiales. Aucune donnée nominative vous concernant ne quittera l'hôpital où vous êtes soignée.

Cette recherche a obtenu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes Ouest 6 en date du 5 Juin 2014 en application des dispositions de l'article L.1121-1 du code de la Santé Publique et le fichier informatique a été déclaré à la CNIL.

Attestation de l'investigateur

Cadre réservé au service

Nom de la patiente :

Date d'information de la patiente :

Opposition exprimée par la patiente pour la participation à l'étude : Oui Non

Nom de l'Investigateur (Obstétricien ou Sage-Femme) :

Signature :

Annexe V: courriel de recontact étude DPP

ETUDE HEMOTHEPP

Etude de soins courants concernant l'ensemble des femmes accouchant dans une maternité du finistère



Madame,

Lors de votre séjour en maternité, vous avez accepté de participer au protocole de recherche clinique « HEMOTHEPP » - **HEMOrragie et THrombosEs du Post-Partum**.

Nous pensons que les hémorragies lors de l'accouchement peuvent favoriser la **dépression postnatale**.

Nous vous adressons donc un questionnaire complémentaire pour évaluer ce risque. Soyez assurée de la confidentialité de vos réponses et de notre disponibilité en cas de besoin.

Nous vous remercions de bien vouloir répondre **au questionnaire ci-dessous dans votre réponse au mail**.

Par exemple : « 1- B » pour la réponse « B » à la 1^{ère} question etc...

*Si vous préférez nous transmettre vos réponses par téléphone, notre médecin est joignable au **02.98.34.73.72**, du **lundi au vendredi de 09h00 à 17h00 (Dr Emmanuelle Le Moigne)***

Nous vous rappelons que les données issues de ce questionnaire seront traitées de façon anonyme et ne seront en aucun cas divulguées ou utilisées à des fins commerciales.

Vous pouvez vous opposer à ce recueil à tout moment en nous le signifiant par courrier, mail ou téléphone aux coordonnées indiquées ci-dessous.

Questionnaire d'Edimbourg⁶

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

Voici un exemple :

1. Je me suis sentie heureuse :

- A. Oui, tout le temps
 - B. Oui, la plupart du temps
 - C. Non, pas très souvent
 - D. Non, pas du tout
- je répons « 1 – B »

Ceci signifiera « *je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s'écouler* ». Merci de bien vouloir répondre aux autres questions.

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER

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

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

⁶ The Royal College Of Psychiatrists 1987. Cox, J. L., J. M. & Sagovsky, R. (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782-786.

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

**Vous serez à nouveau contactée une dernière fois, dans 2 mois, par l'équipe de recherche.
Nous vous remercions une nouvelle fois pour votre participation à cette étude et restons à votre écoute pour toutes vos questions.**

L'équipe HEMOTHEPP



Centre d'Investigation Clinique
CHRU de Brest
Hôpital Morvan - Bâtiment 3
29 609 Brest Cedex
Tel: 02 29 02 01 13
Mail : etude-hemothepp@chu-brest.fr

Annexe VI: figures et tableaux de l'étude

Tableau 1 – Caractéristiques générales de la population

	Population étude DPP n (%)	Population ENP 2016 %
Age moyen		
<i>(en années)</i>	31,87 ± 5,1	30,4
Age (classes)		
< 35 ans	202 (71,4)	78,7
> ou = 35 ans	81 (28,6)	21,3
Origine géographique	<i>(1 donnée manquante)</i>	
France métropolitaine	272 (96,8)	85,9
DROM-COM*/étranger	9 (3,2)	14,1 (étranger seul)
Tabac pendant la grossesse	<i>(1 donnée manquante)</i>	
Oui	43 (15,2)	16,8
Non	239 (84,8)	83,2

*DROM-COM (Départements et régions d'outre-mer - Collectivités d'outre-mer)

Tableau 2 – Caractéristiques de la grossesse de la population

	Population étude DPP n (%)	Population ENP 2016 %
Parité		
Primipare	122 (43,1)	42,2
2-3 enfants	150 (53,0)	54,7
> ou = à 4 enfants	11 (3,9)	3,1
Type de fécondation	<i>(2 données manquantes)</i>	
Naturelle	257 (91,5)	93,1
Provoquée	24 (8,5)	6,9
Type de grossesse		
Unique	276 (97,5)	98,2
Multiple	7 (2,5)	1,8

Tableau 3 – Pathologies de la grossesse de la population

	Population étude DPP n (%)	Population ENP 2016 %
Pathologie de la grossesse		
Oui	127 (45)	-
Non	155 (55)	-
Hospitalisation		
Oui	16 (5,7)	18,1
Non	266 (94,3)	81,9
MAP + hospitalisation		
Oui	4 (1,4)	5,4
Non	278 (98,6)	94,6
Diabète gestationnel		
Oui	38 (13,5)	10,8
Non	244 (86,5)	89,2
Pré-éclampsie		
Oui	4 (1,4)	2
Non	278 (98,6)	98
HELLP Syndrome		
Oui	0 (0,0)	-
Non	282 (100)	-
HRP		
Oui	2 (0,7)	-
Non	280 (99,3)	-
RCIU		
Oui	3 (1,1)	5,4
Non	279 (98,9)	94,6

Tableau 4 – Travail d'accouchement, accouchement et post-partum de la population

	Population étude DPP n (%)	Population ENP 2016 %
Terme		
<ul style="list-style-type: none"> • Prématurité < 37 SA • A terme 37- 41 SA • Terme prolongé/dépassé > 41 SA 	<p>15 (5,3)</p> <p>221 (78,1)</p> <p>47 (16,6)</p>	<p>15,5</p> <p>67,4</p> <p>17,1</p>
Anesthésie avant la naissance		
<p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>259 (91,5)</p> <p>24 (8,5)</p>	<p>85,2</p> <p>14,8</p>
Voie d'accouchement		
<ul style="list-style-type: none"> • Voie basse • Césarienne urgence • Césarienne programmée 	<p>231 (81,6)</p> <p>29 (10,2)</p> <p>23 (8,1)</p>	<p>79,6</p> <p>20,4 (toutes césariennes)</p>
Intervention lors de l'accouchement		
<p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>45 (15,9)</p> <p>238 (84,1)</p>	<p>12,2</p> <p>87,8</p>
Mode de délivrance		
<p>Naturelle/APO</p> <p>Artificielle/révision utérine</p>	<p>214 (75,9)</p> <p>68 (24,1)</p>	<p>92,7</p> <p>7,3</p>
Lésions parties molles		(déchirures périnéales seules)
<p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>170 (72,6)</p> <p>64 (27,4)</p>	<p>52,1</p> <p>47,9</p>
HPP		
<ul style="list-style-type: none"> • 500 cc – 1000cc • 1000 cc • Non 	<p>13 (4,6)</p> <p>8 (2,1)</p> <p>264 (93,3)</p>	<p>4,5**</p> <p>0,99**</p> <p>94,51**</p>
Hyperthermie (> 38°C) en suites de couches		
<p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>1 (0,5)</p> <p>190 (99,5)</p>	<p>-</p> <p>-</p>
Intervention en post-partum		
<p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>0 (0,0)</p> <p>191 (100)</p>	<p>-</p> <p>-</p>

** Source : PMSI 2016 (ATIH)

Tableau 5 – Antécédents psychiatriques de la population

	Population étude DPP n (%)	Population ENP 2016 %
Antécédent pathologie psychiatrique traitée		
Oui	0 (0,0)	-
Non	283 (100)	-
Traitement anti-dépresseur (avant ou pendant grossesse)		
Oui	3 (1,1)	-
Non	280 (98,9)	-
Traitement anxiolytique (avant ou pendant grossesse)		
Oui	0 (0,0)	-
Non	283 (100)	-

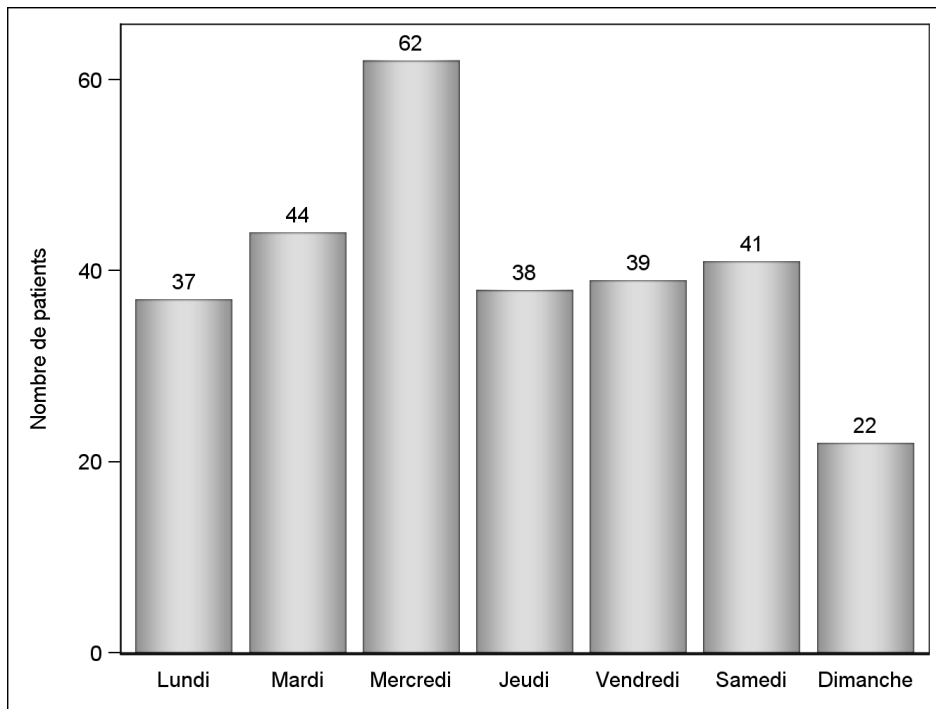


Figure 3 - Nombre de réponses à l'EPDS selon le jour de la semaine

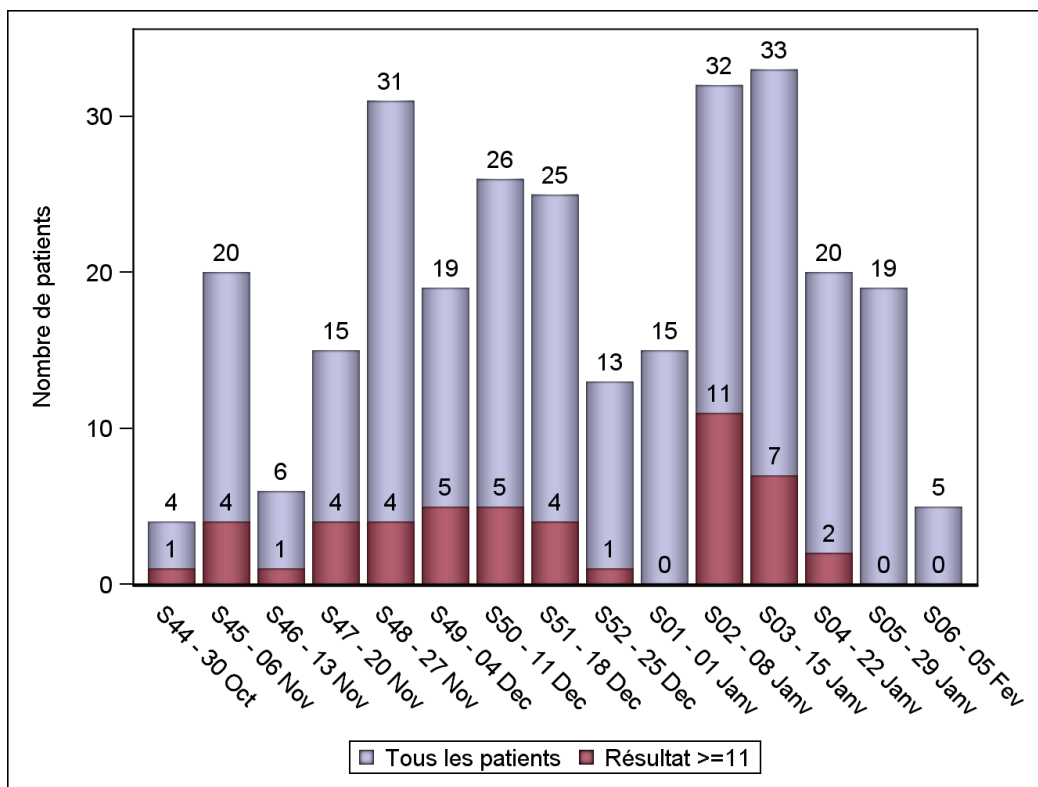


Figure 5 - Nombres de réponses et scores élevés à l'EPDS, par semaines d'étude

Tableau 6 – délai de réponse en fonction de la semaine d'envoi

Semaine	Nombre de patients	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
S44 - 30 Oct	12	1	5	2.17	1.27
S45 - 06 Nov	13	0	4	1.62	1.12
S46 - 13 Nov	19	0	17	5.79	3.46
S47 - 20 Nov	22	0	7	5.27	1.72
S48 - 27 Nov	28	2	19	5.00	4.06
S49 - 04 Dec	22	3	6	4.41	1.22
S50 - 11 Dec	22	3	7	4.45	1.10
S51 - 18 Dec	26	1	12	6.58	3.21
S52 - 25 Dec	10	5	10	8.00	1.41
S01 - 01 Janv	20	3	7	5.15	1.27
S02 - 08 Janv	38	3	7	5.34	1.24
S03 - 15 Janv	26	2	8	4.50	1.45
S04 - 22 Janv	11	4	7	5.09	1.22
S05 - 29 Janv	14	2	8	4.21	1.85

Tableau 7 – Cas-témoins: caractéristiques générales

	DPP – n (%)	DPP + n (%)	p***
Age moyen			0,009
<i>(en années)</i>	32,24 ± 5,1	30,12 ± 5,0	
Age (classes)			0,482
< 35 ans	165 (70,5%)	37 (75,5%)	
> ou = 35 ans	69 (29,5%)	12 (24,5%)	
Origine géographique		<i>(1 donnée manquante)</i>	0,653
♦ France métropolitaine	227 (97,0%)	46 (95,8%)	
♦ DROM-COM*/étranger	7 (3,0%)	2 (4,2%)	
Tabac pendant la grossesse	<i>(1 donnée manquante)</i>		0,280
Oui	38 (16,3%)	5 (10,2%)	
Non	195 (83,7%)	44 (89,8%)	

*DROM-COM (Départements et régions d'outre-mer - Collectivités d'outre-mer)

***Test de Student ou test de Mann-Whitney-Wilcoxon pour les variables quantitatives ; test de Chi² ou test exact de Fisher pour les variables qualitatives

Tableau 8 – Cas-témoins: caractéristiques de la grossesse

	DPP – n (%)	DPP + n (%)	p***
Parité			0,051
Primipare	94 (40,2)	28 (57,1)	
2-3 enfants	129 (55,1)	21 (42,9)	
> ou = à 4 enfants	11 (4,7)	0 (0,0)	
Type de fécondation			0,583
Naturelle	213 (91,8)	44 (89,8)	
Provoquée	19 (8,2)	5 (10,2)	
Type de grossesse			0,609
Unique	227 (97,0)	49 (100)	
Multiple	7 (3,0)	0 (0,0)	

***Test de Student ou test de Mann-Whitney-Wilcoxon pour les variables quantitatives ; test de χ^2 ou test exact de Fisher pour les variables qualitatives

Tableau 9 – Cas-témoins: pathologies de la grossesse

	DPP –	DPP +	p***
Pathologie de la grossesse			0,542
Oui	103 (44,2)	25 (51,0)	
Non	130 (55,8)	24 (49,0)	
Hospitalisation			0,746
Oui	13 (5,6%)	3 (6,1%)	
Non	220 (94,4%)	46 (93,9%)	
MAP + hospitalisation			1,000
Oui	4 (1,7%)	0 (0,0%)	
Non	229 (98,3%)	49 (100%)	
Diabète gestationnel			0,461
Oui	33 (14,2%)	5 (10,2%)	
Non	200 (85,8%)	44 (89,8%)	
Pré-éclampsie			0,141
Oui	2 (0,9%)	2 (4,1%)	
Non	231 (99,1%)	47 (95,9%)	
HELLP Syndrome			-
Oui	0	0	
Non	282 (100%)	49 (100%)	
HRP			1,000
Oui	2 (0,9%)	0 (0,0%)	
Non	231 (99,1%)	49 (100%)	
RCIU			0,437
Oui	2 (0,9%)	1 (2,0%)	
Non	231 (99,1%)	48 (98,0%)	

***Test de Student ou test de Mann-Whitney-Wicoxon pour les variables quantitatives ; test de χ^2 ou test exact de Fisher pour les variables qualitatives

Tableau 10 – Cas-témoins: travail d'accouchement, accouchement, post-partum

	DPP –	DPP +	p***
Terme			0,830
<ul style="list-style-type: none"> • Prématurité < 37 SA • A terme 37- 41 SA • Terme prolongé/dépassé > 41 SA 	12 (5,1%) 182 (77,8%) 40 (17,1%)	3 (6,1%) 39 (79,6%) 7 (14,3%)	
Anesthésie avant la naissance			0,395
Oui	212 (90,6%)	47 (95,9%)	
Non	22 (9,4%)	2 (4,1%)	
Voie d'accouchement			0,041
<ul style="list-style-type: none"> • Voie basse • Césarienne urgence • Césarienne programmée 	192 (82,1%) 20 (8,5%) 22 (9,4%)	39 (79,6%) 9 (18,4%) 1 (2,0%)	
Intervention lors de l'accouchement			0,604
Oui	36 (15,4%)	9 (18,4%)	
Non	198 (84,6%)	40 (81,6%)	
Mode de délivrance			0,946
Naturelle/APO	177 (76,0%)	37 (75,5%)	
Artificielle/révision utérine	56 (24,0%)	12 (24,5%)	
Lésions parties molles			0,714
Oui	140 (72,2%)	30 (75,0%)	
Non	54 (27,8%)	10 (25,0%)	
HPP			0,348
<ul style="list-style-type: none"> • 500 cc – 1000cc • 1000 cc • Non 	10 (4,3%) 4 (1,7%) 220 (94,0%)	3 (6,1%) 2 (4,1%) 44 (89,8%)	
Hyperthermie (> 38°C) en suites de couches			1,000
Oui	1 (0,6%)	0 (0,0%)	
Non	157 (99,4%)	33 (100%)	
Intervention en post-partum			-
Oui	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Non	158 (100%)	33 (100,0%)	

***Test de Student ou test de Mann-Whitney-Wilcoxon pour les variables quantitatives ; test de χ^2 ou test exact de Fisher pour les variables qualitatives.

Tableau 11 – Cas-témoins: antécédents psychiatriques

	DPP –	DPP +	p***
Antécédent pathologie psychiatrique traitée			-
Oui	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Non	234(100%)	49 (100%)	
Traitement anti-dépresseur (avant ou pendant grossesse)			0,436
Oui	2 (0,9%)	1 (2,0%)	
Non	232 (99,1%)	48 (98,0%)	
Traitement anxiolytique (avant ou pendant grossesse)			-
Oui	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Non	234 (100%)	49 (100%)	

***Test de Student ou test de Mann-Whitney-Wilcoxon pour les variables quantitatives ; test de χ^2 ou test exact de Fisher pour les variables qualitatives

Annexe VII: contenus des échanges téléphoniques et numériques avec les patientes

Patiente 01- 04865 (score de 15)

Mail du Dr E. Le Moigne du 06/11/2017

Bonjour,

J'ai contacté ce matin la patiente qui m'a rappelée.

Elle me dit aller mieux, mais avoir vécu des moments difficiles, essentiellement à cause du manque de sommeil.

Elle en a parlé avec son entourage et son médecin traitant et est soutenue.

Elle dit aussi que ce questionnaire a été pour elle une occasion d'exprimer sa souffrance et que cela lui a fait du bien.

En ce qui concerne la question 10, elle dit avoir été troublée par cette question.

Elle indique ne pas se souvenir d'idées suicidaires mais son mari lui a rappelé qu'à deux reprises alors qu'elle allaitait elle avait dit qu'elle allait se suicider et qu' « *ils n'auraient tous qu'à se débrouiller sans elle* ».

Elle n'a pas envisagé de scénario. Elle n'avait jamais éprouvé cela lors des précédentes naissances.

Elle redit que parler lui a permis de soulager sa souffrance.

Je lui rappelle qu'elle ne doit pas hésiter à faire appel à son entourage, son médecin traitant ou à nous au cas où les idées noires reviendraient.

Patiente 01- 04959 (score de 20)

Mail du Dr E. Le Moigne du 04/12/2017

Rebonjour,

Au sujet de Mme B. qui m'a rappelée aujourd'hui : toujours très inquiète, dort peu, BB dort peu, problème d'allaitement. A été beaucoup aidée par l'allaitement qui fonctionne bien. Pleure moins (pleurs ++ pendant 3 semaines) mais a toujours des épisodes d'agacement.

A déjà été suivie par une psychologue il y a qq années et envisage de reprendre contact.

Va mieux (diminution des pleurs) depuis RDV avec la SF en fin de semaine dernière avec 1 séance d'hypnose.

Je lui conseille de prendre contact avec son MG (Dr R.), avec le Dr Gremmo (pb d'hyperlactation) et de ne pas hésiter à dire son mal être à son entourage qui sous estime clairement le problème.

Patiente 03 - 04321 (score de 16)

Mail du Dr E. Le Moigne

Bonsoir,

J'ai réussi à joindre Mme B. qui m'a donné des nouvelles ; elle a été orientée par la puéricultrice de PMI vers la psychologue de PMI et se sent mieux depuis cette prise en charge et « avec le temps ».

Patiente 03-04417

Mail de Mme L. du 04/12/2017

"Bonjour,

Je ne peux répondre à votre questionnaire car mon enfant à été hospitalisé ces derniers jours pour une méningite virale.

Du coup, les résultats risquent d'être biaisés.

Bien cordialement,

Mme L."

Patiente 02-05081 (score de 13)

Mail de Mme K. du 10/12/2017

bonjour cela me parait cohérent de faire une dépression postnatal lorsque l'on a perdu une grande quantité de sang et n ' oublions pas qu'il y a aussi un sacré chambardement hormonale et une vie entière qui se transforme avec l'arrivée d'un bébé. Donc je réponds a ce questionnaire mais je suis une personne pessimiste de base mais avec un grand sens de l'humour,(ce qui me sauve) anxieuse avec l'arrivée d'un deuxième enfant a gérer. Je n'ai pas fait d'hémorragie lors de mon accouchement donc je ne sais pas si mes réponses vous intéresse.

Patiente 01- 05081 (score de 4)

Mail de Mme P. du 11/12/2017

bonjour Madame,

Avant de vous donner les réponses au questionnaire, je vous mets au courant de comment cela se passe pour nous, car je pense que certaines de mes réponses sont plus du fait de

nos difficultés actuelles concernant la lactation que liées des symptômes de dépression postnatale.

Au retour de la maternité le vendredi, notre louloute a perdu 200g sur le weekend et nous sommes arrivées aux urgences le lundi soir, pour passer une semaine complète en néonatalogie, afin que la puce reprenne du poids, et que l'on relance ma lactation. Du coup, depuis 15 jours que nous sommes rentrées à la maison, je ne pose guère plus de 2 ou 3 fois 1h30 de sommeil la nuit : tétée toutes les 2 à 3 heures avec tire lait ensuite.

Du coup, je suis bien fatiguée, et des fois je me sens vraiment impuissante de n'avoir que deux bras pour à la fois tenir mon tire lait et m'occuper de ma louloute qui a fini de manger, fait quelques rots mais ne reste pas tranquille sans avoir un de mes doigts à téter. et je vois sur la pendule l'heure de la prochaine tétée qui approche, je n'ai toujours pas tiré mon lait, et mon temps de repos qui fond comme neige au soleil, et la puce pleure toujours...

Je vous souhaite une bonne fin de journée

Cordialement,

Mme P.

Patiente 03-04503 (score de 6)

Mail de Mme M. du 21/12/2017

Bonjour,

Voici les réponses au questionnaire. Celles ci sont très influencées par les problèmes de santé de mon bébé.

Cordialement

Mme V.

Patiente 02-05325 (score de 14)

Mail de Mme H. du 18/01/2018

Bonjour,

Voici mes réponses au questionnaire complémentaire ci-dessous. Je n'ai pas vu passer le questionnaire "initial" ... ?

De plus, je me permets de préciser que mon enfant à eu des problèmes de santé à la naissance, et que je pense que cela influence fortement mon état psychologique.

Je me questionne également sur la pertinence de la question 7 : les "problèmes" de sommeil d'une maman d'un nouveau-né sont évidents. Le lien avec l'état psychologique me paraît de ce fait dur à évaluer...

Bonne continuation pour votre étude,

Cordialement,

Patiente 01-05210 (score de 16)

Mail de Mme M. du 19/01/2018

Bonjour,

Voici les réponses. Je pensais avoir envoyé le mail début janvier mais je viens de voir qu'il était resté dans mes brouillons...

Ces réponses sont dues aux suites des sutures de l'épisiotomie (cousue alors que la péridurale avait été enlevée) et du séjour à la maternité de Morvan.

Quand ma fille était en néonate je suis allée voir les sages-femmes qui me disaient que la douleur était normale. Puis elles ont voulu m'enlever un point sans anesthésie... j'ai dû insister pour qu'on me dise que les points étaient trop serrés et inflammatoires.

J'ai souffert le martyr pendant 4 semaines (impossible de marcher ou de m'asseoir sans hurler ou pleurer de douleur) alors que ma fille était en néonate et une fois chez nous, avait besoin de mon attention.

Ma douleur n'a pas été écoutée. On a même poussé le vice à me dire que vu que je suis atteinte d'endométriose à un stade avancé, je savais gérer la douleur !

Seule le médecin des urgences a compris et vu que quelque chose n'allait pas et m'a retiré 2 points, à 2 semaines d'intervalle.

De plus pendant mon séjour en maternité, je n'ai eu aucun soins. J'ai dû réclamer mes repas! On m'oubliait vu que je passais mon temps en néonatalogie...

La seule réponse de la sage-femme était : si vous pleurez, on appelle la psychologue...

Je trouve désolant que la souffrance physique ne soit pas prise en compte.

Surtout quand on accouche avec 2 mois d'avance, au bout de 4 fécondations on vitro et 4 ans d'attente.

Je comprends que comme partout le personnel soit débordé, mais cela n'excuse pas le manque de considération des patients.

Les résultats de votre étude sont faussés puisque sans l'indifférence et la prise en charge inadaptée de certaines personnes, je n'aurais pas répondu de cette façon !!

D'ailleurs je pense adresser un courrier au directeur de l'hôpital et au responsable de la maternité pour leur faire part du traitement réservé aux patientes par certains soignants du service maternité.

Patiente 01-05287

Bonjour,

Nous avons connu des événements familiaux compliqués ce mois ci, notamment décès et maladie de proches.

Je n'arrive pas à me mettre uniquement dans le cadre de la naissance de mon enfant pour répondre à vos questions.

Mes réponses seraient toutes allées vers quelque chose de positif. Tout se passe bien suite à la grossesse, l'accouchement et l'arrivée de notre enfant.

Veillez m'excuser de ne pouvoir contribuer à l'enquête.

Cordialement

Mme B.

Objectifs: étudier la faisabilité d'un dépistage de la dépression du post-partum (DPP) et établir la fréquence et les facteurs de risque de dépression du post-partum dans la population des accouchées finistériennes.

Matériel et méthode: il s'agit d'une étude prospective observationnelle, multicentrique (maternités du Finistère), avec une étude cas-témoins nichée dans la cohorte, du 1^{er} octobre 2017 au 31 janvier 2018. Nous avons soumis l'auto-questionnaire validé EPDS (ou questionnaire d'Edimbourg), par voie de courriel, un mois après l'accouchement, aux accouchées du Finistère incluses dans l'étude HEMOTHEPP et dont le mail était disponible. Nous avons coté leur score: les patientes avec un score ≥ 11 présentent une dépression du post-partum (DPP +). Nous avons recontacté les patientes aux scores élevés afin de les orienter vers un professionnel de santé. Nous avons déterminé la fréquence de la dépression du post-partum chez les accouchées du Finistère et effectué analyse univariée comparant cas et témoins.

Résultats: 931 courriels étaient disponibles (47,5% des accouchements du Finistère sur la période) ayant permis d'obtenir 283 réponses des patientes (30,3%). 17,1% des accouchées finistériennes avaient un score positif de dépression du post-partum, et 10,9% d'entre elles un score de dépression majeure (≥ 12). Il existe un lien significatif entre l'âge moyen et la survenue d'une dépression du post-partum chez l'accouchée. De la même façon la voie d'accouchement peut représenter un facteur de vulnérabilité à la manifestation de la dépression du post-partum, et plus particulièrement la césarienne en urgence.

Conclusion: le courriel est un *medium* de contact et de dépistage de la dépression du post-partum envisageable en pratique courante. Il existe une nécessité d'accentuer la vigilance et le dépistage de la dépression du post-partum au regard de sa fréquence de survenue chez les accouchées.

Mots-clefs: dépression du post-partum (DPP), dépistage, prévention, questionnaire d'Edimbourg (EPDS), périnatalité, psychiatrie, HEMOTHEPP

Titre: étude de faisabilité du dépistage de la dépression du post-partum, dans la population des accouchées finistériennes, par la passation du questionnaire d'Edimbourg, par voie de courriel, un mois après l'accouchement

Auteur: Caroline MESSAGER épouse CORNEC

Diplôme d'Etat de sage-femme, Brest, 2018