



HAL
open science

La connaissance des femmes sur la dépression du post-partum : étude quantitative réalisée auprès des femmes ayant accouché par voie basse ou par césarienne et basée sur un auto-questionnaire distribué lors des consultations post-natale

Maira Ajsassi

► **To cite this version:**

Maira Ajsassi. La connaissance des femmes sur la dépression du post-partum : étude quantitative réalisée auprès des femmes ayant accouché par voie basse ou par césarienne et basée sur un auto-questionnaire distribué lors des consultations post-natale. Gynécologie et obstétrique. 2023. dumas-04186360

HAL Id: dumas-04186360

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04186360>

Submitted on 23 Aug 2023

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

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

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2023

**LA CONNAISSANCE DES FEMMES SUR LA DÉPRESSION DU POST-PARTUM : ÉTUDE
QUANTITATIVE REALISÉE AUPRES DES FEMMES AYANT ACCOUCHÉ PAR VOIE
BASSE OU PAR CÉSARIENNE ET BASÉE SUR UN AUTO-QUESTIONNAIRE DISTRIBUÉ
LORS DES CONSULTATIONS POST-NATALE**

**MÉMOIRE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME**

Par Mme Maïra AJSASSI

[Données à caractère personnel]

MÉMOIRE SOUTENU PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 23/05/2023

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Présidente du jury :

Mme Delphine SAVOY (sage-femme enseignante)

Membres :

M. le Dr Julien PELLE (vice-président)

Mme le Dr Anne RAMAUT-ZELLNER (directrice de mémoire)

M. Lionel DI MARCO (co-directeur de mémoire)

Mme Anne LEMMENS (sage-femme invitée)

L'UFR de Médecine de Grenoble et le Département de Maïeutique n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

LA CONNAISSANCE DES FEMMES SUR LA DÉPRESSION DU POST-PARTUM : ETUDE QUANTITATIVE RÉALISÉE AUPRES DES FEMMES AYANT ACCOUCHEÉ PAR VOIE BASSE OU PAR CÉSARIENNE ET BASÉE SUR UN AUTO-QUESTIONNAIRE DISTRIBUÉ LORS DES CONSULTATIONS POST-NATALE.

Résumé

Objectif : Evaluer les connaissances de femmes majeures ayant accouché par voie basse ou par césarienne sur les manifestations cliniques de la dépression du post-partum (DPP).

Méthode : étude quantitative, descriptive, transversale, multicentrique menée sur le Réseau Périnatal des 2 Savoie (RP2S) et sur le Réseau Périnatal Alpes Isère (RPAI) en 2023. Ont été incluses des femmes majeures ayant accouché par voie basse ou par césarienne et parlant le français. Le critère de jugement principal était le taux de réponses justes au QCM portant sur les manifestations cliniques de la DPP. Les critères de jugement secondaires étaient le taux de bonnes réponses aux questions portant sur les conséquences et les risques de la DPP, la proportion des différents termes employés par les patientes pour définir les symptômes et les conséquences de la DPP, la proportion de chaque source utilisée par les patientes pour se renseigner sur la DPP et le taux de satisfaction des femmes vis-à-vis de l'information qu'elles ont reçu par les professionnels de santé.

Résultats : 38 questionnaires ont été recueillis. Les moyennes obtenues au QCM sont de 71,7 / 100 pour les symptômes et de 66,7 / 100 pour les conséquences de la DPP. L'étude quantitative des termes employés par les femmes nous montre un lexique juste et approprié à la définition de la DPP. Il a été relevé une bonne satisfaction des femmes sur l'information reçue par les professionnels de santé.

Conclusion : Les résultats nous montrent une connaissance satisfaisante des femmes à propos des symptômes et des conséquences de la DPP. Les femmes semblent satisfaites de l'information reçue par les professionnels de santé sur cette pathologie. En revanche, elles semblent demandeuses d'obtenir davantage d'information et notamment sous la forme d'échange direct avec un professionnel de santé.

Mots Clefs : Dépression du post-partum, taux de connaissance, informations

WOMEN'S KNOWLEDGE OF POSTPARTUM DEPRESSION: A QUANTITATIVE STUDY OF WOMEN WITH VAGINAL OR CAESAREAN DELIVERIES BASED ON A SELF-ADMINISTERED QUESTIONNAIRE DISTRIBUTED DURING POSTNATAL CONSULTATIONS

Abstract :

Objectives: To assess the knowledge of adult women who have given birth by vaginal delivery or caesarean section about the clinical manifestations of postpartum depression

Methods: Quantitative, descriptive, cross-sectional, multicentre study conducted on the Réseau Périnatal des 2 Savoie (RP2S) and on the Réseau Périnatal Alpes Isère (RPAI) in 2023. The study included adult women who had given birth by vaginal delivery or caesarean section and who spoke French. Data were collected by means of an online questionnaire and analysed using Lime Survey and Excel software. The primary endpoint was the rate of correct answers to questions 20 to 25 of the questionnaire on the clinical manifestations of PPD. The secondary outcome measures were the rate of correct answers to questions about the consequences and risks of PPD, the proportion of different terms used by patients to define the symptoms and consequences of PPD, the proportion of each source used by patients to learn about PPD, and the women's satisfaction with the information they received from healthcare professionals.

Results: 38 questionnaires were collected. The averages obtained in the MCQ are 71.7/100 for the symptoms and 66.7/100 for the consequences of PPD. The quantitative study of the terms used by the women shows us an accurate and appropriate lexicon for the definition of PPD. The women were satisfied with the information they received from the health professionals.

Conclusion: The results show that women's knowledge of the symptoms and consequences of PPD was satisfactory. The women seemed satisfied with the information received by health professionals on this condition. However, the results suggest that a written information sheet on PPD should be included.

Keywords : Postpartum depression, awareness rate, information

Remerciements

Je remercie les membres du jury :

- **Mme Delphine Savoy**, Sage-femme enseignante au département de Maïeutique, référente de notre promotion, UGA
- **Dr. Julien Pelle**, Gynécologue Obstétricien, Clinique Belledonne de Saint Martin d'Hères
- **Dr Anne Ramaut-Zellner**, Psychiatre, responsable du service de l'UPPN de Chambéry
- **M. Lionel Di Marco**, Sage-femme, PhD, Directeur du département de Maïeutique de Grenoble, UGA
- **Mme Anne Lemmens**, Sage-Femme, Coordinatrice de la Maternité de la Clinique Belledonne, Saint Martin d'Hères

Je remercie plus particulièrement :

Dr Anne Ramaut-Zellner, Psychiatre, responsable du service de l'UPPN de Chambéry, directrice de ce mémoire ;

Pour ses conseils et sa disponibilité durant l'élaboration de ce mémoire

M. Lionel Di Marco, Directeur du département de Maïeutique de Grenoble, co-directeur de ce mémoire ;

Pour m'avoir guidé dans la création du questionnaire en ligne, ainsi que pour ses conseils tout au long de la réalisation de ce mémoire

Mme Delphine Savoy, Sage-femme enseignante au département de Maïeutique – UFR de médecine Grenoble – UGA, référente de notre promotion ;

Pour son soutien, sa bienveillance et sa disponibilité tout au long de mes études de sage-femme

Les sage-femmes libérales ;

Pour leur participation au recrutement de la population d'étude

Je remercie plus personnellement :

Mes parents, mes sœurs et Sony :

Pour votre soutien inestimable et vos encouragements durant mes années d'études

Ma meilleure amie Imane :

Pour avoir été à mes côtés durant cette année de PACES traversée ensemble

Mes amies étudiantes Céline, Marianne, Clem, Lozia et Elise ;

Pour ces bons moments passés ensemble.

Table des matières

Abréviations	1
I) INTRODUCTION	2
II) MATERIEL ET METHODE	5
A) Schéma d'étude	5
B) Population d'étude	5
C) Objectif de l'étude	6
D) Méthode de traitement statistique des données	7
III) LES RESULTATS	10
A) Description de la population étudiée	10
B) Résultats de l'objectif principal de l'étude :	12
C) Résultats des objectifs secondaires	12
<i>A propos des conséquences de la DPP sur la mère et l'enfant</i>	12
<i>Réponses aux questions ouvertes</i>	13
<i>Information sur la dépression du post-partum</i>	16
IV) DISCUSSION	19
1) L'analyse de l'étude : les points faibles et les points forts	19
2) Discussion des résultats avec la littérature	23
<i>L'objectif Principal</i>	23
<i>Les objectifs Secondaires</i>	24
Conclusion	31
Références Bibliographiques	33
Annexe 1 : Questionnaire transmis aux femmes :	35
Annexe 2 : Les autres termes employés par les femmes	40

Abréviations

DPP	Dépression du Post-Partum
EPDS	Edinburgh Postpartum Depression Scale
EPNP	Entretien Post Natal Précoce
EPP	Entretien Prénatal Précoce
IMG	Interruption médicale de Grossesse
PNP	Préparation à la naissance et à la parentalité
QCM	Questionnaire à Choix Multiple
RPAI	Réseau Périnatal Alpes Isère
RP2S	Réseau Périnatal des 2 Savoie

I) INTRODUCTION

La dépression du post-partum correspond à un épisode dépressif caractérisé d'intensité légère, moyenne ou sévère avec ou sans caractéristique psychotique, dont les symptômes apparaissent dans les quatre semaines, selon le DSM-V, ou les six semaines, selon la CIM-11, après l'accouchement. (1) (2) Cependant, son diagnostic peut être envisagé durant toute l'année suivant l'accouchement. (3) La dépression du post-partum est le trouble de l'humeur le plus fréquent après un accouchement.

La dépression du post-partum est une pathologie complexe difficile à diagnostiquer. Des facteurs physiques, hormonaux, sociaux, psychologiques et affectifs peuvent tous jouer un rôle dans le déclenchement de la maladie. (4) Le dernier rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur la Mortalité Maternelle (ENCMM 2013–2015) a relevé des modifications nettes en ce qui concerne le profil des mortalités maternelles. (5) Deux causes dominent, les maladies cardiovasculaires et les suicides, quasiment à égalité. (6) En effet, on peut estimer qu'en France, plus de 100 000 femmes sont en grande détresse psychologique lors de l'année qui suit la naissance de leur enfant, et seulement la moitié d'entre elles trouve à qui s'adresser (7).

Initié par le plan de périnatalité 2005-2007 et obligatoire depuis le 1^{er} mai 2020, l'Entretien Périnatal Précoce (EPP) est un point d'entrée privilégié dans l'accompagnement de la femme enceinte et du couple à la parentalité (7). Il peut être réalisé par un médecin ou une sage-femme, individuellement ou en couple, dès le 4^e mois de grossesse ou au moment décidé par la patiente enceinte. (8) (9) Il s'agit d'impliquer la femme et le couple dans une

démarche de prévention, d'éducation et d'orientation et de favoriser une meilleure coordination des professionnels autour de la femme enceinte.

Dans l'objectif de repérer les premiers signes de la dépression du post-partum ou les facteurs de risques qui y exposent et d'évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint en termes d'accompagnement, un Entretien Postnatal Précoce (EPNP) est désormais obligatoire. (10) L'EPNP est un espace de dialogue où les ressources, attentes et besoins des familles sont actualisés et remobilisés en lien avec les précédents temps de rencontre, notamment l'Entretien Prénatal Précoce (11). L'autre objectif majeur de cet EPNP est de prévenir et dépister les troubles psychiques du post partum et en premier lieu la dépression du postpartum. Dans le cadre du dépistage de la DPP, si le praticien souhaite utiliser un score, le Collège National des Sage-femme de France préconise l'utilisation de Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS). Il s'agit d'un auto-questionnaire (dix questions) d'utilisation simple qui s'est avéré sensible et spécifique en postnatal comme en prénatal. Un score supérieur ou égal à 11 à l'EPDS est une alerte et nécessite un soutien, une orientation et plus ou moins un suivi en fonction de l'évaluation. (11)

Ainsi, ces deux entretiens sont des moments clés dans le parcours de soins des femmes enceintes et jeunes mamans leur offrant un espace de dialogue leur permettant d'exprimer leurs émotions, sentiments, inquiétudes ou interrogations autour de la grossesse et de l'arrivée du bébé ou encore autour du retour à la maison avec l'enfant. Ces entretiens sont donc, pour la sage-femme ou le médecin, des moments déterminants pour repérer, évaluer

et prendre en charge des troubles psychiques qui représentent aujourd'hui un véritable enjeu de santé publique.

Bien qu'elles soient répandues, on sait que seules 40 à 50% des dépressions seraient diagnostiquées alors que les femmes sont en contact régulier avec divers professionnels de santé (sage-femmes, médecins généralistes, pédiatres, puéricultrices de PMI) (7). Ces professionnels de la périnatalité sont de véritables acteurs de santé publique et ont un rôle central dans l'éducation des patientes.

Dans notre enquête, l'hypothèse exposée est que les femmes ne possèdent pas assez de connaissance au sujet de la dépression du post-partum notamment concernant les symptômes et les conséquences de cette pathologie sur elles et sur leur enfant. Notre question de recherche était de déterminer quelles sont les connaissances des mères concernant la dépression du post-partum. Notre objectif principal était d'évaluer les connaissances de femmes majeures ayant accouchées par voie basse ou par césarienne sur les manifestations cliniques de la DPP. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer leurs connaissances sur les conséquences de la DPP, de déterminer le lexique utilisé par les femmes pour décrire les symptômes et les conséquences de la DPP, leurs sources d'informations ainsi que leur satisfaction vis-à-vis de l'information reçue par les professionnels de la périnatalité.

Les résultats de cette étude permettraient d'évaluer les capacités des jeunes mamans à repérer les manifestations cliniques de la DPP, de connaître leur niveau de satisfaction vis-

à-vis de l'information qu'elles reçoivent durant leur suivi. Cela permettrait donc d'ajuster les pratiques actuelles notamment sur le moment adéquat pour aborder le sujet de la dépression du post-partum et sur la modalité de transmission des informations (document écrit décrivant la DPP transmis en fin de séjour à la maternité).

II) MATERIEL ET METHODE

A) Schéma d'étude

C'était une étude quantitative, descriptive, transversale, multicentrique. Elle a été conduite de septembre 2022 à avril 2023, sur le Réseau Périnatal des 2 Savoie (RP2S) et sur le Réseau Périnatal Alpes Isère (RPAI).

B) Population d'étude

Les femmes ont été recrutées par leur sage-femme libérale selon les critères d'inclusions et les critères d'exclusions. Au total, neuf sage-femmes libérales du RP2S et quatre sage-femmes du RPAI ont participé au recrutement de la population d'étude.

Etaient incluses toutes femmes majeures ayant accouché par voie basse ou par césarienne.

Étaient exclues les IMG, les morts fœtales, la naissance d'enfant vivant non viable et les femmes ne parlant pas le français.

Toutes femmes se trouvant à moins de six semaines révolues du post partum et répondant aux critères d'inclusions pouvaient être recrutées.

Après information de l'étude et accord, les femmes ont reçu par leur sage-femme libérale le QR code qui permettait d'accéder au questionnaire.

C) Objectif de l'étude

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer les connaissances de femmes majeures ayant accouché par voie basse ou par césarienne sur les manifestations cliniques de la DPP. Le critère de jugement principal était le taux de réponses justes aux questions 20 à 25 du questionnaire portant sur les manifestations cliniques de la DPP.

Les objectifs secondaires étaient :

- D'évaluer les connaissances des femmes au sujet des conséquences et des risques de la dépression du post-partum pour la femme et pour l'enfant : le critère de jugement était le taux de réponses justes aux questions 26, 27 et 28 du questionnaire portant sur les conséquences et les risques de la DPP.
- De déterminer quels sont les mots les plus employés par les femmes pour décrire les symptômes et les conséquences de la DPP : le critère de jugement était la proportion

des différents termes employés par les patientes, à partir des réponses apportées aux questions ouvertes (question 18 et 19).

- De déterminer les sources d'informations des femmes (personnel soignant, magazine/livre, télévision, réseaux sociaux ...): le critère de jugement était la proportion de chaque source utilisée par les patientes pour se renseigner sur la DPP, évaluée à partir de la question 29.
- De déterminer la satisfaction des femmes vis-à-vis de l'information qu'elles ont reçue par les professionnels de santé : le critère de jugement était le taux de satisfaction évalué grâce à la question 31 avec l'échelle de Likert.

D) Méthode de traitement statistique des données

L'étude a été réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme accessible via un QR code ou un lien internet (voir Annexe 1). Il est composé de 4 parties. Les trois premières parties questionnent les patientes sur quelques caractéristiques comme l'âge, le nombre d'enfant, le type de suivi de la grossesse, la participation à l'EPP, la participation à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). La quatrième partie, comprenant les questions 17 à 35, a permis de répondre aux objectifs de l'étude.

Les questions 20 à 28 ont été présentées sous la forme d'un QCM. Celui-ci a été validé par ma directrice de mémoire, le Dr Anne Ramaut-Zellner, Psychiatre de l'UPPN de Chambéry pour le contenu et validé par mon co-directeur de mémoire, Mr Di Marco, Sage-femme, PhD,

directeur du Département de Maïeutique de Grenoble, pour la forme et la présentation du QCM. J'ai créé ce QCM en me basant sur le DSM-5, le Manuel Diagnostic et Statistique des troubles mentaux ainsi que sur des articles de revue (du CNGOF, du Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, The American college of Obstetricians and Gynecologists ...). Le questionnaire a été créé à partir du logiciel LimeSurvey. Nous avons pu obtenir les proportions recherchées à partir du logiciel et ainsi répondre aux différents critères de jugements de l'étude. L'analyse de données a été complétée avec Excel.

Afin de déterminer le taux de connaissances sur les manifestations cliniques de la DPP, une note a été calculée à partir des réponses aux questions 20 à 25 du questionnaire. La notation a été déterminée ainsi :

- Chaque QCM vaut un point maximum
- Chaque coche ou non coche attendue est une concordance
- Pour les questions 20 et 21 qui sont des questions à réponse unique :
 - Si tout est concordant, la réponse vaut un point
 - Si rien n'est concordant, la réponse vaut 0 point
- Pour les questions 22 à 28 (questions à choix multiple) :
 - Si tout est concordant, la réponse vaut un point
 - S'il y a une discordance, la réponse vaut 0.7 point
 - S'il y a 2 discordances, la réponse vaut 0.3 point
 - S'il y a 3 discordances ou +, la réponse vaut 0 point

Puis, j'ai effectué le calcul de la moyenne de toutes les notes obtenues avec la formule suivante : $(\text{note a} + \text{note b} + \text{note c} \dots) / \text{effectif total de questionnaire}$

Pour évaluer le taux de connaissances des femmes sur les conséquences et les risques de la DPP, nous avons utilisé la même méthode de calcul (calcul des notes puis de la moyenne) à partir des questions 26, 27 et 28.

Concernant les questions ouvertes, LimeSurvey permet d'obtenir l'ensemble des réponses sur un seul document. A partir de ces réponses, j'ai créé un tableau Excel afin de relever les effectifs de chaque mot employé ainsi que les numéros des questionnaires dans lesquels on retrouve ces mots. Ceci a été réalisé de façon indépendante mais de manière identique pour la question 18 et 19. A partir de ce tableau, j'ai calculé la fréquence d'usage de chaque mot en décimal puis en pourcentage en utilisant la formule suivante :

- Calcul de la fréquence en décimal : $\text{effectif pour le mot} / \text{effectif total des mots employés}$
- Calcul de la fréquence en pourcentage : $\text{fréquence en décimal} \times 100$

De cette façon, j'ai déterminé quels sont les mots les plus employés par les femmes pour décrire les symptômes et les conséquences de la DPP.

Ainsi, dans notre étude les caractéristiques à l'inclusion étaient décrites par l'effectif et le pourcentage pour les variables qualitatives et par la médiane, le deuxième et troisième

quartile pour les deux variables quantitative analysées (l'âge et le nombre d'enfants) puisqu'elles présentent un écart à la normalité.

III) LES RESULTATS

A) Description de la population étudiée

L'analyse a porté sur 38 questionnaires dont 36 questionnaires remplis au complet puisqu'une femme a répondu jusqu'à la 19^{ème} question incluse et une autre femme a répondu jusqu'à la 28^{ème} question incluse.

Les caractéristiques principales de la population étudiée sont décrites dans le tableau I.

Tableau I : Caractéristiques de la population d'étude

Age, m, [Q1 ; Q3]		30 [28 ;35]
Nombre d'enfant, m		1 [1 ;2]
En couple, n (%)		38 (100)
Isolée, n (%)		6 (15,79)
Grossesse spontanée, n (%)		35 (92,11)
Grossesse programmée, n (%)		32 (84,21)
Suivi régulier de la grossesse, n (%)		38 (100)
Professionnel de santé assurant le suivi, n (%)	Sage-femme	25 (65,79)
	Gynécologue-Obstétricien	11 (28,95)
	Médecin généraliste	2 (5,26)
Bon déroulement de leur grossesse, n (%)		31 (81,58)
EPP, n (%)		16 (42,11)
PNP, n (%)		35 (92,11)
Projet de naissance, n (%)		8 (21,05)
Ressenti sur l'accouchement, n (%)	Bon	26 (68,42)
	Moyen	9 (23,68)
	Mauvais	3 (7,89)
1 ^{er} accouchement, n (%)		22 (57,89)
Nouveau-né en maternité auprès de sa mère, n (%)		38 (100)

n : effectif

m : médiane

Q1 : premier quartile

Q3 : troisième quartile

EPP : Entretien prénatal précoce

PNP : préparation à la naissance et la parentalité

B) Résultats de l'objectif principal de l'étude :

Parmi les 38 femmes participant à l'étude, comme mentionné précédemment, une femme n'a pas complété la fin de la quatrième partie, dont les questions 20 à 28 correspondent au QCM. Ainsi, 37 QCM ont été évalués.

Les notes calculées à partir des réponses aux questions 20 à 25 du questionnaire ont été regroupées et une moyenne a été établie. Celle-ci est de 4,3 sur 6, soit un taux de bonnes réponses de 71,7 sur 100. Ainsi, le taux de connaissance des femmes sur les manifestations cliniques de la DPP est de 71,7 %.

C) Résultats des objectifs secondaires

A propos des conséquences de la DPP sur la mère et l'enfant

Concernant les connaissances des femmes sur les conséquences et risques de la DPP pour la femme et l'enfant, celles-ci ont été évaluées à partir des notes obtenues aux questions 26, 27, 28. La moyenne des 37 notes est de 2 sur 3, soit un taux de bonnes réponses de 66,7 sur 100. Le taux de connaissance des femmes sur les conséquences et risques de la DPP sur la femme et l'enfant est de 66,7 %.

Réponses aux questions ouvertes

L'ensemble des femmes interrogées (n = 38) ont répondu avoir déjà entendu parler de la DPP.

Les réponses apportées à la question 18 du questionnaire ont permis de relever les mots les plus employés par les femmes pour définir les symptômes de la dépression du post-partum. L'effectif total des termes utilisés est de 140. Les termes avec un taux d'utilisation de 1% sont présentés en annexe (voir Annexe 2).

Le graphique ci-dessous (figure 1) représente les termes les plus employés.

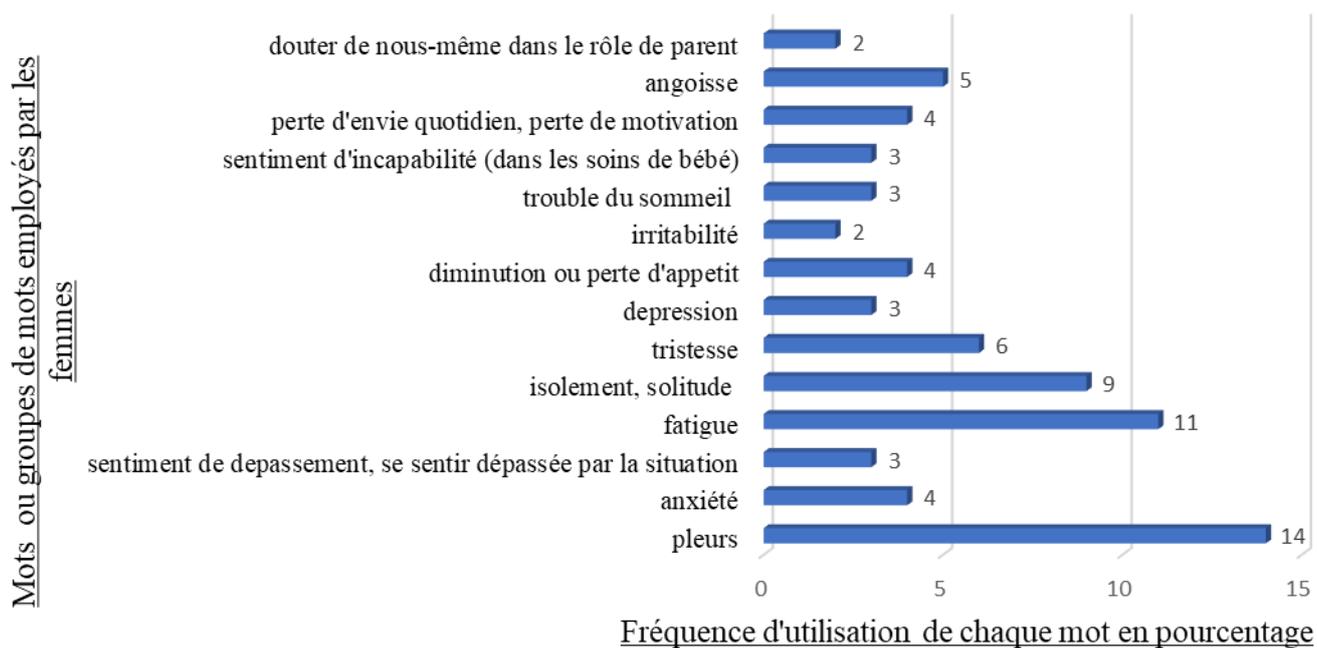


Figure 1: Graphique représentant la proportion de chaque mots employés pour décrire les symptômes de la DPP

Nous pouvons observer que « pleurs » est le terme le plus fréquent avec un taux d'utilisation de 14 % (n = 20). Le terme « fatigue » arrive en deuxième position avec un taux d'utilisation de 11% (n = 16). Le terme « isolement » est employé dans 9 % des cas (n = 12). Au quatrième et cinquième rang, nous retrouvons respectivement le terme « tristesse » avec une fréquence d'utilisation de 6 % (n = 9) et le mot « angoisse » avec 5 % d'utilisation (n = 7).

Les réponses apportées à la question 19 du questionnaire ont permis de relever les mots les plus employés par les femmes pour définir les conséquences et les risques de la DPP pour la femme et pour son enfant. L'effectif total des termes employés est de 80. L'annexe 2 présente les termes employés par les femmes à une fréquence de 1 %. Le graphique ci-dessous (figure 2) représente les termes les plus employés par les femmes interrogées.

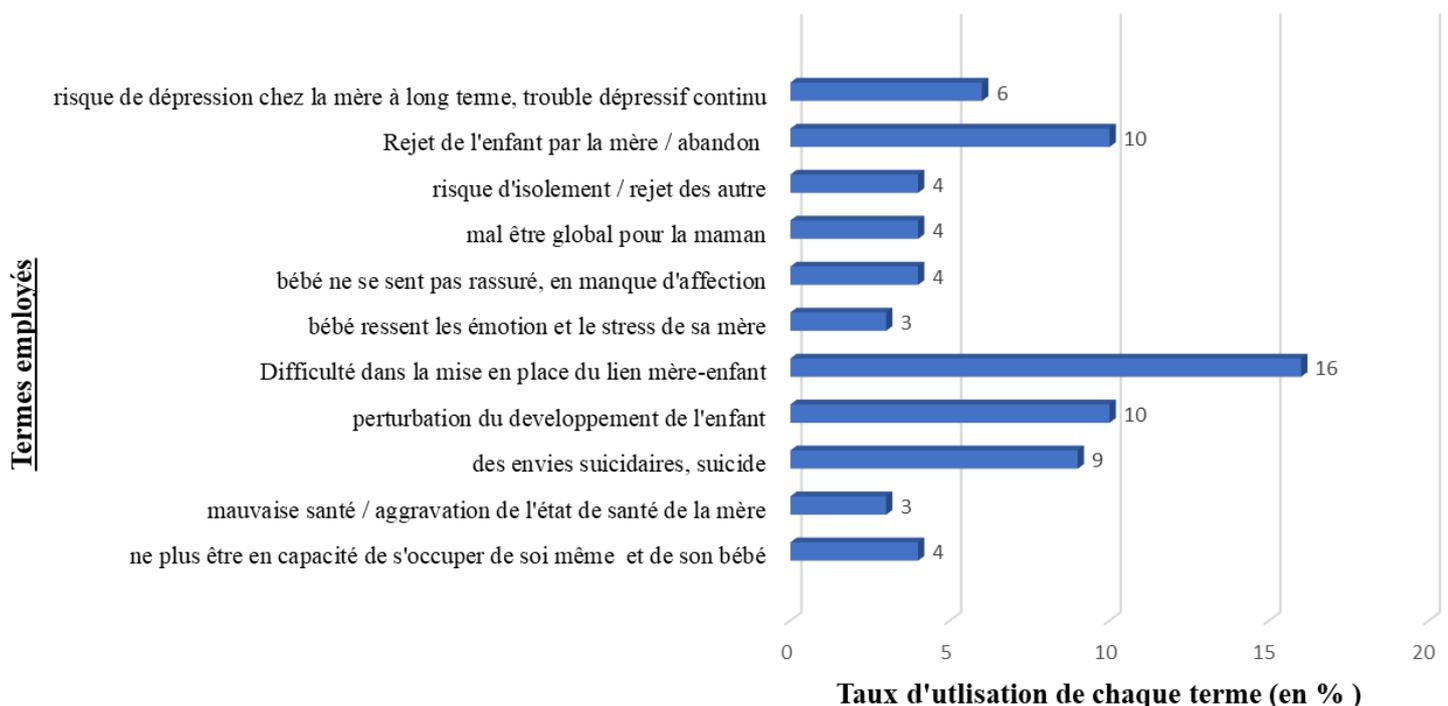


Figure 2: Graphique représentant la proportion de chaque mots employés pour décrire les conséquences et les risque de la DPP

La notion de « mise en place difficile du lien mère-enfant » présente un taux d'utilisation de 16 % (n = 13) et correspond au terme le plus employé par les femmes interrogées pour définir les conséquences et les risques de la DPP. Parmi les termes évoquant le lien mère-enfant, nous retrouvons dans les réponses des femmes les mots suivants : « difficulté dans la mise en place du lien mère -enfant », « difficulté d'attachement avec son bébé », « dégradation du lien mère bebe », « très préjudiciable pour le développement de l'enfant ».

Nous observons que la notion de « rejet de l'enfant par la mère » a été employé dans 10 % des cas (n = 8), exprimée de différentes manières : « abandon », « ne pas lui donner les soins nécessaires à son bon développement voire à sa survie », « ne pas répondre favorablement aux besoins de son bébé ». À la même fréquence, les femmes ont évoqué la notion de « perturbation du développement de l'enfant » : « mauvais développement de l'enfant », « préjudiciable pour le développement personnel », « risque d'apparition de différents troubles dans le développement psychomoteur », « trouble de l'alimentation et de la communication ».

Les femmes ont mentionné le risque suicidaire dans 9 % des cas (n = 7) avec les mots suivants : « suicide de la mère », « des envies suicidaires », « envie de se donner la mort ». Six pourcent des termes utilisés (n = 5) évoquent un risque de dépression chronique : « risque de dépression chez la mère à long terme », « risque de développer un trouble dépressif continu », « dépression qui s'installe dans le temps ».

Information sur la dépression du post-partum

Pour l'analyse des réponses apportées aux questions 29 à 35, c'est-à-dire les questions suivant le QCM, il faut noter que deux femmes n'y ont pas répondu, ce qui représente 5,26 % des réponses pour chaque question. Ainsi, pour l'analyse de ces réponses, 36 questionnaires ont été analysés.

Dans notre étude, les femmes ont été interrogées sur la prévalence de la DPP : 63,89 % des femmes (n = 23) ont répondu que cette pathologie touchait 10 à 20 % des mères après un accouchement. A l'opposé, 30,56 % des femmes (n = 11) pensaient que cette dépression concernait 5 à 10 % des mères et deux femmes, soit 5,56 % des participantes, attribuaient à cette dépression une incidence de plus de 50 %. Aucune femme n'a donné une incidence inférieure à 1%.

En ce qui concerne l'information sur la dépression du post-partum, 2,78 % des femmes (n = 1) déclaraient ne pas en avoir eu. Les sources d'informations proposées étaient les suivantes : médecin, sage-femme, proches, forums internet, livres/magazines, réseaux sociaux, cours de préparation à la naissance. Les femmes avaient la possibilité de cocher plusieurs réponses. La répartition des réponses est présentée dans la figure 3.

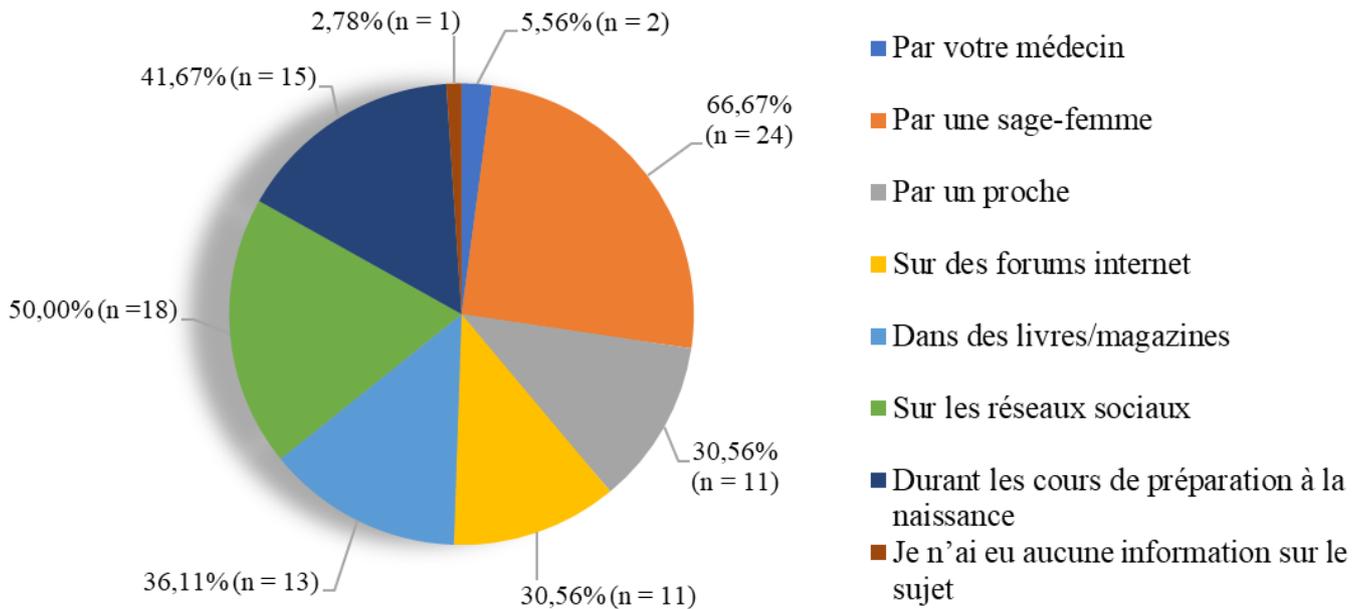


Figure n°3: répartition des sources d'information sur la dépression du post-partum

A propos de l'information reçue par les professionnels de santé, 13,89 % des femmes (n = 5) ont répondu n'en avoir jamais eu. Contrairement à 16,67 % des femmes (n = 6) qui disaient être très satisfaites et 36,11 % des femmes (n = 13) qui déclaraient être satisfaites de l'information reçue par les professionnels de santé, 19,44 % des femmes (n = 7) exprimaient être ni satisfaites, ni insatisfaites. Aucune femme n'a répondu « pas du tout satisfait » et 13,89 % des femmes (n = 5) exprimaient être peu satisfaites.

Dans notre étude, l'échelle de Likert nous a également été utile pour interroger les femmes sur leur souhait d'aborder davantage le sujet de la dépression du post-partum. Parmi les femmes interrogées, 83,34 % d'entre elles (n = 30) souhaitaient que ce sujet soit plus abordé : 52,78 % (n = 19) de réponse « d'accord », 30,56 % (n = 11) de réponse « plutôt d'accord ». En revanche, 5,56 % des femmes (n = 2) ne le désiraient pas : aucune femme n'a

répondu « pas d'accord » et deux femmes disaient être « plutôt pas d'accord ». L'item « neutre » a été coché par 11,11 % des participantes (n = 4).

Concernant le choix du moment le plus propice pour évoquer la DPP, la répartition des réponses des femmes interrogées est présentée dans la figure 4.

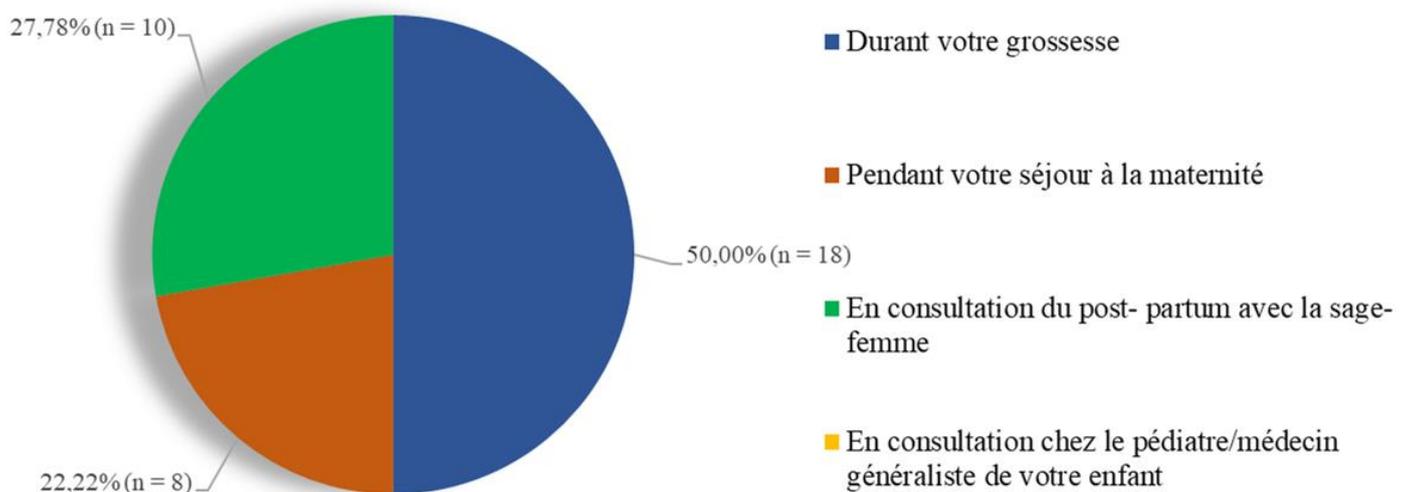


Figure n°4: Répartition des moments les plus adéquats, selon les femmes, pour dispenser les informations sur la DPP

Parmi les mères interrogées, 88,89 % d'entre elles (n = 32) affirmaient savoir vers qui se tourner en cas de détresse psychique ou morale, contre 11,11 % (n = 4) qui ne le savaient pas. Parmi les personnes ou équipes vers lesquelles les femmes iraient en cas de détresse, nous relevons dans les réponses : « sage-femme », « médecin généraliste », « psychologue », « PMI », « UPPN de Chambéry », « gynécologue », « numéro d'urgence », et l'entourage familiale ou amical « conjoint », « maman », « amies mamans ». À noter que, parmi les 23

femmes ayant précisé en commentaire libre les personnes qu'elles contacteraient, 15 femmes ont pensé à la sage-femme comme personne à contacter.

Parmi les 36 femmes ayant répondu aux questions 29 à 35, 21 d'entre elles, soit 58,33 %, exprimaient le souhait d'avoir une fiche écrite, comprenant des informations sur la DPP et des numéros de téléphones professionnels. Contrairement à 15 femmes qui n'approuvaient pas cette proposition. Deux femmes ont ajouté un commentaire : « ça peut toujours aider en cas de problème ou de moment de panique », « des séances devraient être organisées d'office (groupe de mamans, groupe de parole) ».

IV) DISCUSSION

1) L'analyse de l'étude : les points faibles et les points forts

L'élaboration d'un questionnaire en ligne rendait la diffusion plus aisée auprès des femmes, mais les participantes avaient connaissance du thème et des objectifs de l'étude. Elles pouvaient alors se renseigner en amont sur la dépression du post-partum auprès de leurs proches ou sur internet par exemple. Ainsi, un biais de déclaration, lié aux réponses des femmes, pouvait survenir si elles ne répondaient pas honnêtement aux questions posées. Ce biais aurait une incidence sur les réponses des femmes qui auraient effectué des recherches, les résultats obtenus dans l'étude seraient donc biaisés avec des réponses probablement plus

justes par rapport à une participante avec un même niveau de connaissance et n'ayant pas fait de recherche en amont. Pour atténuer ce biais, le questionnaire en ligne débutait par un paragraphe qui décrivait les objectifs de l'étude et insistait sur l'importance de la spontanéité des réponses.

Il aurait été intéressant d'interroger les patientes sur leur niveau d'étude et leur profession afin de connaître la catégorie socio-professionnelle de la population d'étude. Nous pouvons concevoir que des femmes travaillant dans le milieu médical possèdent davantage de connaissance sur la dépression du post partum qu'une autre personne et seraient donc plus motivées à répondre au questionnaire. Nous pouvons également supposer que les femmes ayant été informées sur la DPP par les professionnels de santé durant leur grossesse ou séjour à la maternité seraient plus enclines à répondre au questionnaire. Dans les deux cas, un biais de sélection pourrait apparaître. En effet, en considérant que les femmes informées sur le sujet soient plus volontaires pour répondre au questionnaire, nous pouvons supposer que les conséquences engendrées seraient d'obtenir un taux de connaissance majoré.

De mi-octobre à mi-janvier, 23 questionnaires ont été récupérés mais le nombre de femmes qui ont été recrutées n'a pas été relevé. Le taux de participation n'a donc pas pu être calculé. La méthodologie, en ce qui concerne le recrutement, représente un réel biais dans cette étude.

Devant ce nombre insuffisant de questionnaire, j'ai alors contacté quatre autres sage-femmes libérales du Réseau Périnatal Alpes Isère (RPAI) afin d'en obtenir davantage sur une courte période. Avec la participation active de ces dernières sage-femmes, 15 questionnaires supplémentaires ont été récupérés sur 19 propositions faites par ces sage-femmes libérales auprès de leurs patientes. Cela représente un taux de participation de 78,94 %.

Il est à noter que les premières semaines du post-partum sont une période dans laquelle les mamans sont beaucoup moins disponibles qu'avant la naissance de leur enfant, ce qui fait de ces femmes une population cible plus difficile à recruter pour une étude. Cependant, ce nombre de 15 questionnaires obtenus en deux semaines nous montre bien que la DPP est un sujet qui intéresse les mères et que le faible nombre de questionnaires obtenus dans cette étude n'est pas causé par un manque d'engagement de la part des femmes recrutées. Afin de garantir un nombre de participantes suffisamment important à la fin de la période de recrutement, j'aurais dû contacter beaucoup plus tôt d'autres sage-femmes libérales.

Le seuil de six semaines du post-partum pour le recrutement des femmes a été choisi dans l'objectif de limiter un potentiel biais de mémorisation. En effet, nous pouvons considérer qu'un biais de mémorisation existe dans notre étude puisque certaines participantes ont pu recevoir des informations sur la DPP il y a plus ou moins longtemps par rapport au moment où elles répondent au questionnaire. De cette façon, nous pouvons supposer que certaines informations transmises aux femmes lors des séances de PNP sont probablement oubliées par

rapport à celles transmises lors du séjour à la maternité. Par conséquent, le taux de connaissance des femmes pourrait être influencé selon la proportion de participantes ayant reçu les informations durant leur grossesse versus celles ayant reçu les informations en post-partum.

Une distribution et un relevé quotidien par mes soins aurait donné un poids plus important à l'étude en limitant l'intervention de plusieurs sage-femmes qui est une source potentielle de biais, puisque la manière de présenter l'étude peut influencer l'acceptation ou non à l'étude. Tout en gardant les mêmes critères d'inclusions, j'aurais pu organiser le recrutement des participantes lors de leur sortie de la maternité, ce qui aurait permis de toujours interroger les femmes après que les professionnels de santé leur ont transmis les conseils en suite de couche.

Afin de contrer un éventuel biais de réponse, les questions ouvertes (questions 18 et 19) interrogeant les femmes sur les symptômes et les conséquences de la DPP se présentent avant le QCM. De plus, une fois ces questions complétées, il était impossible de revenir en arrière après avoir commencé le QCM. Les items du QCM ne pouvaient donc pas influencer les réponses des participantes aux questions 18 et 19.

2) Discussion des résultats avec la littérature

L'objectif Principal

Dans notre étude, la moyenne des 37 notes obtenues aux six questions portant sur les manifestations cliniques de la DPP est de 71,7 /100 et parmi les 37 femmes interrogées, une seule femme a eu une note inférieure à 3 sur 6. Nous pouvons ainsi considérer que les femmes possèdent des connaissances satisfaisantes sur les symptômes de la DPP. Ces résultats s'opposent donc à l'hypothèse avancée au début de cette étude, selon laquelle les femmes ne possèdent pas assez de connaissance au sujet de la DPP notamment concernant les symptômes de cette pathologie.

Les résultats de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) menée de 2013 à 2015, ont permis aux professionnels de la périnatalité de prendre conscience de l'enjeu de la santé mentale maternelle. (12) Ainsi, nous pouvons supposer que les professionnels sont plus sensibilisés à la DPP et incluent davantage dans leurs pratiques la transmission d'informations sur ce sujet auprès des femmes et des couples. Et du fait de cette proportion de 13.7 % de mortalité maternelle par suicide, le sujet de la DPP a probablement été davantage présenté dans les magazines, les réseaux sociaux ainsi que les émissions de télévision. Ce qui nous laisse supposer que les femmes sont de plus en plus amenées à prendre connaissance de cette pathologie.

Les objectifs Secondaires

Concernant l'évaluation des connaissances des femmes sur les conséquences de la DPP, l'analyse des résultats montre là aussi une bonne connaissance des femmes sur le sujet puisque la moyenne des 37 notes obtenues aux trois questions du QCM portant sur les conséquences de la DPP est de 66,7 / 100 avec seulement trois femmes sur 37 ayant une note inférieure à 1.5 / 3.

De plus, en analysant les réponses aux questions libres, nous avons pu remarquer que les femmes emploient des termes justes et adaptés à la définition de la DPP. Nous retrouvons dans leurs réponses à la fois des symptômes somatiques, tels que la fatigue, les troubles du sommeil, la perte d'appétit et des symptômes émotionnels comme la tristesse, l'irritabilité, la dévalorisation de soi et l'anhédonie. Au travers des réponses apportées à la question 19, nous pouvons remarquer que les femmes ont également décrit des symptômes cognitifs et celui qui a été le plus employé correspond aux idées suicidaires. Les femmes ont aussi relevé la notion de risque de récurrence dépressive à long terme pour la mère.

Ainsi, nous pouvons dire que les femmes ont conscience de la présentation très hétérogène que peut avoir cette pathologie ainsi que les conséquences à long terme sur la santé de la mère et notamment l'existence de ce risque suicidaire, qui représente aujourd'hui la deuxième cause de mortalité maternelle (12).

Aucune étude scientifique évaluant la connaissance des femmes sur la dépression du post-partum n'a été conduite, excepté une étude réalisée à Caen en 2014 par A. Varin, qui avait pour objectif principal de mesurer l'impact de l'information sur le risque de DPP et qui avait donc interrogé les participantes pour connaître la nature et la qualité de l'information transmise. (13)

Les résultats des objectifs secondaires de notre étude seront analysés par rapport à ceux obtenus dans cette étude prospective observationnelle analytique.

Dans notre étude, nous pouvons souligner que parmi les réponses des femmes à la question ouverte sur les conséquences de la DPP (question 19), les trois termes les plus employés font référence au lien mère-enfant et aux conséquences de la DPP sur le développement de l'enfant. En premier lieu, avec une fréquence d'utilisation de 16 % (n = 13), nous retrouvons la notion de « difficulté dans la mise en place du lien mère-enfant ». En effet, nous savons que l'interaction entre une mère dépressive et son bébé peut être altérée. Plusieurs caractéristiques du comportement maternel chez les femmes atteintes de DPP ont été décrites dans les études : une non-disponibilité affective, une altération des capacités de la mère à reconnaître les signaux que l'enfant lui adresse, un impact négatif de la DPP sur la communication verbale (intonation de voix) mais aussi non verbale, comme les expressions faciales. (14)

Les résultats à cette question 19 rejoignent ceux obtenus à deux items de la question 24 dans le QCM pour lequel 76,32 % des femmes (n = 29) ont coché de manière juste l’item « une mère développant une DPP modifie sa réactivité en réponse aux vocalisations de son enfant » et 89, 47 % (n = 34) des participantes ont coché adéquatement l’item « une mère développant une DPP peut manifester moins d’expression faciale d’empathie envers son enfant ».

Deuxièmement, avec un même pourcentage d’utilisation de 10 % (n = 8) nous retrouvons les notions suivantes : « rejet de l’enfant par la mère » et « perturbation du développement de l’enfant ». Les notions de « rejet de l’enfant », « abandon » par la mère nous évoquent les conséquences qui peuvent apparaître lorsqu’une mère dépressive se sent incapable de s’occuper de son enfant, se sent submergée dans la réalisation des tâches au quotidien. En effet, cette dévalorisation de soi dans ses capacités à être mère, entraîne parfois un désinvestissement et un défaut de maternage auprès de son enfant. Ceci nous fait penser au « retrait relationnel » que les mères dépressives peuvent présenter et qui est bien décrit dans la littérature sous le terme de « style interactif désengagé », en opposition au « style interactif intrusif ». (14)

Concernant la notion « de perturbation du développement », les femmes ont particulièrement détaillé les différentes conséquences possibles à court ou long terme de la DPP sur l’enfant. Elles ont évoqué les troubles de l’alimentation, de la communication et les troubles du développement psychomoteur. À ces résultats, peuvent être corrélés les résultats

obtenus à un item du QCM évoquant l'une des conséquences possibles : « la DPP peut causer chez l'enfant des troubles du développement cognitif ». Parmi les femmes interrogées, 81,58 % (n = 31) d'entre elles ont coché correctement cet item.

Dans l'étude menée par A. Varin, les femmes interrogées ont également pu définir les symptômes et les conséquences de la DPP avec leurs propres mots, cependant nous n'observons pas les mêmes résultats. En effet, dans cette étude, les femmes ont défini les caractéristiques « d'une dépression standard » et n'ont pas relevé les particularités de la DPP, notamment les conséquences sur l'enfant. La comparaison entre cette étude de 2015 et la nôtre nous laisse penser que la DPP était certes déjà connue des femmes mais qu'elles prennent, aujourd'hui, davantage conscience de l'enjeu de cette pathologie sur la relation mère-enfant et sur le développement de l'enfant.

Nous pouvons déduire des résultats de notre étude que les femmes possèdent des connaissances satisfaisantes à propos des conséquences de la DPP sur la mère et notamment sur son comportement envers son bébé ainsi que les conséquences possibles sur le développement de l'enfant. Or, de nombreuses mères dépressives assurent un maternage ajusté et les conséquences sur le développement du bébé n'apparaissent pas dans tous les cas de DPP. L'item numéro deux de la question 25 « la DPP entrave systématiquement l'établissement du lien mère-bébé » a été coché à tort par 54,26 % (n = 21) des participantes et souligne ainsi une méconnaissance pour une bonne moitié des femmes interrogées à propos de l'incidence de ces conséquences sur le lien mère-enfant.

Les femmes interrogées sembleraient conscientes de la fréquence de cette pathologie, puisque 63,89 % (n = 23) d'entre elles pensaient justement que la DPP avait une prévalence de 10 à 20 %. Nous pouvons conclure de manière plutôt satisfaisante sur ces résultats puisque, pour cette question, les propositions de réponse étaient disposées de telle sorte que celle de 10 - 20 % ne se situait pas au centre, afin que les femmes ne connaissant pas la réponse ne soient pas tentées de cocher l'item central. Ces résultats sont en corrélation avec ceux obtenue dans l'étude menée par A. Varin. (13)

Nous pouvons souligner le fait que 100 % des femmes interrogées ont eu un suivi de grossesse régulier, c'est-à-dire une consultation par mois. Concernant les sources d'information, nous avons pu voir que la plus grande majorité des participantes ont été informées par l'intermédiaire d'une sage-femme (66,67 % soit 24 femmes). Ces résultats nous montrent que le rôle de la sage-femme dans l'éducation des patientes et notamment dans la transmission d'information relative à la DPP semble bien accompli. Au contraire, l'étude menée par A. Varin a conclu sur un manque de la part du corps médical dans l'information sur cette pathologie puisque que malgré une proportion importante de participantes ayant eu un suivi médical régulier, seulement 24 % d'entre elles déclaraient avoir été informées sur cette dépression par un professionnel de santé. Nous pouvons supposer que, depuis la parution en 2015 de cette étude, des modalités de prise en charge et d'accompagnement, spécifiques à la période périnatale se sont développées. D'une part, le parcours de soins des femmes intègre désormais obligatoirement une Entretien Périnatal Précoce ainsi qu'un Entretien Postnatal Précoce, qui s'ajoutent aux séances de PNP, et qui représentent des opportunités

supplémentaires pour les femmes pour échanger et recevoir des informations orales. D'autre part, comme supposé précédemment, la proportion croissante de professionnels de santé sensibilisés à la DPP amènerait à une meilleure éducation des femmes enceintes et des mères.

Dans notre étude, les femmes interrogées semblaient être satisfaites de l'information reçue par le ou les professionnels de santé puisque 52,78 % (n = 19) des femmes ont répondu être très satisfaites ou satisfaites et seulement 5 femmes, soit 13, 89 % des participantes, ont répondu être peu satisfaites. Malgré cette majorité de satisfaction, une grande partie des femmes interrogées, plus précisément 83,34 % (n = 30) souhaiteraient que la DPP soit un sujet davantage abordé. Les mêmes résultats ont été retrouvés dans l'étude de 2015 avec 88 % des participantes (n = 183) qui exprimaient ce souhait.

Dans notre étude, la majorité des femmes ayant répondu à la question portant sur les personnes à contacter en cas de détresse psychique ont évoqué la sage-femme. Cela nous montre que, en plus du fait que les sage-femmes semblent bien remplir leur rôle dans la transmission d'information, les mères, elles, ont conscience que l'un des premiers professionnels de santé qu'elles peuvent contacter est la sage-femme.

Dans notre étude, nous pouvons souligner que la moitié des 36 femmes ayant répondu à la question déclaraient que le moment le plus adéquat pour aborder le sujet de la DPP serait durant la grossesse contrairement aux 18 autres femmes qui ont répondu « en post-partum » : huit femmes ont choisi la période du séjour à la maternité et dix femmes celui des

consultations du post-partum. En revanche, dans l'étude menée par A. Varin, plus de la moitié des femmes interrogées proposaient le moment de la grossesse pour aborder le sujet.

Toutefois, il est important de prendre en compte une réelle différence entre les deux études en ce qui concerne la puissance de l'étude puisque l'étude menée par A. Varin compte 208 questionnaires. Ainsi, il aurait été intéressant d'obtenir une même taille de cohorte afin de comparer ces résultats entre l'année 2015 et l'année 2023 et de déterminer si aujourd'hui les femmes proposeraient que l'information sur la DPP soit mieux reçue pendant la grossesse ou pendant le post-partum. Obtenir une étude de puissance comparable à celle de A. Varin aurait également permis de conclure de manière plus fiable sur l'évolution des connaissances des femmes sur la DPP et sur leur source d'information.

Enfin, nous pouvons noter que les deux études ont conduit aux mêmes résultats concernant la proposition d'obtenir une fiche écrite informant sur la DPP. Malgré 83,34 % (n = 30) des femmes interrogées dans notre étude souhaitant que le sujet de la DPP soit plus abordé, seulement 58,33 % des participantes souhaitaient qu'une fiche écrite soit transmise. Ceci montre que les femmes sont intéressées par le sujet mais ne semblent pas à la recherche d'informations par écrit. Il a été supposé, dans l'étude de A. Varin, que ce refus d'obtenir une fiche écrite pourrait expliquer la part plus importante de femmes évoquant la grossesse comme le moment le plus adéquat pour aborder le sujet, puisque les séances de PNP offrent la possibilité aux femmes d'échanger sur le sujet avec la sage-femme, voir avec d'autres couples dans le cas de séance en groupe. Nous rappelons que dans notre étude autant de

femme souhaitaient que le sujet soit abordé pendant la grossesse qu'en post-partum. Ceci nous fait revenir sur l'intérêt qu'il y aurait eu d'obtenir un nombre plus important puisque ce pourcentage obtenu aurait probablement changé et aurait permis de conclure sur une similarité ou une différence par rapport à l'étude menée en 2015.

De plus avec une population d'étude plus grande et en supposant qu'un pourcentage significatif de femme auraient choisi le post-partum, ce résultat aurait pu nous interroger, en tant que professionnel de la périnatalité, sur la manière d'aborder le sujet et peut-être nous amener à informer de manière plus systématique les femmes à propos de la DPP, notamment lors des conseils de sortie en maternité.

Conclusion

Cette étude a permis de mettre en évidence que les connaissances des femmes sur la DPP, plus particulièrement sur ses manifestations cliniques et sur ses conséquences sur la femme et l'enfant, étaient satisfaisantes : les deux taux de connaissances étaient en effet compris entre 65 / 100 et 75 / 100. De plus, cette étude nous a montré d'une part que les femmes étaient satisfaites de l'information qu'elles avaient reçues par le professionnel de santé à propos de la DPP et d'autre part, que les sage-femmes ont une place centrale dans cette information puisqu'elles représentent la source d'information majeure pour les femmes par rapport aux autres sources possibles. Malgré un défaut de puissance dans notre étude,

nous avons pu supposer que ce pourcentage de femmes informées par les professionnels de santé est en nette augmentation par rapport aux années précédentes.

Nous avons pu relever aussi que les femmes souhaitent que le sujet de la DPP soit davantage abordé. Comme nous l'avons dit, cela avait également été observée dans une étude précédente. Cependant, d'après les résultats obtenus dans les deux études, cette demande de la part des femmes relève d'une information plutôt orale, puisque la proposition faite aux femmes de recevoir une fiche écrite informant sur la DPP n'a pas été concluante. Ainsi, cette réponse des femmes nous laisse supposer qu'elles peuvent facilement trouver, d'elles même, des informations écrites mais qu'elles seraient plutôt à la recherche d'échanges oraux sur le sujet, afin de répondre à leurs inquiétudes, leurs interrogations. Ces résultats viennent corroborer les propositions relevées dans le rapport des 1000 premiers jours, paru en septembre 2020.

En effet, cette commission d'experts a proposé de créer des groupes de parents et d'organiser des séances consacrées à des échanges libres entre parents ou des séances structurées autour de divers thèmes. (7) Ce type de séances collectives, animées par un professionnel de santé, pourraient répondre parfaitement à la demande des femmes relevée dans cette étude. Ainsi, il serait intéressant de mettre en place ce type de séance en post-partum, et notamment de proposer aux femmes une séance abordant le sujet de la dépression du post-partum.

Références Bibliographiques

1. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité [Internet]. [consulté le 2 avr 2023]. Disponible sur:
<https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f2ficd%2f2fentity%2f578635574?view=G1>
2. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
3. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2016. (L'officiel ECN).
4. Masmoudi J, Trabelsi S, Charfeddine F, Jaoua A. LA DEPRESSION DU POST PARTUM. :7.
5. Deneux-Tharoux C, Morau E, Dreyfus M. Mortalité maternelle en France 2013–2015 : un profil qui évolue. Gynécologie Obstétrique Fertilité Sénologie. janv 2021;49(1):1-2.
6. Saucedo M, Deneux-Tharoux C. Republication de : Mortalité Maternelle, Fréquence, causes, profil des femmes et évitabilité des décès en France 2013–2015. Anesth Réanimation. janv 2022
7. rapport-1000-premiers-jours.pdf [Internet]. [consulté le 30 mars 2022]. Disponible sur:
<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
8. Article 62 - LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 (1) - Légifrance [Internet]. [consulté le 8 janv 2023]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000039675412
9. Les 1 000 premiers jours : du concept à l'action en faveur du suivi de la femme enceinte et l'enfant [Internet]. [consulté le 8 janv 2023]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/medecin/actualites/1000-premiers-jours-concept-action-faveur-suivi-femme-enceinte-enfant>
10. Dépression post-partum : un entretien postnatal précoce systématique pour les jeunes mamans [Internet]. [consulté le 13 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15804>
11. Bleuzen E, Benjilany S, Gantois A, Kheniche M, Baunot N, Guillaume S, et al. Entretien postnatal précoce - Préconisations pour la pratique clinique.
12. Deneux-Tharoux C. Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015 (Synthèse). 2021;
13. Varin A. La dépression du post partum: qualité de l'information reçue et prévalence du risque à J3: étude menée auprès de 208 femmes au CHU de Caen. 2015;
14. Tissot H, Frascarolo F, Despland JN, Favez N. Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale: Psychiatr Enfant. 22 déc 2011;Vol. 54(2):611-37.

15. Maïnella E, Séjourné N, Chabrol H. Étude du lien entre le niveau de connaissances des mères sur le baby-blues et l'intensité de sa symptomatologie. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. oct 2007;17(3):120-4.
16. Recommandations pour la pratique clinique - Post-Partum. Élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français. 2015
17. Screening for Perinatal Depression. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. nov 2018;132(5).
18. Saucedo M, Tessier V, Leroux S, Almeras A, Denaux-Tharoux C. Mortalité maternelle en France, mieux comprendre pour mieux prévenir. *Inserm*. janv 2021.
19. Bydlowski S. Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance : recommandations. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. déc 2015;44(10):1152-6.
20. Clenquet A, Corde P, Degorre S, Crovetto C, Guilé JM, Benarous X. Effets des troubles psychiatriques du péri-partum sur la relation parent-enfant. *Sages-Femmes*. juill 2022;21(4):17-20.
21. Tebeka S, Dubertret C. Dépression du post-partum. *Presse Médicale Form*. nov 2021;2(5):439-41.
22. Valentin C. Dépression et grossesse. Les répercussions pédiatriques de la dépression maternelle. *Rev Sage-Femme*. mars 2008;7(1):9-12.
23. Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles. Comment mieux informer les femmes enceintes. [Internet]. Novembre 2004. [Consulté le 29 mars 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf
24. EPDS (Echelle d'Edimbourg) | Association Maman Blues [Internet]. [consulté le 02 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.maman-blues.fr/1000-jours-epds-widget/>
25. Article 86 - LOI n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 (1) - Légifrance [Internet]. [consulté le 10 avr 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000044553544
26. Taupiac M. Dépression postnatale maternelle et conséquences sur le nouveau-né et le nourrisson: étude bibliographique. 2017

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire transmis aux femmes :

Mémoire d'une étudiante sage-femme

Bonjour Madame, je suis Maira AJSASSI, étudiante sage-femme en 5^è année.

Vous venez d'avoir un bébé et je vous sollicite pour participer à une étude portant sur la dépression du post-partum.

L'objectif de cette enquête est d'évaluer les connaissances que vous avez sur la dépression du postpartum, si vous avez reçu une information concernant cette pathologie par les différents professionnels de santé et quel est votre niveau de satisfaction vis-à-vis de l'information reçue.

Environ 10 minutes suffisent pour remplir le questionnaire.
Les réponses qui vont suivre respecteront votre anonymat.

Merci de répondre spontanément sans faire de recherche.

Merci beaucoup pour votre participation à l'enquête !

A. Généralité :

1. **Quel âge avez-vous ?**
2. **Vivez-vous en couple ?** Oui Non
3. **Vous sentez-vous isolée ?** Oui Non
4. **Combien avez-vous d'enfants ?**

B. Pour cette grossesse

5. C'est une grossesse :

- Spontanée
- Non spontanée (issue d'une Procréation médicalement assistée)

6. C'est une grossesse :

- Programmée
- Non programmée (grossesse non prévue, grossesse sous contraception, déni de grossesse)

7. Vous avez eu :

- Un suivi régulier (1 fois/mois) Un suivi irrégulier Aucun suivi

8. Pour votre grossesse, vous avez été suivie par :

- Une sage-femme Un gynécologue obstétricien Un médecin généraliste

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

- Oui Non

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

- Oui Non

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

- Oui
 Non

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

- Oui Non

13. Quel est votre ressenti sur votre accouchement ?

- Bon Moyen Mauvais

14. Il s'agissait de votre premier accouchement (voie basse ou césarienne) :

- Oui Non

C. Concernant le séjour en suites de couches

15. Votre enfant était :

- En maternité auprès de vous Hospitalisé en néonatalogie

16. Comment vous sentiez vous ?

- Je me sentais bien
 Perdu dans les soins du bébé
 Autre : ...

D. En ce qui concerne la dépression du postpartum

17. Avez-vous déjà entendu parler de la dépression du postpartum ?

- Oui Non

18. Selon vous, comment se manifeste la dépression du post-partum ? Quels sont les symptômes ? (Manifestations psychiques et/ou physiques)

19. Selon vous, quelles sont les conséquences et les risques de la dépression du post-partum pour la femme et pour son enfant ?

20. Les symptômes de la dépression du post-partum : (Une seule réponse à choisir)

- sont exclusivement physiques
- sont exclusivement psychiques
- peuvent être psychiques et physiques

21. La dépression du post-partum se manifeste chez la maman par un épuisement qui : (Une seule réponse à choisir)

- n'impacte pas la capacité à s'occuper de son enfant (capacités de maternage)
- peut mettre en difficulté la mère dans les soins à apporter à son enfant

22. Cet épuisement lié à la dépression du post-partum : (Une ou plusieurs réponses possibles)

- s'améliore par le repos ou le sommeil
- se présente comme une fatigabilité intense et anormale/inexpliquée
- se manifeste dès le matin avec une impression de manquer d'énergie en permanence
- ne s'accompagne jamais de pleurs
- Toutes les autres propositions sont fausses

23. La dépression du post-partum se manifeste chez la maman par une humeur triste : (Une ou plusieurs réponses possibles)

- variable au cours de la journée
- constante qui dure presque toute la journée
- avec parfois un sentiment d'irritabilité
- avec parfois des pensées autour de la mort
- Toutes les autres propositions sont fausses

24. La dépression du post-partum se manifeste chez la maman par : (Une ou plusieurs réponses possibles)

- Des troubles du sommeil
- Une augmentation des capacités d'attention
- Une perte d'appétit qui peut entraîner un amaigrissement
- Une augmentation des envies
- Toutes les autres propositions sont fausses

25. La dépression du post-partum se manifeste chez la maman par une humeur triste : (Une ou plusieurs réponses possibles)

- qui n'entraîne pas de découragement vis-à-vis des capacités de maternage
- associée parfois à une dévalorisation de soi, une perte de confiance
- avec parfois des pensées intrusives ou effrayantes
- associée à une anxiété centrée sur le bébé
- Toutes les autres propositions sont fausses

26. Une mère développant une dépression du post-partum : (Une ou plusieurs réponses possibles)

- instaure **le plus souvent** un lien mère/bébé harmonieux
- peut manifester moins d'expression faciale d'empathie envers son enfant
- modifie sa réactivité en réponse aux vocalisations de son enfant
- se montre **systématiquement** très engagée envers son enfant
- Toutes les autres propositions sont fausses

27. La dépression du post-partum : (Une ou plusieurs réponses possibles)

- N'entraîne pas de retentissement professionnel, social ou familial
- **Entrave systématiquement** l'établissement du lien mère/bébé
- Peut causer chez l'enfant des troubles du développement cognitif
- **Entraine parfois des** conséquences sur la santé de la mère à long terme
- Toutes les autres propositions sont fausses

28. Concernant les conséquences de la dépression du post-partum sur l'enfant : (Une ou plusieurs réponses possibles)

- L'implication d'un membre de la famille joue un rôle protecteur sur l'enfant
- La dépression du post-partum n'aura pas de conséquence sur l'adolescence de l'enfant
- Une séparation mère/enfant peut être envisagée pour protéger l'enfant
- L'état de santé de l'enfant n'influe pas sur la gravité d'une dépression maternelle
- Toutes les autres propositions sont fausses

29. Par quel(s) intermédiaire avez-vous été informée sur la dépression du postpartum ?

(Plusieurs réponses possible)

- Par votre médecin
- Par une sage-femme
- Par un proche
- Sur des forums internet
- Dans des livres/magazines
- Sur les réseaux sociaux
- Durant les cours de préparation à la naissance
- Je n'ai eu aucune information sur le sujet

30. Pour vous, quelle est le pourcentage de femmes ayant une dépression du postpartum ?

- Moins de 1 %
- 5-10 %
- 10-20 %
- Plus de 50 %

31. Etes-vous satisfaite de l'information que vous avez reçu par les professionnels de santé sur la dépression du post-partum (que ce soit durant la grossesse ou en salle de naissance ou en suite de couche) ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Ni satisfait, ni insatisfait
- Peu satisfait
- Pas du tout satisfait

32. Souhaiteriez-vous que le sujet sur la dépression du postpartum soit plus abordé ?

- Pas d'accord Plutôt pas d'accord Neutre Plutôt d'accord D'accord Sans avis

33. Pour vous, quel est le moment le plus adéquat pour aborder le sujet ?

- Durant votre grossesse
 Pendant votre séjour à la maternité
 en consultation du post- partum avec la sage-femme
 en consultation chez le pédiatre/médecin généraliste de votre enfant

34. Si vous étiez en détresse psychique ou morale, sauriez-vous vers qui vous tournez ?

- Oui, précisez vers qui :
- Non

35. Souhaiteriez-vous avoir une fiche écrite donnant quelques informations sur le sujet et des numéros de téléphone de professionnels en cas de besoin ?

- Oui Non

Dans les semaines à venir, si vous avez besoin d'une écoute, n'hésitez pas à contacter votre sage-femme ou votre médecin généraliste.

Annexe 2 : Les autres termes employés par les femmes

Tableau présentant les différents termes employés avec une incidence de 1 %, pour décrire les symptômes de la DPP

« réaliser les soins mécaniquement sans prendre plaisir », « ressentir des regrets »
« manque d'empathie », « peur », « mal être », « perte d'énergie », « nervosité »
« ralentissement psychomoteur », « ne pas se sentir à la hauteur »
« perte de poids », « s'oublier soi-même », « perte de patience », « se sentir incapable »,
« désespoir », « stress », « enfermement », « ne pas s'occuper de son enfant »
« se laisser aller », « aucune joie de vivre », « détresse »,
« perte d'envie de prendre soin de son enfant »,
« pas d'envie de sortir, de voir du monde », « difficulté à créer du lien avec son bébé »,
« peur de s'occuper seule de son bébé », « culpabilité », « baisse de l'estime de soi »,
« ne plus supporter les cris de son bébé », « envie de retrouver sa vie d'avant ».

Tableau présentant les différents termes employés avec une incidence de 1 %, pour décrire les conséquences de la DPP

« charge mentale élevée chez la femme », « fatigue post accouchement », « bébé secoué »,
« émotions négatives », « mise en danger de l'enfant »,
« un sentiment d'abandon chez l'enfant », « du laisser-aller »,
« conséquences psychologiques », « se sentir bonne à rien »,
« risque d'apparition de différents troubles dans le développement psychomoteur »,
« risque d'apparition de différents troubles de l'alimentation »,
« risque d'apparition de différents troubles de la communication », « pleurs »,
« ne pas supporter son enfant, ses pleurs », « manque de confiance en soi »,
« si traitée trop tardivement, augmentation de la durée de guérison de la DPP »,
« risque d'hospitalisation », « risque d'arrêter l'allaitement »,
« dépression causée par une grande fatigue liée à la grossesse et à l'accouchement »,
« confrontation à la réalité de la vie avec un nouveau-né, face à l'idéal que l'on se serait créé pendant la grossesse », « maltraitance du bébé »,
« risque vital pour la mère selon le degré de la dépression », « culpabilité de la maman »,
« risque d'évolution vers la mélancolie », « difficulté dans la réalisation des tâches du quotidien », « incompréhension de la mère devant les demandes du bébé »,
« conséquence possible sur le partenaire avec risque de dépression ».

Résumé

Objectif : Evaluer les connaissances de femmes majeures ayant accouché par voie basse ou par césarienne sur les manifestations cliniques de la dépression du post-partum (DPP).

Méthode : étude quantitative, descriptive, transversale, multicentrique menée sur le Réseau Périnatal des 2 Savoie (RP2S) et sur le Réseau Périnatal Alpes Isère (RPAI) en 2023. Ont été incluses des femmes majeures ayant accouché par voie basse ou par césarienne et parlant le français. Le critère de jugement principal était le taux de réponses justes au QCM portant sur les manifestations cliniques de la DPP. Les critères de jugement secondaire étaient le taux de bonnes réponses aux questions portant sur les conséquences et les risques de la DPP, la proportion des différents termes employés par les patientes pour définir les symptômes et les conséquences de la DPP, la proportion de chaque source utilisée par les patientes pour se renseigner sur la DPP et le taux de satisfaction des femmes vis-à-vis de l'information qu'elles ont reçu par les professionnels de santé.

Résultats : 38 questionnaires ont été recueillis. Les moyennes obtenues au QCM sont de 71,7 / 100 pour les symptômes et de 66,7 / 100 pour les conséquences de la DPP. L'étude quantitative des termes employés par les femmes nous montre un lexique juste et approprié à la définition de la DPP. Il a été relevé une bonne satisfaction des femmes sur l'information reçue par les professionnels de santé.

Conclusion : Les résultats nous montrent une connaissance satisfaisante des femmes à propos des symptômes et des conséquences de la DPP. Les femmes semblent satisfaites de l'information reçue par les professionnels de santé sur cette pathologie. En revanche, elles semblent demandeuses d'obtenir davantage d'information et notamment sous la forme d'échange direct avec un professionnel de santé.

Mots Clefs : Dépression du post-partum, taux de connaissance, informations

Abstract :

Objectives: To assess the knowledge of adult women who have given birth by vaginal delivery or caesarean section about the clinical manifestations of postpartum depression

Methods: Quantitative, descriptive, cross-sectional, multicentre study conducted on the Réseau Périnatal des 2 Savoie (RP2S) and on the Réseau Périnatal Alpes Isère (RPAI) in 2023. The study included adult women who had given birth by vaginal delivery or caesarean section and who spoke French. Data were collected by means of an online questionnaire and analysed using Lime Survey and Excel software. The primary endpoint was the rate of correct answers to questions 20 to 25 of the questionnaire on the clinical manifestations of PPD. The secondary outcome measures were the rate of correct answers to questions about the consequences and risks of PPD, the proportion of different terms used by patients to define the symptoms and consequences of PPD, the proportion of each source used by patients to learn about PPD, and the women's satisfaction with the information they received from healthcare professionals.

Results: 38 questionnaires were collected. The averages obtained in the MCQ are 71.7/100 for the symptoms and 66.7/100 for the consequences of PPD. The quantitative study of the terms used by the women shows us an accurate and appropriate lexicon for the definition of PPD. The women were satisfied with the information they received from the health professionals.

Conclusion: The results show that women's knowledge of the symptoms and consequences of PPD was satisfactory. The women seemed satisfied with the information received by health professionals on this condition. However, the results suggest that a written information sheet on PPD should be included.

Keywords : Postpartum depression, awareness rate, information