



HAL
open science

Les connaissances des sages-femmes sur la dépression post-natale

Lucie Kasprzak

► **To cite this version:**

Lucie Kasprzak. Les connaissances des sages-femmes sur la dépression post-natale. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04199405

HAL Id: dumas-04199405

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04199405>

Submitted on 7 Sep 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.



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ DE CLERMONT - AUVERGNE

**LES CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES
SUR
LA DÉPRESSION POST-NATALE**

**MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR
KASPRZAK Lucie**

DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2022



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ DE CLERMONT - AUVERGNE

**LES CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES
SUR
LA DÉPRESSION POST-NATALE**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR
KASPRZAK Lucie**

DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2022

Abréviations

DAD-P : Questionnaire de Dépistage Anténatal du risque de Dépression du Postpartum ou questionnaire de Genève

DPN : Dépression Post-Natale

DPP : Dépression du Post-Partum

EPDS : Edinburgh Post-natal Depression Scale. Echelle d'Edimburgh pour la Dépression post-natale

EPN : Entretien Pré natal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité

VPN : Visite Post-Natale

Table des matières

INTRODUCTION	2
REVUE DE LA LITTÉRATURE	4
<u>PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DE LA DEPRESSION DU POST-PARTUM</u>	<u>5</u>
1. <i>Historique</i>	5
2. <i>Désir de grossesse et maternité</i>	6
3. <i>Définition de la dépression du post-partum</i>	6
a. <i>Épidémiologie</i>	7
b. <i>Facteurs de risques</i>	7
c. <i>Tableau clinique</i>	8
d. <i>La dimension culturelle</i>	8
4. <i>Diagnostiques différentiels</i>	9
a. <i>Le « baby-blues »</i>	9
b. <i>La psychose puerpérale</i>	10
c. <i>Le trouble du stress post-traumatique</i>	10
5. <i>Les conséquences</i>	10
a. <i>Sur le couple et le père</i>	11
b. <i>Sur la relation mère-enfant</i>	11
c. <i>Sur le développement de l'enfant</i>	12
<u>SECONDE PARTIE : LA PLACE DES PROFESSIONNELS DE SANTE DANS LA PREVENTION, LE DEPISTAGE ET LE DIAGNOSTIQUE DE LA DPP</u>	<u>13</u>
1. <i>La prévention</i>	13
a. <i>A quel moment ?</i>	14
b. <i>Les acteurs du dépistage</i>	14
2. <i>Le dépistage</i>	15
a. <i>En période anténatal</i>	16
b. <i>En période post-natal</i>	16
METHODE	18
1. <i>Population</i>	19
2. <i>Méthodologie</i>	19
RESULTATS	22
1. <i>Taux de réponses</i>	23
2. <i>Caractéristiques de la population</i>	23
3. <i>Évaluation des connaissances des sages-femmes sur la DPP</i>	24
4. <i>Évaluation de pratiques de sages-femmes</i>	32
DISCUSSION	34
CONCLUSION	40
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	

Introduction

La dépression du post-partum (DPP) se définit comme un épisode dépressif qui apparaît à distance de l'accouchement. Deux pics de prévalence ont été décrits à 4-6 semaines et à 9-15 mois de l'accouchement. Selon les études, la prévalence de cette pathologie varie de 11 à plus 20% et serait sous-dépistée et donc sous-diagnostiquée. Près d'une femme sur deux, présentant une dépression du post-partum ne serait pas identifiée comme telle (1-6).

Ce trouble maternel affecte la santé mentale de la mère, peut interagir sur la relation et le développement de son enfant et de plus en plus d'études se penchent sur le versant paternel qui serait lui aussi affecté (7-10). La majorité des femmes seraient informées de ce trouble par les médias et non pas par les professionnels de santé (11).

Du fait de sa prévalence, du sous-diagnostic et de l'impact maternel, infantile, familial et conjugal le dépistage de la dépression du post-partum par le plus grand nombre de professionnels de santé et donc par les sages-femmes, représente un enjeu fort de santé publique. Beaucoup d'études sont portées sur la DPP et les répercussions que peut avoir ce trouble. Mais peu d'études sont retrouvées sur les connaissances et sur le ressenti des professionnels de santé et leur compétence à diffuser un message de prévention sur cette pathologie. Il paraît important de faire un état des lieux des connaissances des sages-femmes concernant la dépression du post-partum, de connaître leur pratique vis-à-vis de la prévention de cette pathologie et chercher à comprendre quels sont leurs freins à informer les futurs parturientes/couples. Il convient de chercher une piste d'amélioration pour une meilleure information des couples et une sensibilisation des professionnels de santé sur ce sujet.

Notre revue de la littérature présentera la DPP, avec la place de la psychologie dans la maternité, mais aussi la place des professionnels de santé dans la prévention et le dépistage. Après une présentation de la méthode de recherche, la description des résultats mènera à l'analyse et la discussion de ceux-ci. Un plan d'action sera proposé en fin de travail.

Revue de la littérature

PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DE LA DEPRESSION DU POST-PARTUM

1. Historique

Après la grossesse et l'accouchement, la période post-natale entraîne de nombreux changements sur le plan biologique, cognitif, socio-familial et sur le plan psychologique à l'origine de troubles. Ces troubles ne sont pas des phénomènes récents comme le montrait Hippocrate dans ses écrits « La folie des parturientes » datant de l'antiquité (troisième des livres des épidémies). Il relatait déjà des troubles mentaux survenant après l'accouchement (11–14).

Mais ce n'est qu'au cours du XIX^{ème} siècle, grâce à deux médecins français (Esquirol et Macé) que les premières recherches concernant l'état psychopathologique des femmes enceintes et des futures accouchées se sont développés.

Esquirol, à partir de 1819, évoquait en premier « des états d'agitation maniaque dont le modèle est l'état d'agitation physique et psychique maniaque post puerpéral ». Par la suite, il constatait que ces pathologies du post-partum sont finalement peu diagnostiquées du simple fait de l'absence de dépistage et de connaissance sur le sujet. Durant la seconde partie du XIX^{ème}, Macé, s'intéressait au versant psychiatrique du post-partum et a publié le « Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet », ainsi que « Causes de la folie puerpérale ». Ces écrits ont fait sa renommée et feront de la psychose puerpérale une entité clinique à part entière. Son nom a été donné à la « société Macé » qui est la société psychiatrique périnatale anglaise, créée et reconnue dans la compréhension, la prévention, le dépistage et le traitement des troubles mentaux lié à la maternité.

Il faudra attendre le milieu XX^{ème} siècle, pour retrouver de l'intérêt pour les troubles périnataux. Les écrits ont été pauvres après ceux d'Esquirol et de Macé. Près d'un siècle passa sans ouvrage concernant les troubles périnataux. On associait auparavant les troubles mentaux, aux fièvres puerpérales ou fièvres de lait. Mais l'après-guerre a marqué un tournant. De nombreux scientifiques cherchaient à étudier l'étiologie de ces troubles psychologiques périnataux ce qui a abouti à une période riche en ouvrages. Il a été mis en évidence, un état dysphorique au troisième jour du post-partum qui touche une majorité de femmes. Il est considéré comme un trouble normal de l'humeur,

transitoire même physiologique puisqu'il touche de nombreuses parturientes. Des travaux multidisciplinaires (psychologues, psychiatres et obstétriciens) permettront la mise en évidence de nouvelles données.

Dans les années 60-70, la labilité psychique du post-partum a été identifiée avec deux pathologies singulières : le post-partum blues, fugace, fréquent et bénin et la psychose puerpérale, moins fréquent, mais avec des conséquences néfastes.

C'est grâce aux travaux de Pitt et son équipe que l'on aura pu mettre en évidence la dépression du post-partum, avec une incidence et une gravité intermédiaire par rapport aux deux psychoses précédentes.

Il faudra attendre les années 80-90 pour qu'une réelle distinction soit mise en place au sein des troubles psychiques postnataux.

2. Désir de grossesse et maternité

En 1961, Racamier, utilisait le terme de maternité pour décrire les processus psychiques mis en œuvre au cours de la grossesse (15). La grossesse était décrite comme un raz de marée émotionnel avec un remaniement psychique, psychologique mais aussi hormonal (16). C'est une période de crise identitaire pour la femme qui devient mère (17).

Devenir parent est une tâche complexe. C'est une décision, réfléchi et planifiée. Ce changement est marqué surtout chez la femme qui aspire à une vie de femme libre, épanouie, à une carrière accomplie. La pression sociétale a aussi évolué : il y a encore quelques années, le simple fait d'être mère était déjà un accomplissement (18).

Au XXIème siècle, la société attend de la femme, qu'elle réussisse sur tous les plans, générant ainsi de fréquents conflits internes, des souffrances, au moment où elles envisagent la maternité. Il ne suffit plus de devenir parents, il faut réussir sa parentalité (19).

3. Définition de la DPP

La dépression du post-partum correspond à un épisode dépressif caractérisé sans caractéristique psychotique dont les symptômes apparaissent dans les 4 semaines selon le

DSM-IV ou les 6 semaines selon la CIM-10, après l'accouchement (1). Les experts du champ de la psychiatrie périnatale s'accordent à dire que cette définition s'étend à l'année suivant l'accouchement (14,15).

Deux pics de fréquence sont observés : le premier dans les 4-6 semaines suivant l'accouchement, et le second, plus tard entre 9-15 mois (2). Les nouvelles accouchées ont deux fois plus de chances de se faire hospitaliser en milieu psychiatrique dans l'année qui suit une naissance (13).

a. Épidémiologie

Selon plusieurs ouvrages, la prévalence de la DPP chez la femme, varie entre 10 et 20%(11)(12). Une méta-analyse de 2018 révélait, elle, un taux à 18% (1,3). Certaines études retrouvaient un sous-diagnostic de cette pathologie post-natale. La DPP serait diagnostiquée chez la moitié des patientes malades, dû notamment au fait de la difficulté à la dépister. (4,6)

Cette dépression du post-partum touche également les pères. Ce ne sera pas le sujet de notre écrit, mais il reste intéressant de constater que la prévalence varie de 1,2 % à 25 % selon les études. L'un des principaux facteurs de risque de la DPP chez le conjoint, est la DPP chez la mère. Cela souligne la période de sensibilité dans la vie conjugale (1,10).

Dans environ 40% des cas, la dépression a débuté pendant la grossesse. A travers les craintes et les angoisses au sujet de l'enfant à naître, la DPP pourrait être dépistée dès cette période (2).

b. Facteurs de risques

Il existe des facteurs de vulnérabilité importants à connaître afin de repérer les femmes susceptibles de développer une dépression en post-natal. Il est difficile d'éditer une liste fermée, consensuelle, de l'ensemble des facteurs de risque, d'autant plus que des facteurs de risque isolés ne sont pas prédictifs d'une dépression future. Un accouchement traumatique, l'accueil du nouveau-né, la présence ou non d'un accompagnant, des difficultés lors de l'allaitement sont des facteurs environnants qui peuvent aussi interférer négativement dans cette dépression. Il est important de comprendre que dans la plupart

des cas, la cause exacte de la dépression du post-partum est inconnue et qu'il n'y a pas d'élément déclencheur unique. Il faut connaître ces facteurs de vulnérabilité pour, le cas échéant orienter la femme vers des professionnels de santé adaptés (2,11,20).

Les facteurs à repérer en pré-partum sont les histoires personnelles de dépression, un antécédent de dépression du post-partum, une fragilité psychologique, des antécédents familiaux de troubles de l'humeur, un manque dans l'estime de soi, des relations conjugales insatisfaisantes et/ou conflictuelles, une relation conflictuelle avec sa figure maternelle (rupture de lien, décès), un manque de soutien de l'entourage pendant cette grossesse, des événements de vie négatifs (viols, décès, perte d'emploi) ainsi que des difficultés socio-économiques (âges extrêmes, la migration géographique...). Les problèmes obstétricaux entrent aussi en compte, en fonction du désir de grossesse, du nombre d'interruption de grossesse précédent, des problèmes d'infertilité, de mort fœtale... (2).

c. Tableau clinique

Les femmes dissimulent ce qu'elles ressentent de peur d'être jugées incompetentes, de passer pour de « mauvaises mères » (21). Les troubles psychiques sont trop peu souvent diagnostiqués car considérés à tort comme une banale fatigue avec des troubles du caractère et des difficultés à assumer l'enfant. (22). Le tableau clinique de la dépression du post-partum n'est pas caractéristique, il est similaire à celui de la dépression : on peut rencontrer des épisodes de simple dysphorie jusqu'à des tableaux de mélancolie délirante. Sa durée est variable, de quelques semaines à plus de 1 an. Le tableau dominant se caractérise par de l'anxiété, l'irritabilité, des pleurs et une tristesse générale. Ce sont des symptômes qui s'aggravent en général le soir. Quand les femmes osent consulter, c'est fréquemment pour d'autres motifs comme des céphalées ou des douleurs abdominales et rarement pour un trouble de l'humeur (11,23).

d. La dimension culturelle

Dans les années 70-90, des auteurs issus d'un mouvement socio-anthropologique (Kumar, Romito) ont observés que la dépression post-natale s'étendait essentiellement dans des sociétés où le lien social était affaibli (comme aux États-Unis). Au contraire, les pays non industrialisés où perdure la culture de prise en charge communautaire des jeunes

accouchées (12). Dans une étude regroupant 56 pays, les taux de dépression du post-partum varient de 3% à Singapour, contre 38% au Chili (1). Les auteurs ont identifié divers facteurs influençant négativement la dépression du post-partum, comme un taux élevé d'inégalité salariale, la mortalité maternelle et infantile ou encore un temps de travail hebdomadaire supérieur à 40 heures (3).

On peut mettre en parallèle les facteurs culturels qui minorent la survenue de DPP, tels que la reconnaissance sociale de la singularité de la période post-natale, le mandat de repos et l'assistance par la famille dans les tâches ménagères. Toutes ces notions entrent dans l'assistance et la reconnaissance de la nouvelle accouchée dans son nouveau statut de mère (12).

4. Diagnostics différentiels

La période périnatale est une période de vulnérabilité psychique pour la régulation des émotions et des humeurs. La dépression du post-partum est à différencier d'autres états émotionnels pouvant se développer aussi pendant cette période (11,24).

a. Le « baby blues »

Le baby blues, aussi appelé « post-partum blues », concerne 30 à 80% des parturientes. Du fait de sa fréquence élevée, il est considéré comme une « variation de la normale ». Il apparaît dans les premiers jours suivant l'accouchement (généralement un pic de fréquence et d'intensité entre le troisième et le cinquième jour du post-partum). Le tableau est fréquemment associé pleurs (signe majeur), une labilité de l'humeur, une irritabilité, une confusion et des oublis, des céphalées, une indifférence vis-à-vis de l'enfant, des troubles du sommeil, une fatigue, une anorexie et anxiété ou encore un sentiment de dépression (22). L'idée de ne pas s'occuper du bébé est une préoccupation majeure chez ces jeunes mères. Ce tableau doit rester de faible intensité et bref dans le temps, sa durée moyenne est de quatre à cinq jours maximum. Si ces divers symptômes persistent après la première semaine, ou s'intensifient il faudra alors reconsidérer le diagnostic et évoquer une dépression du post-partum. Il est donc important de dépister le baby blues, de surveiller son évolution et de s'assurer de son caractère transitoire.

Cette symptomatologie ne nécessite pas de prise en charge particulière, elle se base essentiellement sur la mobilisation de l'entourage et du personnel soignant avec une attitude bienveillante envers la nouvelle accouchée. Ces mesures sont en général suffisantes pour passer cette période de transition (2,25).

b. La psychose puerpérale

Cette pathologie est définie comme « un ensemble de manifestations délirantes aiguës associées à une modification brutale de l'humeur ». La psychose puerpérale confuso-délirante survient le plus souvent dans les quinze jours suivant l'accouchement. Si la psychose survient plus tardivement (un mois ou deux suivant la naissance), elle révèle fréquemment une schizophrénie. Elle est généralement précédée de prodromes, plus aigus que pour un baby blues : crises d'angoisses, forte anxiété, crises de larmes, troubles du sommeil. La symptomatologie se rapproche de celles des « bouffées délirantes » suivies d'angoisse extrême. La femme délirante est focalisée sur son déni de maternité, de l'accouchement ainsi que de l'enfant. C'est une pathologie, grave qui nécessite une prise en charge en urgence mais qui reste rare, touchant une à deux femmes pour 1000 accouchements (2,25).

c. Le trouble du stress post-traumatique

Selon le DSM IV, ce trouble correspond à un « évènement au cours duquel le sujet a, soit été témoin de la mort ou de la grave blessure d'un individu ; soit, a été menacé lui-même de mort ou de grave blessure ; soit son intégrité physique a été menacée ». Cet évènement a été suivi de réactions de « peur intense, d'impuissance ou d'horreur ». Les études montrent que lors de l'accouchement, 2 facteurs pourraient le rendre potentiellement traumatisant : la douleur extrême et le sentiment de perte de contrôle. Cela reste un sujet à débat et il est difficile de faire une distinction entre la réactivation de traumatismes ou le vécu de l'accouchement. Peu d'études se sont intéressées à la prise en charge de ce trouble (2).

5. Les conséquences

La dépression du post-partum a un retentissement négatif sur la dyade mère-enfant, mais également sur la relation de couple (16,19).

a. Sur le couple et le père

La vie de couple a une place centrale dans la dépression du post-partum. Si cette relation de couple est en difficulté, la présence du père sera vécue comme un poids surajouté. De ce fait, la dépression du post-partum peut trouver sa source dans la relation conjugale. La réciproque est aussi vraie, la dépression du post-partum met en péril la relation conjugale (7,8). Le père a donc une place toute particulière dans la pathologie maternelle, il a un rôle dit de « tampon » notamment dans la relation qu'entretient la mère avec son enfant.

Il existe des effets bénéfiques directs : le père offre à son enfant des interactions positives avec une personne affectivement plus disponible. Il existe aussi des effets bénéfiques indirects en réduisant l'impact de la dépression maternelle sur l'enfant en apportant un soutien à la mère (7). Il est déjà compliqué de mettre des mots sur les émotions qui envahissent les accouchées, les pères ont donc d'autant plus de mal à se confier sur leurs propres difficultés (19). Dans un environnement de dépression post-natale, le père est plus à risque de faire une dépression à son tour (9).

b. Sur la relation mère-enfant

En 1983, Lebovici et Stoléru, ont montrés qu'il existait 3 niveaux d'interactions entre la mère et son enfant. L'interaction comportementale, qui est l'interaction directe. Elle est observable entre les deux protagonistes et concerne la manière dont les comportements s'ajustent entre eux. L'interaction affective, représente le climat émotionnel. L'interaction fantasmique, qui est le deuil de l'enfant imaginé et fantasmé même avant la conception et qui vient se confronter au bébé réel (1,8).

Les interactions comportementales, se situent sur 3 registres. Le registre corporel: comment est tenu, manipulé, touché et comment le bébé réagit à ces manipulations (26). Le registre visuel : Winnicott, a repris la notion de « miroir » introduite par Wallon : « La mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit » et inversement « Qu'est-ce que voit l'enfant quand il regarde le visage de sa mère ? Lui-même ! », et le registre vocal : l'interaction se produit aussi grâce aux vocalises du bébé et la manière dont la mère échange avec son enfant. La qualité de cet échange est un élément important à prendre en compte dans la relation mère-enfant, elle apparait dans les activités du quotidien, pendant les soins, les repas, les temps de jeux... C'est en

fonction de l'ajustement entre la mère et son enfant que l'on saura si cette interaction est harmonieuse, ou disharmonieuse (26).

Différentes perturbations peuvent exister, comme le manque ou au contraire, l'excès de stimulation envers son bébé mais aussi, le caractère paradoxal de la communication. Ce caractère excessif ou insuffisant des stimulations peut provenir soit de la mère avec un hyper-enthousiasme, une hyper-sollicitation anxieuse, l'idée d'être déprimée en laissant son enfant ou encore des comportements d'évitement phobique. Mais le caractère excessif ou insuffisant des stimulations peut aussi provenir de l'enfant par une hypersensibilité ou une hyperréactivité innée.

Pour résumer, la dépression du post-partum peut être dépister par : une distance trop éloignée ou au contraire trop rapprochée, une réponse parentale plus rigide aux signaux, des soins automatisés procurant peu de plaisir, un discours peu affectif/une voix peu modulée, un contenu évoluant peu selon l'âge de l'enfant (16,23,24,27).

c. Sur le développement de l'enfant.

La théorie de l'attachement qui a été définie par Bowlby à une place centrale dans le développement en pédopsychiatrie (28). Il élaborait sa théorie à partir du lien mère-enfant et notait que l'attachement procurait l'apaisement et le sentiment de sécurité chez l'enfant. La sécurité étant indispensable pour se construire et explorer par la suite. Un attachement dit « sécuritaire » avec la mère minimiserait par la suite les troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent, contrairement à l'attachement « insécure » (28). La première année de vie et de développement est une période charnière quant au développement futur de l'enfant (2). Les conséquences de la dépression sur l'évolution de l'adolescent sont difficilement remarquables mais il existe des caractéristiques communes : comme une tendance plus poussée à la dépression, des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, du comportement ou encore de l'attention, des difficultés scolaires ou alors une personnalité pathologique (27,29).

SECONDE PARTIE : LA PLACE DES PROFESSIONNELS DE SANTE DANS LA PREVENTION, LE DEPISTAGE ET LE DIAGNOSTIQUE DE LA DEPRESSION DU POST-PARTUM

1. La prévention

La prévention tient une place privilégiée du simple fait du sous diagnostic par les professionnels de santé. Comme précédemment vu, cette pathologie peut avoir de nombreuses conséquences négatives sur la mère, l'enfant, le père et encore le couple (30). L'OMS définit la prévention comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». L'OMS définit trois niveaux de prévention en fonction du moment où elle est effectuée.

La prévention primaire, correspond à l'ensemble des actions mises en œuvre afin de limiter l'incidence d'une pathologie au sein d'une population saine en jouant sur les causes et les facteurs de risques de la maladie. Par des mesures préventives, il est essayé de diminuer la fréquence des problèmes de santé et de réduire les risques d'apparition de nouveaux cas. Dans le cadre de la dépression du post-partum, ce sont les professionnels de santé qui vont suivre le projet de grossesse et la mise en route de cette dernière, qui seront les plus habilités à jouer un rôle dans la prévention primaire en étant attentifs et à l'écoute des femmes en période anté et pernatal afin de repérer les facteurs de risque pouvant être à l'origine d'un trouble dépressif du post partum.

La prévention secondaire, concerne toutes les actions visant à détecter et diagnostiquer la pathologie à son stade le plus précoce de manière à mettre en place un traitement rapide et efficace, pour éviter les complications.

L'intérêt ici, est de pouvoir limiter l'impact sur le nouveau-né, sur la dyade mère-enfant, voire sur l'équilibre familial et conjugal.

Pour finir, la prévention tertiaire a lieu lorsque la maladie est déclarée. Son but est alors de limiter la progression et les complications de la maladie. C'est l'ensemble des mesures visant à réduire les invalidités, les rechutes et complications mais aussi à améliorer la qualité de vie des patients.

a. A quel moment ?

La prévention peut s'effectuer à plusieurs moments de la vie des jeunes parents. Dès lors qu'il y a un désir d'enfant et durant toute la grossesse le suivi obligatoire de la grossesse par les professionnels de la santé est un moment privilégié de prévention et de dépistage des femmes/couples à risque de développer une dépression du post-partum. La prévention peut être effectuée par les professionnels aptes à suivre une grossesse. Dans le cadre d'une grossesse physiologique : 7 consultations sont obligatoires, 3 échographies ainsi que 7 séances de préparations à la naissance et à la parentalité sont prises en charge par l'assurance maladie.

Grâce au plan de périnatalité 2005-2007 qui fait toujours office de référence, l'Entretien Prénatal Précoce s'est ajouté à la liste des éléments obligatoires pendant la grossesse. L'EPP au 4^{ème} mois est un véritable moment d'échange entre le soignant et le couple il a pour objectif d'améliorer les connaissances et la prise en charge de ces troubles afin de limiter leurs impacts (31). À la suite de cela, la Préparation à la Naissance et à la Parentalité fut mise en place par les recommandations de la HAS en 2005, cherchant à accompagner les couples face à la naissance, soutenir la parentalité et repérer les couples à risque et les accompagner.

Le suivi se poursuit après l'accouchement où les sages-femmes, les obstétriciens, les médecins généralistes et les pédiatres sont sensibles à l'accueil réservé au nouveau-né. L'état psychologique de la mère pendant le séjour en maternité et pendant toute la durée du post-partum sera attentivement recueilli notamment à la visite post-natale. À tout moment de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-natale, une attention toute particulière est accordée au soutien psychologique et au dépistage de la dépression. Ces consultations médicales ont pour but d'améliorer l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés par une approche éducative et préventive.

Ainsi la prévention a lieu à partir du moment où le couple exprime un désir de grossesse et ce jusque dans le post partum.

b. Les acteurs du dépistage

Comme vu précédemment, le dépistage de la dépression du post-partum peut s'effectuer tout au long de la grossesse et dans le post-partum. Elle se fait généralement par un professionnel de santé sensibilisé à cette pathologie (18). Le médecin généraliste, médecin de famille a une place de choix dans ce dépistage par sa proximité avec sa

patiente (24,32). La sage-femme et le gynécologue-obstétricien sont présents dès le commencement de la maternité (voir avant grâce le suivi gynécologique) et sont aptes à repérer les premiers signes de vulnérabilités. Ce sont des experts de la période pré, per et post-natale devant assurer le suivi de ces dernières, surtout sur le plan psychique avec un accompagnement adapté à chaque grossesse et à chaque femme (5,23). Le pédiatre joue un rôle tout aussi important mais plus tardif. Son rôle se situe dans la prévention et dans la détection des troubles du post-partum. Lors des différents examens de la première année, le pédiatre est sensible à la qualité du lien entre la mère et son enfant et sur le développement de cet enfant. Une anomalie d'interaction entre les deux ou un questionnement du pédiatre, pourrait faire craindre une dépression du post-partum. Le service de Protection Maternelle et Infantile est un service départemental, ayant pour but d'assurer la protection de la mère et de l'enfant jusqu'à 6 ans. Ce service a essentiellement une mission de prévention dans le domaine de la santé. C'est un service multidisciplinaire composé de médecins, sage-femme, puéricultrices, aptes à intervenir à n'importe quel moment de la grossesse ou du post-partum (33).

2. Le dépistage

Le dépistage consiste à identifier à l'aide de tests d'examens ou d'autres techniques d'application rapide, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue. Les tests de dépistage n'ont pas valeur diagnostic. Les personnes pour lesquelles les résultats sont positifs ou douteux doivent être orientées vers leur médecin spécialiste et compétent pour la pathologie dépistée pour vérification du diagnostic et si besoin une prise en charge adaptée.

De nombreux chercheurs se sont penchés sur l'élaboration de moyens de dépistage afin d'agir rapidement et efficacement face à ces troubles psychiques. Ils se sont intéressés aux deux périodes charnières de la dépression du post-partum, à savoir la période anté natale puis la période post-natale. Il existe de nombreux outils qui varient en fonction des populations pour lesquelles ils ont été validés mais aussi selon la période qu'ils explorent. Deux échelles se sont démarquées le DAD-P (Annexe I) pour la période anténatale, ainsi que l'échelle EPDS (Annexe II) pour la période post-natale.

a. Le dépistage anténatal

Le DAD-P ou Dépistage Anténatal du risque de Dépression du Post partum est aussi appelé « Questionnaire de Genève » (34). Il a pour objectif principal de dépister de manière rapide et régulière, les femmes à risque de développer une dépression au cours des consultations prénatales. Ce test est encore peu utilisé dans la pratique courante pourtant sa facilité et sa rapidité de mise en place en fait un outil de choix dans le dépistage de la DPP. Il permet la verbalisation du ressenti des femmes enceintes. Il ne nécessite pas de formation psychopathologique et peut donc être réalisé par tous les professionnels de santé présents pendant la période prénatale. Lorsque le test est positif, il met en évidence une vulnérabilité potentielle, le professionnel devra approfondir certaines questions et refaire le test lors de la prochaine visite ou rechercher des facteurs de risque et orienter vers des professionnels qualifiés en psychopathologie de la périnatalité. Le DAD-P se compose de deux parties distinctes. La première partie, qui aborde les aspects personnels, somatiques et psychologiques. Cette première partie comprend six items avec quatre réponses possibles par item qui sont cotées de 0 à 1 (sauf pour l’item 4 qui est coté de 0 à 3). On considère le test comme positif dès lors que le score est supérieur ou égal à 3. La deuxième partie, comporte une à deux questions supplémentaires, qui diffèrent selon la version du questionnaire sur l’existence d’un changement relationnel avec la mère de la patiente depuis qu’elle est enceinte, la fréquence des pleurs et la préparation à la naissance. Le risque de dépression peut être soupçonné si les réponses sont positives sur cette deuxième partie.

b. Le dépistage post-natal

L’Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS) créé par John Cox et son équipe en 1987 est un outil reconnu internationalement dans l’aide au dépistage de la dépression du post-partum. Cet auto-questionnaire présente une bonne acceptabilité par les patientes et sa facilité d’utilisation en font un outil de référence dans le dépistage des dépressions maternelles par les professionnels de santé. Cette échelle peut être utilisée en suite de couche immédiate mais aussi lors de la consultation post natale.

L’échelle est composée de 10 items avec une cotation de mots simples et des phrases courtes. Chaque item est coté de 0 à 3 en fonction de l’intensité des symptômes, le score maximal étant de 30. Si le score EPDS est supérieur à 9 au 3^{ème} jour suivant l’accouchement on considère que c’est prédictif d’une DPP. En revanche si le score est

supérieur à 12 entre la 4^{ème} et la 6^{ème} semaine du post partum, alors on considère que la mère présente une dépression majeure (35).

Méthode

1) Population

a) Les critères d'inclusion

Nous avons inclus dans l'étude :

- Les sages-femmes qui pratiquaient leur activité au sein d'un centre de PMI
- Les sages-femmes qui pratiquaient leur activité de manière libérale
- Les sages-femmes qui pratiquaient leur activité au sein d'un établissement privé ou public.

Ces sages-femmes pratiquaient le suivi des femmes :

- En période prénatal (lors des consultations de grossesse, des échographies, l'Entretien Prénatal Précoce, des séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité ou encore des consultations d'urgences)
- Et/ou en période post-natal (lors du suivi du post-partum, pour le retour à domicile, ou pour la Visite Post-Natale)

Il a été retenu d'interroger les sages-femmes de Clermont-Ferrand et les sages-femmes exerçant dans un rayon de trente kilomètres autour de la métropole clermontoise.

b) Les critères de non-inclusion

N'étaient pas incluses dans cette étude, les sages-femmes exerçant dans un rayon supérieur à trente kilomètres de Clermont-Ferrand, ne réalisant pas de suivi de la femme en cours de gestation ou après l'accouchement, les sages-femmes qui exercent uniquement en salle de naissance.

2) Méthode

a) Type d'étude

Pour répondre à nos objectifs, une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale a été mise en place.

b) Rappel des objectifs

L'objectif principal était d'établir un état des lieux des connaissances des sages-femmes sur le dépistage et la prévention de la dépression du post-partum.

Les objectifs secondaires étaient d'explorer les différences de connaissances selon le mode d'exercice des sages-femmes : entre sages-femmes territoriales, libérales et hospitalières et ainsi pouvoir explorer les écarts de pratique des sages-femmes concernant le dépistage de la dépression du post-partum en fonction du lieu d'exercice.

c) Critère de jugement

Le critère de jugement principal est le pourcentage de réponses exactes au questionnaire établi dans le cadre de notre étude.

d) Déroulement de l'étude et recueil de données

Le recueil de données a été réalisé grâce à un auto-questionnaire réalisé via la plateforme sécurisée RedCap. (Annexe III)

Le questionnaire était rapide avec un temps de remplissage estimé à une dizaine de minutes. Il était composé de 30 questions réparties en 3 parties. Une première partie intitulée « à propos de vous », descriptive ayant pour but de caractériser l'échantillon de notre étude. Une seconde partie intitulée « A propos de la dépression du post-partum », ayant pour but d'évaluer les connaissances générales de l'échantillon concernant la pathologie étudiée. Une dernière partie intitulée « A propos de vos pratiques », ayant pour but de connaître les habitudes et le ressenti des praticiens concernant le dépistage de la dépression post-natal. Un pré test du questionnaire a été réalisé auprès de 10 participants afin de s'assurer de sa bonne compréhension et de sa fonctionnalité.

Un mail descriptif de l'étude relatant les objectifs, associé au lien du questionnaire sécurisé en ligne a été envoyé aux sages-femmes sur leur mail professionnel (Annexe V). Une relance était prévue 15 jours après la première distribution afin d'obtenir un taux de réponse plus élevé.

L'étude s'est déroulée sur une période d'un mois et demi, à savoir du 11 octobre 2021 avec une relance le 25 octobre 2021 et s'est clôturé le 22 novembre 2021.

e) Analyse statistique des données

L'analyse de ces données s'effectue via le logiciel Microsoft Excel et Épi info pour la composante statistique. Le test de t-test de Student a été nécessaire pour comparer les variables quantitatives. Le seuil de significativité a été fixé inférieur à 0,05.

f) Aspects éthiques et réglementaires

(1) Avis des comités consultatifs

Un avis favorable de la part de l'équipe de recherche en périnatalité PEPRADE a été reçu ainsi que de la part du médecin responsable de pôle du CHU ESTAING de Clermont-Ferrand, Professeur Gallot.

Une Déclaration au Délégué de la Protection des Données au CHU Estaing a été validée, et portée au registre de l'établissement sous le numéro ES211005.

(2) Information et consentement

Un message descriptif de l'étude a été envoyé avec le lien du questionnaire (Annexe V). Il comprenait une introduction qui présentait le titre de l'étude et le porteur du projet. Les objectifs de l'étude étaient par la suite expliqués ainsi que les sages-femmes que nous souhaitions interroger. Le lien du questionnaire a été introduit en milieu de mail. En fin de message était renseigné l'adresse électronique du porteur de l'étude pour que les sages-femmes qui souhaitaient des informations sur la dépression du post-partum puisse le contacter.

La participation et le remplissage du questionnaire vaut pour consentement.

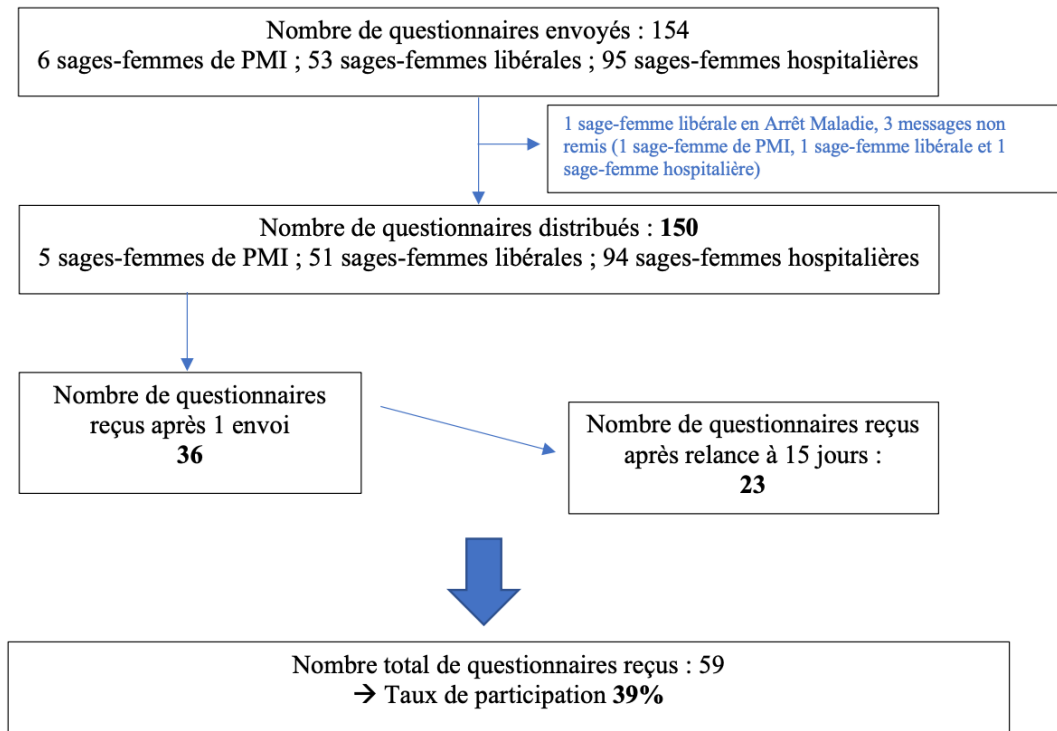
(3) Anonymat

Aucune donnée d'identification n'est demandée. L'anonymat est respecté tout au long de l'étude.

Résultats

1) Taux de réponses

Schéma 1 : Diagramme de flux



Nous avons eu 39% de répondants à notre étude (59/150).

2) Caractéristiques de la population

a) Lieu d'exercice

Notre échantillon réponse est composé de :

- 39 sages-femmes exerçant à l'hôpital, elles sont majoritaires et représentent 66% de l'échantillon réponse.
- 15 sages-femmes libérales, ces sages-femmes représentent 25% de l'échantillon réponse.
- 4 sages-femmes exerçant conjointement à l'hôpital et en libéral elles représentent l'étude à hauteur de 7%.
- 1 seule sage-femme de PMI. Elle représente 1% de l'échantillon réponse.

b) Année du diplôme

17 sages-femmes ont obtenues leur diplôme avant 2002, elles représentaient 29% de notre échantillon réponse. L'année moyenne du diplôme dans ce groupe est en 1992. 88% des

sages-femmes du groupe « plus de 20 ans de diplôme » sont employées de la fonction publique. Le second groupe « diplômé après 2002 » était composé de 42 sages-femmes. Elles représentaient 71% de notre échantillon réponse. Dans ce second groupe « moins de 20 ans de diplôme » 57% des sages-femmes sont hospitalières, 31% sont en libérales.

c) Activités exercées

La période prénatale est essentiellement occupée par les sages-femmes libérales, territoriales et les sages-femmes exerçant de manière conjointe à l'hôpital et en libéral, elles sont présentes lors des consultations de grossesse, pour l'EPP, les séances de PNP pour 100% d'entre elles.

Les sages-femmes hospitalières voient peu les femmes en consultations pendant la grossesse ou pendant les périodes d'échanges, mais pour 77% d'entre elles, assurent les consultations d'urgences.

En période postnatale, les sages-femmes hospitalières sont présentes pendant la période post-natale essentiellement pour 85% d'entre elles, le reste du suivi avec le retour à domicile et la visite post-natale sont largement assurées par les sages-femmes de PMI pour 100% d'entre elles et les sages-femmes libérales à 90%.

3) Évaluation des connaissances sur la dépression post-natale

a) En fonction du lieu d'exercice

La définition de la DPP

Les sages-femmes à 100% et tout lieu d'exercice confondu, s'accordent sur le fait que le baby blues est un trouble de moindre importance par rapport à la psychose puerpérale qui est la pathologie psychiatrique la plus sévère.

Pour 100% des sages-femmes, une DPP peut se manifester tout au long de la première année suivant l'accouchement.

Un « baby-blues qui perdure au-delà de 7 jours » est considéré comme une DPP par 27% des sages-femmes libérales, 20% des sages-femmes hospitalières et 0% pour les sages-femmes ayant un exercice mixte.

Le taux de DPP en France

Pour 100% des sages-femmes de PMI, 75% des sages-femmes ayant un exercice mixte, 40% des sages-femmes libérales et 38% des sages-femmes hospitalières, le taux de DPP était compris entre 11 et 20%.

40% des sages-femmes libérale et 54% des sages-femmes hospitalières l'estiment entre 6 et 10%.

25% des sages-femmes ayant un exercice mixte pensent ce taux supérieur à 20%.

Les pics de prévalence de la maladie

Le pic de prévalence à 4-6 semaines du post-partum a été coché par 100% des sages-femmes de PMI, 75% des sages-femmes ayant un exercice mixte, 60% des sages-femmes libérales et 56% des sages-femmes hospitalières.

Le second pic de prévalence à 9-15 mois de l'accouchement a lui été coché par ¼ des sages-femmes ayant un exercice mixte, 27% des libérales, 12% des hospitalières et 0% des sages-femmes de PMI.

Concernant les facteurs de risques

Quel que soit le lieu d'exercice les sages-femmes ont coché les principaux facteurs de risques de la DPP à savoir « une dépression anténatale », « le manque d'estime de soi », « l'isolement », « les difficultés obstétricales/PMA », « difficultés socio-économiques », « difficultés conjugales », « un mauvais vécu de l'accouchement ».

Concernant les manifestations de la DPP

« L'anxiété », les « pleurs », « l'irritabilité », « la perte d'estime de soi », « l'altération du lien mère-enfant », « l'impression d'être incapable de répondre aux besoins de l'enfant », sont majoritaires cochés par les sages-femmes.

Le fait de « ne pas arriver à confier son enfant » a été coché par 49% des sages-femmes hospitalières, ¼ des sages-femmes ayant un exercice mixte, 20% des sages-femmes libérales, 0% des sages-femmes de PMI.

Les « hallucinations » ont été cochées dans 50% par les sages-femmes ayant un exercice mixte, 21% par les sages-femmes hospitalières, 7% par les libérales et 0% par la praticienne de PMI.

Les motifs de consultations

Les sages-femmes tout lieux d'exercice, ont coché « trouble de l'humeur », « asthénie » et sur « conseils de l'entourage » comme motifs de consultation pour une femme atteinte de DPP pour 100% des sages-femmes de PMI, 93% des sages-femmes libérales, 87% des sages-femmes hospitalières et 75% des sages-femmes ayant une activité mixte.

25% des sages-femmes ayant un exercice mixte, 20% des sages-femmes libérales et des sages-femmes hospitalières et 0% des sages-femmes de PMI ont affirmé que les « céphalées » et les « douleurs abdominales » sont des motifs de consultations.

Les conséquences d'une DPP

« L'altération de la santé mentale de la mère », « l'altération de la relation de couple », « le retentissement sur le développement de l'enfant » et le « suicide » ont été relevés de manière importante par les praticiennes.

« La dépression chez le partenaire » a été retenu par 40% des sages-femmes libérales, 54% des sages-femmes hospitalières, 50% des sages-femmes ayant un exercice mixte et 0% des sages-femmes de PMI.

Un « retentissement minime » a été retenu par ¼ des sages-femmes libérales, hospitalières et ayant un exercice mixte.

Concernant l'échelle de dépistage de la DPP

100% des sages-femmes de PMI, 53% des sages-femmes libérales, et 18% des sages-femmes de la fonction hospitalière est répondu l'« EPDS » comme échelle d'aide au dépistage de la DPP.

50% des sages-femmes ayant un exercice mixte ont répondu le test de FAGERSTORM comme test pour le dépistage de la DPP.

77% des sages-femmes hospitalières, 50% des sages-femmes ayant un exercice mixte, 47% des sages-femmes libérales ont cochés ne pas savoir répondre à cette question. 100%

des sages-femmes de PMI et 33% des sages-femmes libérales pensent que l'EPDS est utile en période anténatale.

Avoir un score supérieur à « 12 » à l'EPDS est à risque pour une femme de DPP pour 100% des sages-femmes de PMI, 33% de sages-femmes libérales, 5% des sages-femmes hospitalières et 0% de sages-femmes ayant un exercice mixte.

88% des sages-femmes hospitalières, 60% des sages-femmes libérales et 50% des sages-femmes ayant un exercice mixte avouent ne pas savoir répondre à cette question.

A propos de leurs patientes

100% des sages-femmes de PMI, 80% des sages-femmes libérales et ayant un exercice mixte et 46% des sages-femmes hospitalières avouent avoir déjà rencontrés des femmes atteintes de DPP.

Les sages-femmes estiment les femmes atteintes de DPP dans leur patientèle par an à 20% pour les sages-femmes de PMI, 12% chez les sages-femmes hospitalières, 11% pour les sages-femmes ayant un exercice mixte et 9,6% pour les sages-femmes libérales

Tableau 1 : Réponses exactes au questionnaire « DPP » en fonction du lieu d'exercice des sages-femmes exprimé en pourcentage.

Item du questionnaire « DPP »	Population étudiée			
	Sage-femme libérale	Sage-femme hospitalière	Sage-femme de PMI	Sage-femme exerçant de manière mixte
Définition DPP (%)	27	15	100	0
Pourcentage de dpp en France (%)	40	38	100	75
Pics de prévalence de la DPP (%)	13	3	0	0
Facteurs de risque de la DPP (%)	67	45	0	50
Manifestation de la DPP (%)	13	31	0	25
Motifs de consultations (%)	0	8	0	0
Conséquences de la DPP (%)	13	26	0	50
Seuil de positivité à l'EPDS (%)	0	0	0	0
Connaissance EPDS (%)	33	5	100	0
Moyenne réponses justes au questionnaire (%)	23	20	33	22

Les sages-femmes de PMI obtient un score brut de 33% de réponses exactes au questionnaire, devant les sages-femmes libérales, ayant un exercice mixte et hospitalières qui obtiennent respectivement un taux de réponses juste au questionnaire de 23%, 22% et 20%.

Nous souhaitions savoir les sages-femmes de PMI ont un taux de connaissances supérieur par rapport aux autres sages-femmes. Statistiquement nous n'avons pas retrouvé de différence concernant le taux de connaissances des sages-femmes de PMI versus les sages-femmes libérales ($p=0.58$), hospitalières ($p=0.44$) et d'exercice mixte ($p=0.57$).

b) En fonction de l'année de diplôme

Parmi les sages-femmes ayant obtenu leur diplôme il y a plus de 20 ans, 50% avaient notifié que le taux de DPP est inférieur à 11% contre 44% pour les sages-femmes plus jeune diplômées. Le groupe « plus de 20 ans de diplôme » a coché le pic à 4-6 semaines à 50% (63% pour les plus jeunes diplômées) ; le second pic à 9-15 mois est lui considéré par 13% de ces sages-femmes (contre 19% des plus jeunes diplômées). Les sages-femmes ayant plus d'expériences estiment pour $\frac{1}{4}$ d'entre elles que des douleurs abdominales sont un motif de consultations de DPP, contre 16% des autres sages-femmes.

Le « suicide » est coché par 90% du groupe « moins de 20 ans de diplôme » et la « dépression chez le partenaire » par près de 60%. Le groupe « plus de 20 ans de diplôme » considère à hauteur de 55% le « suicide » et 25% pour la « dépression chez le partenaire ».

Les deux groupes ont retenu le « retentissement sur le développement de l'enfant » pour plus de 90% chez les plus jeune diplômée, contre 75% dans le second groupe.

L'EPDS a été coché par 33% chez les plus jeunes diplômées contre 13% des plus anciennes. Elles sont aussi 81% à ne pas savoir répondre à cette question contre 60% des néo-diplômées.

Tableau 2 : Réponses justes au questionnaire DPP en fonction de l'année de diplôme exprimé en pourcentage.

Item du questionnaire « DPP »	Population étudiée	
	Sage-femme ayant plus de 20 ans de diplôme	Sage-femme ayant moins de 20 ans de diplôme
Définition DPP (%)	18	26
Pourcentage de DPP en France (%)	29	29
Pics de prévalence de la DPP (%)	0	0
Facteurs de risque de la DPP (%)	41	57
Manifestation de la DPP (%)	12	29
Motifs de consultations (%)	24	17
Conséquences de la DPP (%)	12	21
Seuil de positivité à l'EPDS (%)	0	0
Connaissance EPDS (%)	0	19
Moyenne réponses justes au questionnaire (%)	15	22

Les sages-femmes ayant obtenu leur diplôme après 2002, obtiennent un score brut de 22% de réponses justes au questionnaire, contre 15% de réponses justes au questionnaire pour les sages-femmes ayant plus de 20 ans de diplôme.

Nous souhaitons savoir si les sages-femmes ayant plus d'expériences ont des connaissances plus importantes que leurs consœurs plus récemment diplômées. Statistiquement nous n'avons pas retrouvé de différence concernant le taux de connaissances des sages-femmes « plus de 20 ans de diplôme » versus les sages-femmes « moins de 20 ans de diplôme » ($p=0,37$)

c) En fonction du sentiment des sages-femmes face au dépistage de la DPP

Le premier groupe se définit comme « plutôt à l'aise avec le dépistage », il représente 31% de l'échantillon réponse. Elles ont en moyenne, obtenue leur diplôme en 2002 et comprend 61% de sages-femmes hospitalières et 22% de sages-femmes libérales. Le second groupe se définit comme « peu à l'aise avec le dépistage » est constitué de 48% de l'échantillon réponse, l'année du diplôme se situe en moyenne en 2009 et est constitué par 68% des sages-femmes hospitalières et 25% de sages-femmes libérales.

Les sages-femmes ayant répondu « à l'aise » à cette question ne sont pas retenues dans ce paragraphe.

Concernant la définition de la DPP

22% des sages-femmes se considérant « à l'aise » avec le dépistage ont répondu juste à cette question contre 32% des sages-femmes dites « moyennement à l'aise ». Elles sont 43% à avoir répondu que le pourcentage de DPP était compris entre 11 et 20%, contre 39% des sages-femmes plus à l'aise. 44% des sages-femmes « à l'aise avec le dépistage » estiment le pourcentage de DPP < 10%, contre 54% du second groupe et 17% l'estiment > 20% dans le groupe à l'aise contre 4% dans le groupe moyennement à l'aise.

Concernant les pics de prévalence

Les sages-femmes « à l'aise » et « moyennement à l'aise » ont répondu à 61% et 68%, que le pic de prévalence se situait aux alentours de 4-6 semaines. Le second pic à 9-15 mois, a été coché par 28% des sages-femmes « plus à l'aise » contre 14% des sages-femmes « moins à l'aise ».

Concernant les signes de la DPP

Des deux côtés les sages-femmes relèvent comme motif de consultation les « douleurs abdominales » et « céphalées » pour 16% d'entre elles.

Concernant le retentissement de la DPP

Un « retentissement sur le développement de l'enfant » est massivement reconnu par les deux groupes à 90%. Le penchant suicidaire est lui aussi reconnu, par 94% des sages-femmes « à l'aise » et par 75% des sages-femmes « moins à l'aise ». La « dépression chez le partenaire » est retenue par 44 et 46% des sages-femmes. La DPP aurait des retentissements minimes pour 39% des sages-femmes « peu à l'aise » avec le dépistage contre 11% des sages-femmes « plus à l'aise » avec ce dépistage.

Concernant l'EPDS

68 et 69% des sages-femmes se définissant comme « à l'aise » et « moyennement à l'aise », affirme ne pas savoir répondre à cette question.

Tableau 3 : Réponses justes au questionnaire « DPP » en fonction du sentiment face au dépistage de la DPP exprimé en pourcentage.

Population étudiée		
Item du Questionnaire « DPP »	Sage-femme « à l'aise » avec le dépistage	Sage-femme « moyennement à l'aise » avec le dépistage
Définition DPP (%)	22	14
Pourcentage de DPP en France (%)	39	43
Pics de prévalence de la DPP (%)	0	0
Facteurs de risque de la DPP (%)	61	54
Manifestation de la DPP (%)	28	18
Motifs de consultations (%)	17	18
Conséquences de la DPP (%)	22	14
Seuil de positivité à l'EPDS (%)	0	0
Connaissance EPDS (%)	17	14
Moyenne réponses justes au questionnaire (%)	23	19

Les sages-femmes obtiennent des pourcentages bruts de réponses juste au questionnaire proche : 23% de réponses justes pour les sages-femmes se sentant à l'aise avec le dépistage de la DPP contre 19% pour les sages-femmes se sentant moins à l'aise face au dépistage.

Nous ne pouvons donc pas statistiquement conclure en une différence des connaissances entre les sages-femmes se sentant à l'aise et celles se sentant moins à l'aise avec le dépistage de la DPP ($p=0.70$).

4) Évaluation des pratiques des sages-femmes

a) En fonction du lieu d'exercice

Les sages-femmes de PMI ont pour habitude de parler à toutes leurs patientes de ce trouble psychologique. 70% sages-femmes hospitalières ont pour habitudes d'en parler uniquement à certaines de leurs patientes. 25% des sages-femmes mixtes, libérales et 18% des sages-femmes hospitalières déclarent ne jamais aborder le sujet.

Les difficultés rencontrées à évoquer le sujet sont nombreuses, le « manque de temps » est signalé par les sages-femmes hospitalières. Le « manque de formation » est relevé par 75% des sages-femmes exerçant de manière mixte, 67% des sages-femmes hospitalières et pour un peu moins de la moitié des sages-femmes libérales. La « difficulté à repérer les signes » est le principal frein aux sages-femmes de PMI. 25% des sages-femmes exerçant de manière mixte évoquent aussi le fait que les femmes sont peu demandeuses d'informations concernant ce trouble. La « barrière de la langue », la « quantité d'informations » données aux femmes ainsi que le « manque de suivi dans le temps » a aussi été notifié. En revanche, 100% des sages-femmes s'accordent sur le fait que ce soit à elles d'en informer les patientes.

Pour 100% des sages-femmes exerçant de manière mixte et 100% des sages-femmes de PMI, pour 87% des sages-femmes libérales et pour 67% des sages-femmes hospitalières le moment le plus opportun pour évoquer le sujet pendant la période prénatale est lors des séances de PNP. Lors de la période post-natale, la visite post natale semble être, pour les sages-femmes, le moment le plus propice aux échanges autour de la DPP.

Lors du dépistage d'une DPP chez une de leur patiente, la majorité d'entre elles orientent cette femme chez « un professionnels », « reprogramme un rendez-vous avec la sage-femme » et « conseils de se faire aider et entourer ». Ces sages-femmes orientent préférentiellement vers un médecin généraliste, un psychiatre et/ou un psychologue. Préférentiellement, les sages-femmes laissent les coordonnées des professionnels de santé à la patiente et la laisse prendre rendez-vous en autonomie pour 100% des sages-femmes de PMI, 53% des sages-femmes libérales, 50% sages-femmes mixte et 38% des sages-femmes hospitalières. Un quart des sages-femmes libérales, hospitalières et exerçant de

manière mixte préfèrent prendre le rendez-vous avec un professionnel, tandis que 25% des sages-femmes exerçant de manière mixte et 7% des sages-femmes libérales laissent la femme prendre rendez-vous en autonomie.

Selon elles, le moment propice en anténatal pour donner les informations serait lors de l'EPP et en période post-natal lors de la VPN. Les associations sont une aide pour 40% des sages-femmes libérales, 25 et 26% des sages-femmes exerçant de manière mixte et hospitalières respectivement. « Maman blues », qui est la principale association de France évoquant la dépression post-natal a été coché par 40% des sages-femmes libérales, 25% de sages-femmes mixtes, 8% des sages-femmes hospitalières. La majorité des sages-femmes hospitalières, mixtes et libérales ont dit ne pas savoir répondre à cette question.

Concernant la facilité à orienter les femmes, les sages-femmes répondent majoritairement « ne pas avoir les contacts » pour orienter facilement une femme à risque ou souffrant de DPP (contre 100% des sages-femmes de PMI et 23% des sages-femmes hospitalières). Les sages-femmes ne disposent pas de flyers/fiches informatives dans 100% des cas en PMI, pour les sages-femmes exerçant de manière mixte, dans 93% des sages-femmes libérales et pour 64% des hospitalières.

b) En fonction de l'année de diplôme

Les sages-femmes expriment comme frein au dépistage le « manque de formation » pour 56% des plus diplômées, contre 63% des plus récemment diplômées ; les « difficultés à repérer les signes » sont présents chez 42% des néo-diplômées contre 31% des plus anciennes. Le groupe « plus de 20 ans de diplôme » se sentent plus à l'aise face au dépistage de la DPP que le groupe « moins de 20 ans de diplôme ».

c) En fonction du sentiment des sages-femmes face au dépistage de la DPP

Concernant leurs habitudes, les sages-femmes se définissant comme « plus à l'aise » avec le dépistage sont 28% à en parler à chacune de leurs patientes contre 18% dans le groupe « moyennement à l'aise ». 29% des sages-femmes « moyennement l'aise » avec ce dépistage, évoquent comme freins à aborder le sujet le « manque de formation » pour 88% d'entre elles, pour 50% les « difficultés à repérer et à dépister la pathologie », pour 38% le « manque de temps » avec les patientes et 25% estiment le sujet « difficile à aborder ».

Discussion

1) Forces et faiblesses de l'étude

a. Les forces

Cette étude sur la dépression post-natale a été débutée au même moment que les annonces du secrétaire d'État à l'Enfance pour un « entretien systématique autour de la 5^{ème} semaine après l'accouchement » instauré début 2022. Le choix du thème a été motivé par le rapport des mille premiers jours, paru en septembre 2020 qui s'intéresse aux « dépressions périnatales : identifier et prendre en charge les dépressions périnatales et les troubles psychiques sévères des parents »(36). La DPP est un sujet pleinement d'actualité.

Beaucoup d'études s'intéressent à la dimension psychologique des mères pendant la grossesse, l'accouchement et du post-partum. Mais peu d'études s'intéressent aux connaissances des professionnels de santé sur la dépression post-natale et surtout, il existe peu de littérature qui s'intéresse aux sentiments des sages-femmes qui sont en première ligne face au dépistage de cette pathologie. Cette étude est donc assez inédite sur ce point.

Le questionnaire en ligne a permis une diffusion large aux sages-femmes tant hospitalières que libérales, territoriales ou encore mixtes, cela nous a permis d'enrichir nos résultats des diverses activités proposés par les sages-femmes et donc d'être représentatif de la profession de sage-femme.

b. Les faiblesses

Le principale point négatif de notre étude a été le faible nombre de réponses (59 questionnaires). Une relance a été effectuée pour mobiliser un nombre plus important de réponses. Les délais à respecter dans le cadre de la réalisation du mémoire de fin d'étude sont aussi un frein, contraignant de réaliser l'étude sur une courte durée.

Le taux de participation de notre étude s'élève à 39%, ce qui est souvent retrouvé dans des enquêtes réalisées par auto-questionnaires (12).

Il aurait été intéressant d'interroger les autres professionnels de santé qui rencontrent les femmes pendant la période post-natale comme les médecins généralistes ou les

gynécologues-obstétriciens, cependant cette étude s'ancre dans le domaine de la maïeutique, le parti pris a été de s'intéresser uniquement aux sages-femmes.

2) Analyse des résultats

a) A propos de la DPP

Les sages-femmes interrogées pour le besoin de notre étude ont notion des différents degrés de gravité des pathologies psychiatrique. Un baby-blues est de moindre importance qu'une dépression post-natale qui est de gravité moindre que la psychose puerpérale (22,25). Mais nos praticiennes interrogées, ne se méfient pas d'un baby-blues qui perdure au-delà que 7 jours (22). Dans la littérature, la dépression du post-partum reste sous-évaluée et sous diagnostiquée par une partie des sages-femmes, tout lieu d'exercice confondu (4).

Pour les sages-femmes hospitalières, les sages-femmes avec plus de 20 ans de diplôme ou les sages-femmes se définissant comme « peu à l'aise » avec le dépistage, le taux de DPP en France est inférieur à 11%. Mais nous avons remarqué que ces sages-femmes sont principalement employées de la fonction publique, donc ne suivent pas les femmes pendant la période post-natale dépistent donc moins de DPP.

Le second pic de prévalence décrit dans les études est peu connu par les praticiennes, il est surtout relevé par les sages-femmes libérales et par les sages-femmes « à l'aise » avec le dépistage (2) ce qui va dans le sens d'un risque de sous diagnostic par méconnaissance de la maladie. En revanche les sages-femmes interrogées semblent sensibilisées aux facteurs de risques ainsi qu'aux manifestations de la dépression post-natale. On notera tout de même que « le fait d'avoir du mal à confier son enfant » reste peu connu comme signes de DPP par toutes les sages-femmes. En ce qui concerne les motifs de consultations, les sages-femmes relèvent largement ce qui s'apparente à des signes de la dépression comme les pleurs, la fatigue, mais les sages-femmes même les plus expérimenté ou encore celles se sentant plus à l'aise face au dépistage, ne retiennent pas les douleurs abdominales ou encore les céphalées comme motif de consultation pour une femme atteinte de DPP (11). Ce sont ces motifs insidieux qui rendent difficile le dépistage de cette dépression masquée.

La DPP chez les mères à un retentissement important pour leur santé mentale, mais aussi sur le développement de l'enfant (27,28). Ce résultat est à contraster avec les 25% des sages-femmes qui minimisent les répercussions que peut avoir la DPP sur l'environnement de la mère. Le partenaire est encore oublié et ne rentre pas dans l'équation des répercussions de la DPP, malgré les études récemment menées et publiées (1,7).

Il est à noter que le suicide, seconde cause de mortalité maternelle dans le post-partum selon les résultats du 6^{ème} rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) pour la période 2013-2015, est connu par les sages-femmes, sauf celles ayant obtenues le diplôme avant 2002. (37)

b) A propos des outils d'aide au dépistage

L'EPDS est l'échelle de référence en matière de dépistage post-natal (35). On note que la sage-femme de PMI à notion de cette échelle et serait à même de l'employer même en période prénatale. Les sages-femmes ayant obtenu leur diplôme après 2002 sont aussi plus nombreuses à connaître cette échelle. La majorité des sages-femmes avouent ne pas connaître d'échelle d'aide au dépistage de la DPP. Les questions de Whooley ou le DAD-P n'ont pas été retenues par notre échantillon.

Il en est de même pour le score, 12 est le score retenu à partir duquel une femme est atteinte de DPP, la sage-femme de PMI est la seule à pouvoir répondre à cette question plus poussée.

Si les sages-femmes ne connaissent pas et donc ne maîtrisent pas les outils pour le dépistage, les sages-femmes risquent de ne pas dépister les femmes atteintes de DPP. Il en découlera un retard de diagnostic et de la prise en charge de ces femmes. La méconnaissance de ces outils entraîne aussi la sous-estimation de la DPP.

c) Est-ce que les sages-femmes sont confrontées à la DPP ?

A cette question, nous pouvons répondre que oui, les sages-femmes ont pour beaucoup déjà été confrontées à des femmes atteintes de DPP dans leur patientèle.

Les sages-femmes hospitalières sont moins confronté par ce phénomène car elles ne suivent simplement pas les femmes en période post-natale.

Hormis la sage-femme de PMI qui estime ce taux à 20%, toutes les sages-femmes estiment le taux de dpp dans leur patientèle à environ 10% ce qui est inférieur à la moyenne de DPP en France.

Cela nous ramène directement aux études Depaux ou de Falana, comme nous avons pu le relater plus haut, le taux de dpp en France sur plusieurs études s'approche des 20%, cependant près d'une femme sur deux ne serait pas dépistée.

Cela nous fait poser des questions : est-ce que la population clermontoise est moins exposée à la DPP, ce qui est peu probable ? Est-ce que ce sont les professionnels de santé qui sous estiment le taux de dpp dans leur patientèle ?

d) A propos des pratiques des sages-femmes clermontoise

Manifestement, toutes les femmes venant d'accoucher ne sont pas encore informées de la DPP. A part la sage-femme de PMI, les sages-femmes libérale, hospitalières et mixtes, en parlent qu'à certaines de leurs patientes. Certaines sages-femmes avouent même ne jamais aborder le sujet. Ceci interroge lorsque l'on sait que c'est une pathologie qui est parfois cachée par les femmes, qui n'osent pas évoquer leurs difficultés psychologiques. Si les professionnels de santé ne l'évoquent pas, les femmes oseront-elles en parler spontanément ? Un de nos objectif était de savoir si le fait de se sentir à l'aise avec le dépistage a un effet sur les pratiques et notamment de pouvoir en parler plus facilement à leurs patientes. Grace à cette étude, nous pouvons en déduire que les sages-femmes se sentant à l'aise avec ce dépistage en parle davantage à toutes leurs patientes. Les femmes seraient donc plus informées si leur sage-femme est à l'aise avec cette pathologie.

Les sages-femmes qui volontairement n'évoquent pas cette pathologie avec les femmes enceintes ou venant d'accoucher, relatent comme freins à en parler le manque de formations, elles trouvent le dépistage complexe, un manque de temps mais aussi trouvent que le sujet reste difficile à aborder.

La sage-femme de PMI a obtenu un taux plus élevé de réponses juste au questionnaire en ligne et elle a obtenu des réponses justes sur des questions plus poussée, comparé à ses consœurs. Du fait de son lieu d'exercice, la sage-femme territoriale est souvent confrontée à des femmes nécessitant des besoins plus importants, elle est donc davantage informée

sur cette pathologie. C'est aussi la seule sage-femme à ne pas évoquer le manque de temps lors des consultations.

3) Plan d'action

Au vu des résultats de notre étude et des revues scientifiques, il est important que les femmes et les couples soient informés par des professionnels de santé formés et sensibilisés à la dépression post-natale. Cependant pour pouvoir informer correctement et in fine pouvoir dépister cette pathologie dite masquée, il faut être au fait des outils d'aide au diagnostic pour la dépression post-natale.

C'est ainsi qu'il nous ait venu à l'idée, pour soulager les sages-femmes mais toujours dans l'idée d'informer les patientes, de diffuser une fiche explicative pendant la grossesse avec les informations essentielles concernant la DPP à tous les couples. Cette même fiche pourrait être adaptée aux professionnels de santé pour réactualiser leur formation et diffuser cette fiche massivement à toutes les sages-femmes.

Il pourrait-être proposé aux sages-femmes de fournir aux femmes enceinte/aux couples cette fiche explicative pendant la grossesse, au même titre qu'il est donné des fiches explicatives sur l'allaitement, sur le retour à domicile ou encore sur la mort inattendue du nourrisson. Cela pourrait pallier le manque d'information des parturientes, le manque de temps de certaines sages-femmes, la difficulté à aborder le sujet par d'autres professionnels de santé. Si toutes les femmes reçoivent une information concernant ce trouble, elles se sentiront plus libre d'en parler au professionnel l'en ayant informé. Sur ces fiches pourrait apparaître des messages simples concernant la dépression du post-partum : qu'est-ce que la dépression post-natale, que doit-on faire si un membre du couple présente les symptômes cette dépression, vers quels professionnels et vers quelle association se tourner... (annexe VI) Cette fiche aurait pour but, non pas de faire diminuer la DPP, mais dans un premier temps d'aider les professionnels à se mettre à jour sur les dernières parutions scientifiques mais aussi de mettre en place une action de prévention primaire.

Conclusion

La maternité n'est pas synonyme de bonheur pour toutes les femmes et avoir un trouble psychologique et émotionnel après un accouchement reste difficile à avouer pour les mères. La parole se libère autour de la dépression post-natale notamment grâce aux réseaux sociaux qui déculpabilisent les jeunes mères pendant cette période. La sage-femme est une personne ressource importante dans la vie de la femme. Il est donc important que la prévention de cette dépression post-natale qui est sous-diagnostiquée passe par la sage-femme.

Le but de cette étude était de réaliser un état des lieux des connaissances de sages-femmes territoriales, hospitalières et libérales, de connaître les différences de pratiques entre ces sages-femmes et interroger les praticiennes sur leur sentiment face au dépistage de la DPP.

Il a été constaté que les sages-femmes tout lieu d'exercice confondu ont un pourcentage de réponses positives au questionnaire assez similaire, donc avec des connaissances sur la dépression assez proche. Le premier pic de prévalence de la DPP à 4-6 semaines est connus des sages-femmes mais pas le second pic à 9-15 mois. De plus, un « baby-blues » qui perdure au-delà de sept jours n'est pas considéré comme une dépression post-natal pour les professionnels. Les sages-femmes sous-estiment pour beaucoup le taux de DPP en France, mais ont conscience que ce trouble est largement sous-dépisté. Les motifs cachés de consultations comme les douleurs abdominales ou les céphalées ne sont pas reconnus par les sages-femmes. Certains professionnels considèrent toujours la DPP comme à risque minime sur l'environnement de la parturiente et le/la partenaire ne rentre pas toujours dans l'équation. L'EPDS, échelle de référence dans la dépression post-natale n'est connu que par 27% des sages-femmes. Pour beaucoup, les sages-femmes avouent ne pas parler de ce trouble a toutes les femmes et exposent comme freins le manque de formation, le manque de temps lors des consultations ou encore le trop plein d'informations données aux femmes.

C'est ainsi qu'il nous ait venu à l'esprit, pour soulager les sages-femmes mais toujours dans l'idée d'informer les patientes, de diffuser une fiche explicative pendant la grossesse avec les informations essentielles concernant la DPP à tous les couples.

Il est donc important que les professionnels de santé, et pas uniquement les sages-femmes, qui prennent en charge les femmes enceintes et les couples pendant la grossesse et en post-partum aient connaissance des résultats de ce travail. Cela permettrait de prendre conscience des marges d'améliorations possible afin d'accompagner au mieux les femmes et les couples dans leur parentalité.

Références bibliographiques

1. Vergnaud M. Le dépistage de la dépression du post-partum par les questions de Whooley : une étude qualitative auprès de médecins généralistes en Gironde [Internet] [Thèse : Médecine Générale]. Université de Bordeaux; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01970259/document>
2. Braha C. Prévention de la dépression post-natale. Dépister en consultations prénatales : entretiens auprès des sages-femmes et obstétriciens [Mémoire : Sage-Femme]. [Paris Descartes]: Ecole de Sage-Femme; 2011.
3. Bassi M. Prevalence and treatment of the postpartum depression: the impact of cultural factors. Eur Psychiatry [Internet]. 2010 [cité 22 mars 2021];25(S1):531. Disponible sur: <https://www-em-premiumcom.ezproxy.uca.fr/article/255385/resultatrecherche/1>
4. Depaux B. Dépression post-natale : Evaluation d'un outils de dépstage l'Edinburgh Postnatal Depression Scale [Internet] [Mémoire : Sage-Femme]. [Rouen]: Ecole de Sage-Femme; 2016 [cité 16 oct 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01394921/document>
5. Bentata H. Dépression du post-partum et santé psychique de l'enfant. Cah Puéricultrice [Internet]. 2016 [cité 22 mars 2021];53(296):12-5. Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/1048240/resultatrecherche/9>
6. Falana SD, Carrington JM. Postpartum Depression: Are You Listening? Nurs Clin North Am. 2019;54(4):561-7.
7. Tissot H, Frascarolo F, Despland J-N, Favez N. Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. Psychiatr Enfant [Internet]. 2011 [cité 4 nov 2020];54(2):611-37. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2011-2-page-611.htm>
8. Nanzer N, Espasa FP, Righetti-Veltima M, Rossignol AS. Peut-on prévenir la dépression périnatale ? Une intervention psychothérapeutique brève [Internet]. Presses Universitaires de France. 2014 [cité 22 mars 2021]. 195-212 p. (Monographies de la psychiatrie enfant). Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezproxy.uca.fr/recherches-en-perinatalite--9782130628545-page-195.htm>
9. Le Coq M, Williams-Smith ER. Dépression post partum du père: rôle préventif de la sage-femme [Internet] [Mémoire : Sage-Femme]. [Lausanne]: Haute Ecole Cantonale Vaudoise de la Santé; 2011 [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: <https://doc.rero.ch/record/28418>
10. Burlacu E. Le vécu du partenaire de l'accouchement et du post-partum [Thèse : Médecine Générale]. [Tours]: Université de Tours; 2020.
11. Fernandes C. Baby-blues et dépression post-natale : évaluation des connaissances des femmes : quelle information ont-elle reçue? [Internet] [Mémoire : Sage-Femme].

[Clermont-Ferrand]: Université Clermont Auvergne; 2012 [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00765348/document>

12. Saïas T. Déterminants relationnels de la santé mentale périnatale : approche psychosociale [Internet] [Thèse : Psychologie sociale]. [Rennes]: Université Européenne de Bretagne; 2009 [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00794797>

13. Sutter-Dallay, Guédeney. Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites. Pédopsychiatrie [Internet]. 2010 [cité 22 mars 2021];37(200):20. Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/257630/resultatrecherche/1>

14. Gilles A. La Dépression du Post-Partum : Dépistage, Diagnostic, Prise en Charge et Role du Pharmacien d'Officine [Thèse : Pharmacie]. [Toulouse]: Université Toulouse Paul Sabatier III; 2015.

15. Bydlowski M. La dette de vie [Internet]. Presses Universitaires de France. Presses Universitaires de France; 2008 [cité 22 mars 2021]. (Le fil rouge). Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezproxy.uca.fr/la-dette-de-vie--9782130570448.htm>

16. Pellet M, Nanzer N. Evolution des représentations maternelles après une psychothérapie brève centrée sur la parentalité durant la période périnatale. Devenir [Internet]. 2014 [cité 22 mars 2021];26(1):21-43. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezproxy.uca.fr/revue-devenir-2014-1-page-21.htm>

17. Bayle B. Psychiatrie et psychopathologie périnatales [Internet]. Vol. 2. Les remaniements psychologiques de la grossesse. Dunod; 2017 [cité 22 mars 2021]. 13-20 p. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezproxy.uca.fr/psychiatrie-et-psychopathologie-perinatales--9782100768844-page-13.htm?contenu=resume>

18. Razurel C, Desmet H, Sellenet C. Stress, soutien social et stratégies de coping : quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares ? Rech Soins Infirm [Internet]. 2011 [cité 4 nov 2020];106(3):47-58. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-3-page-47.htm>

19. Nanzer N. Devenir parent. Le rôle du psychothérapeute. Psychotherapies [Internet]. 2013 [cité 22 mars 2021];33(2):115-22. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezproxy.uca.fr/revue-psychotherapies-2013-2-page-115.htm>

20. Cannon C, Nasrallah HA. A focus on postpartum depression among African American women: A literature review. Am Acad Clin Psychiatr. 2019;31(2):138-43.

21. Ayissi L, Hubin-Gayte M. Irritabilité du nouveau-né et dépression maternelle du post-partum. Neuropsychiatr Enfance Adolesc [Internet]. 2006 [cité 22 mars 2021];54(2):125-32. Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/47188/resultatrecherche/1>

22. Ferreri M, Heim A, Nuss P, Heim N, Philippe H-J. Troubles psychiatriques du post-partum. Encycl Méd-Chir - Obstétrique [Internet]. 2000 [cité 22 mars 2021];9(2):1-7. Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/47188/resultatrecherche/1>

com.ezproxy.uca.fr/article/7983/resultatrecherche/1

23. Tebeka S, Pignon B, Strat Y, Pradier M, Dubertret C. Dépression du post-partum. *Lett Gynécologue* [Internet]. 2012 [cité 19 nov 2020];378-379:30-3. Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Baptiste_Pignon5/publication/277300935_Depression_du_post-partum/links/5565f74408aefcb861d193f8/Depression-du-post-partum.pdf
24. Depalle A. Évaluation de la préparation au retour à domicile des accouchées au CHU de Clermont-Ferrand [Internet] [Mémoire : Sage-Femme]. [Clermont-Ferrand]: Université d'Auvergne; 2012 [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00762523/document>
25. Benabu-Saada L. Rôle du médecin généraliste dans les suites de couches. *Traité Médecine AKOS* [Internet]. 2009 [cité 22 mars 2021];(3):1-4. Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/229754/resultatrecherche/1>
26. Rochette-Guglielmi J. La mélodie des émotions dans le post-partum immédiat : quarante jours pour accorder les violons. *Spirale* [Internet]. 2007 [cité 9 oct 2020];44(4):85-93. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-spirale-2007-4-page-85.htm>
27. Chabrol H, Teissèdre F, Saint-Jean M, Teisseyre N, Rogé B. Prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude contrôlée. *Devenir* [Internet]. 2003;15(1):5-25. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-devenir-2003-1-page-5.htm>UR
28. Montagner H. Processus d'attachement et du « fonctionnement » de l'enfant : nouvelle approche. *Gynécologie Obstétrique Fertil* [Internet]. 2004 [cité 22 mars 2021];32(6):525-39. Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/25832/resultatrecherche/1>
29. Beck CT. A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1998;27(1):39-46.
30. Haute Autorité de Santé (HAS). Présentation générale des recommandations de bonnes pratique clinique. [Internet]. [cité 19 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf
31. Ministère de la santé. Plan Périnatalité 2005-2007 [Internet]. 2004. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
32. Teissèdre F, Chabrol H. Dépistage, prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude comparative randomisée chez 450 femmes. *Neuropsychiatrie Enfance Adolesc* [Internet]. 2004 [cité 22 mars 2021];52(5):266-73. Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/26702/resultatrecherche/6>
33. Dagniaux Z. Reperage precoce et suivi de la souffrance psychique pendant la période périnatale [Internet] [Mémoire : Sage-Femme]. [Montpellier]: Faculté de médecine Montpellier-Nîmes; 2015 [cité 9 oct 2020]. Disponible sur: <https://ged.biu->

montpellier.fr/florabium/servlet/DocumentFileManager?source=ged&document=ged:ID
OCS:304615&resolution=MEDIUM&recordId=memoires%3ABIU_MEMOIRES%3A
569&file=2015_Dagniaux_Zo%C3%A9.pdf

34. Nanzer N, Righetti-Veltema M. Le DAD-P : un outil simple pour le dépistage anténatal du futur risque de dépression du postpartum. *Rev Med Suisse*. 2009;195-212.

35. Teissedre F, Chabrol H. Étude de l'EPDS (Échelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères : dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. 2004 [cité 22 mars 2021];30(4):376-81. Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/83279/resultatrecherche/1>

36. Ministère de la santé. Les 1000 premiers jours [Internet]. 2020 [cité 10 avr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>

37. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), Santé Publique France. 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) [Internet]. Santé Publique France. Saint-Maurice; 2021 [cité 17 mars 2022]. 237 p. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir.-6e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>

Annexes

Annexe I : DAD-P ou questionnaire de Genève

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

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

Echelle

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

Score: points

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

Questions supplémentaires

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

Score: points

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

Risque de dépression du postpartum :

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

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

Annexe II : EPDS

Edinburgh Postnatal Depression Scale Translation – French

Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg

Name: _____ Date: _____

Si vous êtes enceinte : Nombre de semaines de grossesse _____

Si vous avez donné naissance : Nombre de semaines après l'accouchement _____

Vous allez avoir un bébé (ou vous venez d'avoir un bébé) et nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Veuillez cocher la réponse qui vous semble décrire le mieux comment vous vous êtes sentie au cours des 7 derniers jours et pas seulement au jour d'aujourd'hui. Dans l'exemple ci-dessous, « X » signifie « je me suis sentie heureuse la plupart du temps pendant la semaine qui vient de s'écouler ».

EXEMPLE : Je me suis sentie heureuse
 Oui, tout le temps
 X Oui, la plupart du temps
 Non, pas souvent
 Non, pas du tout

Veuillez compléter les questions qui suivent de la même façon.

Au cours des derniers 7 jours :

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté
 Aussi souvent que d'habitude
 Pas tout-à-fait autant
 Beaucoup moins souvent ces jours-ci
 Absolument pas
2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir
 Autant que d'habitude
 Plutôt moins que d'habitude
 Beaucoup moins que d'habitude
 Pratiquement pas
3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal
 Oui, la plupart du temps
 Oui, parfois
 Pas très souvent
 Non, jamais
4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs
 Non, pas du tout
 Presque jamais
 Oui, parfois
 Oui, très souvent
5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans raisons
 Oui, vraiment souvent
 Oui, parfois
 Non, pas très souvent
 Non, pas du tout
6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements
 Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
 Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
 Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
 Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude
7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil
 Oui, la plupart du temps
 Oui, parfois
 Pas très souvent
 Non, pas du tout
8. Je me suis sentie triste ou malheureuse
 Oui, la plupart du temps
 Oui, très souvent
 Pas très souvent
 Non, pas du tout
9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré
 Oui, la plupart du temps
 Oui, très souvent
 Seulement de temps en temps
 Non, jamais
10. Il m'est arrivée de penser à me faire du mal
 Oui, très souvent
 Parfois
 Presque jamais
 Jamais

Annexe III : Questionnaire « DPP » RedCap

A propos de vous :

Votre profession :

- Sage-femme libérale
- Sage-femme territoriale (PMI)
- Sage-femme de l'hôpital public
- Sage-femme en clinique
- Mixte (sage-femme libérale et hospitalière)

Que pratiquez-vous en période prénatal :

- Des consultations de grossesse
- L'Entretien Prénatal Précoce
- Des cours de Préparation à la Naissance et à la Parentalité
- Des consultations d'urgences
- Des échographies obstétricales
- Je ne vois pas les femmes pendant cette période (Plusieurs réponses possibles)

Que pratiquez-vous en période post-natal :

- Le Post-Partum
- Les visites de retour à domicile
- Les Visites Post-Natales
- Je ne vois pas les femmes pendant cette période (Plusieurs réponses possibles)

En quelle année avez vous eu votre Diplôme d'Etat de sage-femme ? _____

A propos de la Dépression du Post-Partum :

Parmi ces troubles, lequel est considéré comme le moins grave :

- Baby blues
- Dépression post-natale
- Psychose puerpérale (Une réponse attendue)

Parmi ces troubles, lequel est considéré comme le plus grave :

- Baby blues
- Dépression post-natale
- Psychose puerpérale (Une réponse attendue)

Selon vous quelle pourrait-être la définition la plus juste de la dépression post-natale :

- La dépression post-natale apparait dans les 3 jours suivant la naissance et disparaît spontanément en 2 semaines maximum.
- La dépression post-natale peut se définir comme un babyblues qui dure au moins 15 jours.
- La dépression post-natale est un trouble grave, rare, qui survient généralement dans la semaine suivant l'accouchement, c'est une urgence psychiatrique.
- La dépression post-natale peut se manifester dans l'année suivant la naissance et les signes/symptômes sont semblables à une dépression hors grossesse (Plusieurs réponses possibles)

Selon vous, quel est le pourcentage de dépression post-natale en France actuellement :

- < 5%
- entre 6 et 10%
- entre 11 et 20 %
- > 20%
- (Une réponse attendue)

Selon vous, comment est dépistée la dépression du post-partum ?

Sous dépistée Normalement dépistée Dépistée à outrance

.....

(Place a mark on the scale above)

Selon vous, à quel moment du post-partum se situe le/les pic(s) de prévalence de la maladie ?

- Dans les premiers jours suivant la naissance
- 4 à 6 semaines suivant l'accouchement
- 6 à 8 semaines suivant l'accouchement
- 9 à 15 mois suivant l'accouchement
- (Plusieurs réponses possibles)

Selon vous, quels peuvent être les facteurs de risques de la dépression post-natale ?

- Un Indice de Masse Corporel compris entre 19 et 25
- Une dépression anténatale
- Le manque d'estime de soi
- L'isolement
- Des difficultés obstétricales/Procréation médicalement Assistée
- Des difficultés socio-économique
- Des difficultés conjugales
- Un mauvais vécu de l'accouchement
- (Plusieurs réponses possibles)

Selon vous, à quel moment la patiente serait-elle la plus disponible pour recevoir une information concernant la dépression du post-partum ?

- Lors de l'Entretien prénatal précoce
 - Lors des consultations de grossesse
 - Lors des cours à la préparation à la naissance et à la parentalité
 - Lors des échographies obstétricales
 - Lors de l'accouchement
 - Lors du post-partum
 - Lors de la visite post-natale
- (Plusieurs réponses possibles)

Si vous suspectez une dépression post-natale chez une de vos patientes, que faites-vous ?

- Je l'oriente vers un autre professionnel
 - Je lui reprogramme un rendez-vous avec moi
 - Je la rassure, sans reprogrammer de rendez-vous avec moi
 - Je l'envoie à la maternité
 - Je lui prescris des médicaments pour alléger ses angoisses et améliorer son sommeil
 - Je lui conseil du repos et de se faire aider par son entourage
- (Plusieurs réponses possibles)

Si vous orientez cette patiente, vers qui le faites-vous ?

- Son médecin généraliste
 - Son gynécologue
 - Un psychiatre
 - Un psychologue
 - Des associations
 - Sa sage-femme
 - Je ne l'oriente pas
 - Je ne sais pas
- (Plusieurs réponses possibles)

Si vous orientez cette patiente, comment procédez-vous ?

- Je prends rendez-vous pour la patiente
 - Je lui laisse les coordonnées des professionnels
 - Je la laisse chercher un professionnel, qui lui convient
 - J'envoie un courrier au professionnel pour l'orienter
- (Une réponse attendue)

Vers quelle association nationale pouvez-vous rediriger les patientes ?

- Mam'blues
 - Mam'écoute
 - Maman blues
 - Maman dépression
 - Je ne sais pas
- (Une réponse attendue)

Avez-vous les contacts pour orienter facilement une patiente que vous suspectez atteinte de dépression post-natale ?

- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
- (Une réponse attendue)

Possédez-vous des fiches d'informations (flyers...) à distribuer sur cette pathologie ?

- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
- (Une réponse attendue)

Annexe IV : Lettre d'information

LETTRE D'INFORMATION

Connaissances des Sages-Femmes sur la prévention et le dépistage de la dépression postnatale

Investigateurs :

- Kasprzak Lucie, étudiant(e) sage-femme à Clermont-Ferrand
 - Sous la direction de Madame Pranal Marine, sage-femme enseignante
- Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à me contacter par mail

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée " *Connaissances des Sages-Femmes sur la prévention et le dépistage de la dépression postnatale*".

Une étude sur *Connaissances des Sages-Femmes sur la prévention et le dépistage de la dépression postnatale* est engagée au sein *des services de consultation de grossesse et de maternité*. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une (e) étudiante (e) sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité Madame Pranal Marine, sage-femme.

1. Pourquoi cette étude

La dépression du post-partum est présente, selon les dernières études, chez 15 à 20% des mères et peut se développer tout au long de la première année suivant l'accouchement. Cependant, seulement la moitié de ces femmes seraient dépistée et diagnostiquée.

Il est connu que ce trouble entraîne chez la femme un mal être intense, une indisponibilité à répondre aux besoins de son enfant et de ce fait, représente un risque pour le développement ultérieur de l'enfant.

La sage-femme est pourtant experte dans le suivi, dans la prévention et dans le dépistage, de la femme, tout a long de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-natal.

Du fait de sa prévalence, du sous-diagnostic et du fait de l'impact maternel, infantile, familial et conjugal, le dépistage de la dépression du post-partum par différents professionnels de santé représente un enjeu fort en santé publique.

2. L'étude en pratique

L'étude se réalise grâce à un envoi par mail du questionnaire, accompagné d'un rapide mot descriptif et se déroule sur la base du volontariat et de l'anonymat.

Le recueil d'informations est réalisé via la plateforme sécurisée « RedCap ».

Le début de l'étude est prévu début octobre 2021, avec une relance réalisée à 15 jours après le premier envoi.

L'objectif primaire de cette étude est de faire un état des lieux des connaissances des sages-femmes sur la dépression du post-partum.

Les objectifs secondaires sont :

- D'explorer les différences de connaissances entre sages-femmes de PMI, libéral et hospitalières.
- D'explorer les écarts de pratique des sages-femmes concernant le dépistage de la dépression du post-partum en fonction du lieu d'exercice.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles (si recueillies) seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

- Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

L'étude a fait l'objet d'une déclaration au DPD.

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait (aucune modification de prise en charge).

Conformément au RGPD et à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite Kasprzak Lucie

5. Obtention d'informations complémentaires :

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

- Pour toute question relative la protection de vos données personnelles : vous pouvez contacter le délégué à la protection des données, Michel Rubio, mrubio@chu-clermontferrand.fr CHU DQGRDU 58 rue Montalembert 63003 Clermont-Ferrand

Annexe V : Message descriptif envoyé par mail aux sages-femmes

Bonjour,

Étudiante à l'École de Sages-Femmes de Clermont-Ferrand, je réalise une étude afin d'obtenir mon Diplôme d'État concernant **les connaissances des sages-femmes sur la prévention et le dépistage de la dépression post-natale.**

Je souhaite, à ce sujet, questionner les **sages-femmes** qui prennent en charge les femmes pendant la grossesse et/ou pendant la période post-natale (consultations de grossesse, urgences obstétricales, échographies obstétricales, cours de préparation à la naissance, suite de couche, visites à domicile ou encore les visites post-natale)

Vous voudrez bien trouver ci-après, le lien qui vous permettra de vous diriger vers un questionnaire en ligne sécurisé : <https://redcap.chu-clermontferrand.fr/surveys/?s=9W3X3T89TM>

Ce dernier est anonyme et vous prendra moins de **dix minutes**.

Je vous remercie vivement pour votre participation, votre intérêt et l'attention que vous voudrez bien porter à mon travail.

Si vous souhaitez avoir les réponses aux questions sur la dépression du post-partum, je vous laisse me contacter à :

Cordialement.

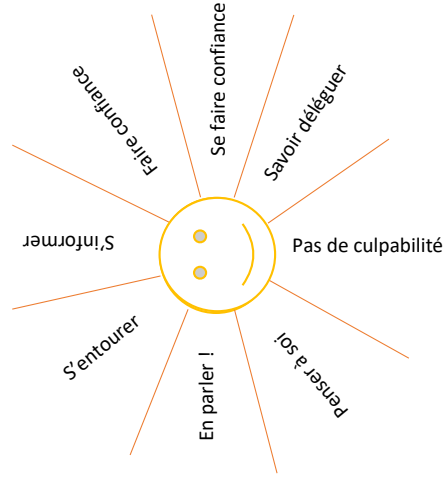
Lucie KASPRZAK.

Annexe VI : Plan d'action

La Dépression du Post-Partum

Vers qui se tourner ?

- Les professionnels de santé : la sage-femme ou gynécologue qui a suivi votre grossesse, votre médecin généraliste, les professionnels de PMI.
 - Pour parler ? un psychologue, un psychiatre de votre maternité ou un professionnel libéral spécialiste en périnatalité.
 - Maman Blues la principale association française pour les difficultés maternelles Les réseaux sociaux, les groupes de paroles... Vous n'êtes pas seul.e.s !
- Un doute pour vous ou une personne de votre entourage ? Parlez-en avec le professionnel de santé qui vous suit.*



Qu'est-ce que c'est ?

- C'est une dépression qui survient après l'accouchement
 - Après la naissance, le plus souvent dans les premiers mois
 - Peut apparaître jusqu'à 1 an après l'accouchement
 - C'est fréquent, **10-20%** des mères et c'est peu dépiستé
 - Ça peut aussi toucher le/la partenaire
 - Un « baby-blues » qui dure plus de 7 jours
- ### Les facteurs de risques ?
- Les femmes qui ont déjà souffert de dépression ou d'anxiété dans le passé ou pendant leur grossesse
 - Avoir récemment vécu des événements stressants (ex. : déménagement, stress financier)
 - Être peu soutenue par sa famille, son.s.a conjoint.e
 - Avoir une faible estime de soi, avoir une moins grande satisfaction conjugale
 - Éprouver des difficultés à allaiter
 - Avoir un membre de sa famille qui a déjà souffert de dépression ou d'un trouble de l'humeur

Quels peuvent être les symptômes ?

- Il s'agit d'une liste théorique, si vous percevez des difficultés il convient d'en parler !*
- Une **humeur triste** ou un sentiment d'**anxiété**, un sentiment d'**épuisement**, ne pas se sentir épaulée, des maux de **tête** ou des douleurs au **ventre**...
 - Un sentiment de culpabilité excessive (impression d'être un mauvais parent, difficulté à établir un lien avec son bébé)
 - Une incapacité à s'occuper correctement de son enfant ou refus de passer du temps avec lui, une absence de plaisir lors des soins de l'enfant
 - Un désintérêt pour les activités aimées auparavant ou manque de plaisir durant celles-ci
 - Un changement d'appétit
 - Une tendance à s'isoler
 - Des idées suicidaires.

Résumé

Introduction : La dépression du post-partum touche près de 20% des parturientes. Près de la moitié de ces femmes ne seraient pas dépistées. Les femmes sont majoritaires informées par les médias et non pas les professionnels qui suivent leur grossesse. Or nous savons que la prévention primaire est un élément essentiel pour un dépistage en masse d'une pathologie.

Méthode : L'objectif de cette étude était d'interroger les sages-femmes libérale, hospitalière et territoriales de Clermont-Ferrand (63) afin d'évaluer leurs connaissances et leurs pratiques vis-à-vis de cette pathologie. Un questionnaire en ligne via la plateforme RedCap leur a été envoyé par mail, cette étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale se base sur le volontariat.

Résultats : Les sages-femmes obtiennent 20% de réponses exactes au questionnaire. Les sages-femmes estiment la DPP à 10% dans leur patientèle. Il y a des lacunes de la part des professionnels de santé sur cette pathologie et toutes leurs patientes ne se sont pas informées de ce trouble post-natale.

Discussion : Les sages-femmes ont conscience que la DPP est sous-diagnostiquée cependant leurs patientes ne sont pas toutes informées. L'estimation de la DPP par les sages-femmes dans leur patientèle n'est pas corrélé à la prévalence nationale. Certaines avouent un manque de temps ou un manque de formation comme frein à la prévention. La place du père est souvent oubliée.

Conclusion : La prévention élément indispensable pour un dépistage et un diagnostic facilité de la DPP devrait être optimisé pour les professionnels de santé, tout comme leur formation au vu des répercussions que peu avoir la DPP.

Mots-clés : DPP : dépression du post-partum, prévention, psychologique, maternité,

Abstract

Introduction: Postpartum depression affects nearly 20% of parturients. Nearly half of these women would not be detected. Women are mostly informed by the media and not by the professionals who follow their pregnancy. We know that primary prevention is an essential element for mass screening of a pathology.

Method: The objective of this study was to interview midwives in Clermont-Ferrand (63) in order to evaluate their knowledge and practices regarding this pathology. An online questionnaire via the RedCap platform was sent to them by e-mail. This cross-sectional observational epidemiological study was based on voluntary participation.

Results: Midwives obtained 20% of correct answers to the questionnaire. The midwives estimate PPD at 10% in their patient base. There is a lack of awareness of this condition among health professionals, and not all their patients are aware of this postnatal disorder.

Discussion: Midwives are aware that PPD is under-diagnosed, but not all their patients are informed. Midwives' estimates of PPD in their patients do not correlate with the national prevalence. Some admitted a lack of time or a lack of training as a barrier to prevention. The role of the father is often forgotten.

Conclusion: Prevention is an essential element for the detection and diagnosis of PPD and should be optimized for health professionals, as well as their training in view of the repercussions that PPD can have.

Keywords: PPD: postpartum depression, prevention, psychological, maternity