



HAL
open science

Dépression du post-partum : facteurs de risques et dépistage auprès des accouchées en suites de couches

Sophie Nardone

► **To cite this version:**

Sophie Nardone. Dépression du post-partum : facteurs de risques et dépistage auprès des accouchées en suites de couches. Gynécologie et obstétrique. 2023. dumas-04412526

HAL Id: dumas-04412526

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04412526>

Submitted on 23 Jan 2024

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.

DEPRESSION DU POST-PARTUM

Facteurs de risques et dépistage auprès des accouchées en suites de couches

Présenté et publiquement soutenu

Le 31 mai 2023

Par

NARDONE Sophie
Née le 05 mars 1999

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme
Année universitaire 2022-2023

Membres du jury :

- Dr KORCHIA Théo, chef de clinique de Psychiatrie en AP-HM, directeur de mémoire
- ZAKARIAN Carole, sage-femme enseignante, directrice de l'école Universitaire de Maïeutique de Marseille
- JANVIER Elsa, sage-femme Hôpital Nord AP-HM

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

École Universitaire de Maïeutique

DEPRESSION DU POST-PARTUM

Facteurs de risques et dépistage auprès des accouchées en suites de couches

NARDONE Sophie

Née le 05 mars 1999

**Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme
Année universitaire 2022-2023**

Validation 1^{ère} session	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Mention : Félicitations du jury	<input type="checkbox"/>	
Très bien	<input type="checkbox"/>	
Bien	<input type="checkbox"/>	
Assez bien	<input type="checkbox"/>	
Passable	<input type="checkbox"/>	
Validation 2^{ème} session	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Mention : Félicitations du jury	<input type="checkbox"/>	
Très bien	<input type="checkbox"/>	
Bien	<input type="checkbox"/>	
Assez bien	<input type="checkbox"/>	
Passable	<input type="checkbox"/>	

Visa et tampon de l'école

DEPRESSION DU POST-PARTUM

**Facteurs de risques et dépistage auprès
des accouchées en suites de couches**

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord mon directeur de mémoire, Dr. Théo KORCHIA pour ses précieux conseils et son accompagnement au cours de ce travail.

Je remercie également Madame CERRI Françoise et Madame TAHRI Fella de m'avoir permis de réaliser mon étude au CHU La Conception.

Merci à mes parents pour leur patience et leur soutien tout au long de ces études.
Merci à Marie pour sa présence depuis ces nombreuses années.

Je remercie toute la promotion 2019-2023 ; plus particulièrement Mathilde, Marie, Orlane, Charlotte, Lucie et Clara pour ces quatre ans partagés.

Table des matières

I. INTRODUCTION	1
II. MATERIEL ET METHODE	4
2.1. PROTOCOLE DE RECHERCHE	4
2.1.1. Méthodologie	4
2.1.2. Etude	4
2.2. POPULATION ETUDIEE	4
2.3. VARIABLES MESUREES	4
2.4. RECUEIL DE DONNEES	5
2.4.1. Outils	5
2.4.2. Intervention	6
2.5. ANALYSE DES RESULTATS	7
III. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	8
3.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	8
3.2. SCORES D'EDIMBOURG DE LA POPULATION	9
3.3. FACTEURS DE RISQUE RETROUVES	10
3.4. ANALYSE DES RESULTATS	13
IV. DISCUSSION ET LIMITES DES RESULTATS	14
4.1. DISCUSSION	14
4.2. LIMITES DE L'ETUDE	17
V. CONCLUSION DE L'ETUDE	18
VI. BIBLIOGRAPHIE	20
VII. ANNEXES	24
VIII. GLOSSAIRE	26
IX. RESUME	27

I. INTRODUCTION

Selon l'OMS « le post-partum, ou suites de couches, débute environ une heure après la délivrance et englobe les six semaines qui suivent » (1). Il constitue une étape de transition et de remaniements psychologiques pour tous les parents. Cette période présente des risques de développement de troubles psychiques pour les mères, qu'il s'agisse d'une décompensation d'une pathologie antérieure ou de la survenue d'une pathologie en lien avec la puerpéralité (2,3).

Le baby blues, qui apparaît entre le troisième et le dixième jour après la naissance et dont les symptômes se manifestent par de l'irritabilité, de l'anxiété et des sautes d'humeur ne doit pas être confondu avec une pathologie. En effet il s'agit d'une réaction transitoire physiologique qui s'explique par une chute hormonale importante d'œstrogène et de progestérone (4), mais aussi par une augmentation du stress, un manque de sommeil et la recherche de nouveaux repères. Les symptômes s'estompent d'eux-mêmes sans traitement (4). Le baby blues est donc d'évolution favorable avec du repos, l'aide de l'entourage, l'accompagnement des soignants et la revalorisation de la mère. Néanmoins, un baby blues qui se prolonge au-delà de dix jours peut être considéré comme un premier signe d'alerte d'une dépression du post-partum (5,6).

La dépression du post-partum est la situation de pathologie la plus courante de cette période, avec une prévalence de 10 à 20% (7,8,9). Elle peut débuter précocement ou plus tardivement dans la période post-natale.

On retient donc comme définition de la dépression du post-partum celle de la classification du DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), selon laquelle le diagnostic de dépression peut être posé si on note quotidiennement depuis au moins deux semaines consécutives une humeur triste ou une anhédonie associée aux activités journalières (10), (Annexe 1).

La dépression post-natale comporte un syndrome dépressif ; c'est-à-dire une tristesse générale, de l'anxiété, un découragement, une culpabilité, un ralentissement psychomoteur avec des troubles de la concentration et de la mémoire, une anhédonie, des difficultés d'endormissement, des insomnies, une perte de libido, des troubles de l'appétit.

A cela s'ajoutent des particularités cliniques propres à la dépression du post-partum telles qu'une aggravation vespérale, une labilité émotionnelle, une irritabilité voire agressivité, une anxiété centrée sur le bébé (phobies d'impulsion, crainte de faire du mal à son enfant). De plus, un sentiment d'épuisement apparaît ainsi qu'une asthénie secondaire aux soins donnés au nouveau-né, et une perte d'estime de soi dans son rôle de mère (5,11) . En effet, les patientes atteintes évoquent l'impression d'être incapables de répondre aux besoins de l'enfant, une absence de plaisir à lui prodiguer les soins, ainsi que des plaintes répétées le concernant (3,8).

Malheureusement entre 50 et 60 % des dépressions périnatales ne sont pas diagnostiquées (12).

Les patientes souffrant de dépression du post-partum nécessitent une prise en charge médicamenteuse et thérapeutique rapide du fait de l'impact négatif sur le développement de l'enfant, sur ses interactions avec sa mère et la relation du couple, mais aussi des conséquences de cette pathologie sur la mortalité maternelle (3,5,6).

En effet d'après le 6^{ème} rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles de 2013-2015 - Mortalité maternelle en France : mieux comprendre pour mieux prévenir, le suicide est la première cause de mortalité maternelle du post-partum, avec 35 suicides sur la période de 2013-2015, soit 13,4% des morts maternelles (13). Ce rapport évoque également une évitabilité de cette mortalité de 90% (13). Il existe donc des perspectives de progrès, que ce soit sur le plan de la qualité et de l'organisation des soins que sur l'interaction des femmes avec le système de soins. Dans ce but, les auteurs nous donnent des messages clés, dont le suivant : « l'interrogatoire de la femme enceinte sur sa santé mentale actuelle doit être renouvelé régulièrement tout au long du suivi prénatal et en post-partum » (13).

D'autre part l'Organisation Mondiale de la Santé (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 » (14). Elle donne également une définition du dépistage, comme « l'identification présumée d'une maladie passée jusque-là inaperçue, au sein d'une population asymptomatique apparemment en bonne santé, au moyen de tests, d'examen ou d'autres techniques susceptibles d'être appliquées rapidement et facilement à la population cible » (15).

La prévalence des dépressions chez les femmes en post-partum, la fréquence de leur aggravation, ainsi que leur retentissement sur le développement de l'enfant font de leur prévention, du dépistage et de leur prise en charge un enjeu majeur de santé publique, et nécessite une implication de l'ensemble des professionnels de terrain recevant parents et bébés dans leur parcours périnatal. Il est primordial de connaître les facteurs de risques associés, de savoir repérer les signes d'alerte et d'organiser un suivi coordonné indispensable en présence d'une situation de difficulté ou de vulnérabilité psychiatrique (2,3,16).

La sage-femme a un rôle majeur à jouer dans la prévention et le dépistage de la dépression du post-partum, notamment grâce à une présence renforcée auprès des patientes en difficultés afin de les accompagner au mieux tout au long de cette épreuve (17). Si le post-partum représente une période à risque accru de ce trouble, il représente également une période pendant laquelle les femmes ont une relation privilégiée avec le corps médical. En effet, à la fin de cette période la plupart des patientes pourront être perdues de vue. Les sage-femmes jouent un rôle central grâce à leurs compétences variées, notamment dans la période post-natale dès la salle de naissance, en suites de couches, lors du suivi à domicile, lors des rendez-vous du post-partum ou de la rééducation périnéale. Elles disposent d'une vision d'ensemble sur cette période et ainsi d'un champ d'action assez large pour repérer des facteurs de risques ou des signes de détresse psychologique (2,18).

Il en découle donc la question de recherche suivante :

« Quels sont les facteurs contribuant à augmenter précocement le risque de dépression post-natale en suites de couches ? »

Les objectifs de cette étude sont :

- Evaluer le nombre de patientes à risque de dépression post-natale en service de suites de couches au CHU la Conception,
- Déterminer les facteurs associés à ce risque qui pourraient être identifiés de façon précoce.

II. MATERIEL ET METHODE

2.1. PROTOCOLE DE RECHERCHE

2.1.1. Méthodologie

Dans le but de répondre à ces objectifs, une étude de cohorte monocentrique, prospective et quantitative a été effectuée. Pour retranscrire et analyser les résultats des questionnaires une étude descriptive et comparative a été menée.

2.1.2. Etude

Cette étude a été réalisée au sein des services de Suites de Couches du CHU niveau 3 La Conception, à Marseille. Le recueil de données a débuté au mois de juillet 2022 et s'est terminé au mois de décembre 2022.

2.2. POPULATION ETUDIEE

L'étude a porté sur toutes les femmes présentes dans le service de Suites de Couches. Quatre-vingt-seize patientes ont été sélectionnées dans ce travail selon les critères suivants :

- Les critères d'inclusion ont été les femmes au troisième jour du post-partum, francophones,
- Les critères de non-inclusion ont été les accouchées de mort fœtale in utéro (MFIU), d'interruption médicale de grossesse (IMG) ; ainsi que celles qui n'ont pas souhaité répondre au questionnaire,
- Le critère d'exclusion a été les femmes n'ayant pas totalement complété le questionnaire.

2.3. VARIABLES MESUREES

Le recueil de données effectué avait pour but de renseigner quels critères sont influents sur l'état de dépression post-natale, ainsi que sur des informations concernant le ressenti et le vécu des accouchées.

Dans le but de décrire la population étudiée, des variables quantitatives comme l'âge et le nombre d'enfant ont été recueillies ; ainsi que des variables qualitatives telles que la nationalité, le niveau d'étude, la situation professionnelle et familiale.

Pour s'informer sur les données médicales de la population ; des variables quantitatives comme la satisfaction de la prise en charge psychologique, et le score d'Edimbourg ou EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) ont été utilisées.

De nombreuses variables qualitatives ont été exploitées ; telles que la voie d'accouchement, l'utilisation ou non d'instruments, la présence d'un allaitement maternel, les antécédents ou la présence actuelle d'une situation obstétricale défavorable c'est-à-dire une pathologie fœtale et/ou obstétricale nécessitant une hospitalisation ou une prise en charge particulière.

De plus, d'autres variables qualitatives ont été recueillies telle que la présence d'antécédents psychiatriques personnels de troubles anxio-dépressifs diagnostiqués (dsm-5), pendant la grossesse ou non ; la présence d'antécédents psychologiques familiaux ; la survenue d'évènement stressant ou choc émotionnel pendant la grossesse, plus précisément un décès, une rupture, ou une perte d'emploi. Les données concernant le désir de grossesse, le vécu des patientes de leur grossesse ainsi que de leur accouchement et la qualité du soutien de leur entourage ont aussi été renseignées.

Les informations demandées comprenaient aussi la fréquence d'interrogatoire psychologique en suites de couches, la qualité de leur accompagnement psychologique pendant le séjour, et enfin la proposition de voir le psychologue du service et leur souhait d'accéder à ce soin s'il ne leur avait pas été proposé.

2.4. RECUEIL DE DONNEES

2.4.1. Outils

Dans le cadre de cette étude, l'auto-questionnaire EPDS a été utilisé. Il s'agit d'un outil psychométrique internationalement reconnu dans l'aide au dépistage de la dépression du post-partum. Le but n'étant pas de poser un diagnostic mais de renseigner sur la probabilité de survenue de cette pathologie. Il est constitué de 10 items cotés chacun sur une échelle de 0 à 3, le score total s'étendant donc de 0 à 30. Il est simple et rapide d'emploi selon les auteurs (18,19).

Son acceptabilité par les patientes en fait un outil de choix (19). Le seuil pathologique a été fixé pour un score supérieur ou égal à onze, selon les recommandations de N. Guedeney lors de sa validation de l'outil en version française, dans laquelle elle décrit une sensibilité de 80% et une spécificité de 92% pour ce seuil (21).

Cet outil est validé pour son utilisation à partir de la quatrième semaine du post-partum (18,19) ; cependant des études ont déjà utilisé avec efficacité le score d'Edimbourg à partir du troisième jour du post-partum, et valident l'intérêt d'une utilisation précoce de ce score pour dépister les patientes présentant des risques de dépression post-natale (22,23).

Un auto-questionnaire a également été créé pour le recueil des données socio-démographiques et cliniques des accouchées, ainsi que pour se renseigner sur leur prise en charge psychologique [Annexe 2]. Ces variables ont été choisies après l'étude des facteurs de risques de dépression post-natale retrouvés dans la littérature, dans le but d'avoir des résultats plutôt significatifs (8,24,25).

2.4.2. Intervention

Les questionnaires ont d'abord été distribués en chambre, les patientes ont pu répondre aux questions en autonomie, et ceux-ci ont été directement récupérés par la même personne.

A distance de la naissance, quatre semaines après la distribution du premier questionnaire, un entretien téléphonique a été réalisé pour évaluer le risque de dépression en utilisant de nouveau le score d'Edimbourg.

Les difficultés survenues lors de la distribution des questionnaires ont été le nombre important de patientes ne parlant pas le français, ainsi que le nombre réduit de patientes encore hospitalisées au troisième jour du post-partum, notamment à cause des sorties précoces. La période de recueil de données a donc été allongée pour obtenir un échantillon plus représentatif de la population.

Toutes les patientes ont été prévenues que leurs données allaient être utilisées dans une étude scientifique. Les questionnaires ne comportaient pas l'identité des patientes et ont été numérotés.

2.5. ANALYSE DES RESULTATS

Les données recueillies grâce au questionnaire ont été intégrées dans un tableau Excel®, les variables ont été codées en binaire (0 ou 1) pour les questions fermées (oui ou non) ; et en non-binaire pour les questions à choix multiples (1 à 4).

Les réponses des questions ouvertes (âge, nationalité par exemple) ont été séparées en différentes catégories, puis également codées en non-binaire et binaire respectivement.

Le nombre de patientes ayant un score d'Edimbourg pathologique, c'est-à-dire supérieur ou égal à onze a été quantifié. La fréquence de patientes à risque élevé de dépression de post-partum a pu être calculé en pourcentage, et deux groupes distincts ont été déterminés : les patientes à risque élevé et les patientes dont le risque de dépression du post-partum est moindre.

Grâce aux données démographiques et cliniques recueillies, chacune de ces variables ont été confrontées pour les deux groupes dans le but de constater leur influence sur le risque de dépression du post-partum et déterminer alors des facteurs de risques.

Ces statistiques comparatives ont été réalisées à l'aide du test de Student pour les variables quantitatives. Les tests de Chi2 et de Fisher ont permis de traiter les variables qualitatives. Le test de Fisher n'a été utilisé qu'en cas d'effectifs réduits.

Les résultats de ces tests statistiques ont tous été interprétés selon un risque alpha à 5%, soit significatif pour $p \leq 0,05$.

Ces données statistiques ont ensuite été intégrées dans un tableau (Tableau 2).

III. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

3.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

La population a été classée en quatre tranches d'âge pour plus de visibilité. L'âge moyen de la population étudiée était de 29,90 ans, la patiente la plus jeune avait 16 ans et la personne la plus âgée 42 ans.

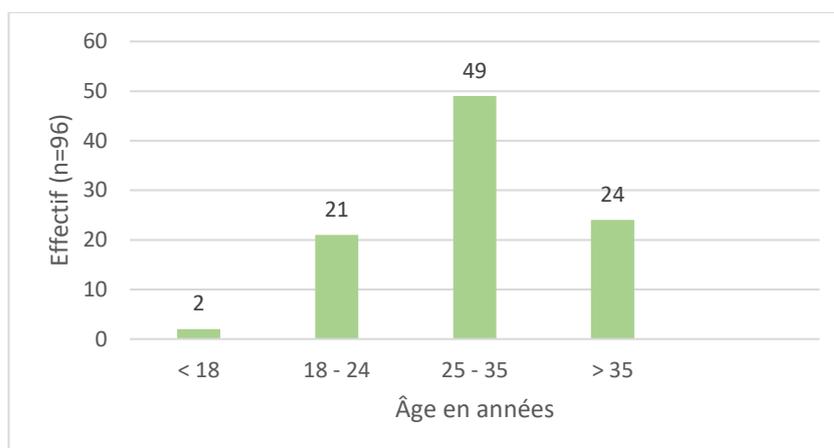


Figure 1 : Population classée par tranches d'âge

La population a été répartie par effectif en fonction de chaque variable étudiée dans le tableau 1.

Variables	Effectifs (n=96)	Fréquences en % (arrondies au centième près)
Nationalité française	58	60,42
Sans baccalauréat	39	40,63
Avec un master	20	20,83
Sans activité professionnelle	51	53,13
Célibataire	8	8,33
En couple/ Mariée	88	91,67
Césarienne	16	16,67
Instrument	23	23,96
Primipare	42	43,75
Pratique de l'AM	83	86,46

ATCD pathologie psychiatrique (troubles anxiodépressifs DSM-5)	12	12,50
ATCD psychiatrique pendant une grossesse (troubles anxiodépressifs DSM-5)	5	5,21
ATCD familiaux de pathologie psychiatrique	10	10,42
Choc émotionnel pendant la grossesse (deuil, perte d'emploi, séparation)	35	36,46
Grossesse non désirée	10	10,42
Pathologie obstétricale / fœtale	33	34,38
Mauvais vécu grossesse	27	28,13
Mauvais vécu accouchement	28	29,17
Sans soutien de leur entourage	7	7,29
Proposition de consultation avec un psychologue en service de SDC	12	12,5
Pas de proposition de consultation avec un psychologue en service de SDC	84	87,5
Jugent l'accompagnement psychologique par les soignants insuffisant	21	21,88

AM : Allaitement Maternel

ATCD : Antécédent

SDC : Suites de Couches

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

3.2. SCORES D'EDIMBOURG DE LA POPULATION

Comme représenté par les figures 2 et 3 ci-dessous ; sur les 96 questionnaires récoltés, 26 comprenaient un score d'Edimbourg pathologique à trois jours et 20 comprenaient un score EPDS pathologique à un mois.

Cela correspond à 27,08% de patientes à risques de dépression du post-partum à trois jours ; et 20,83% à un mois.

Parmi les patientes ayant eu un score pathologique à trois jours (n=26), 73,08% ont également eu un score pathologique à un mois (n=19).

Parmi les patientes ayant eu un score physiologique à trois jours (n=70), 1,43% ont eu un score pathologique à un mois (n=1).

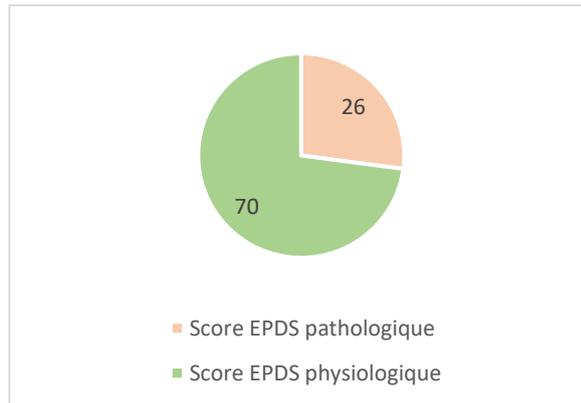


Figure 2 : Scores d'Edimbourg à trois jours du post-partum (n=96)

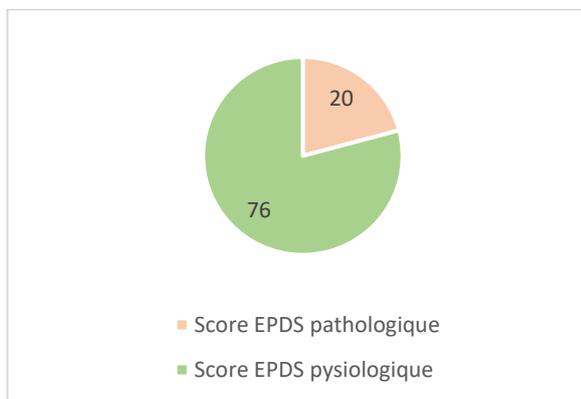


Figure 3 : Scores d'Edimbourg à un mois du post-partum (n=96)

3.3. FACTEURS DE RISQUE RETROUVES

La moyenne d'âge dans le groupe à risque était de 28,65 ans ; et de 30,36 ans dans le groupe sans risque. La différence d'âge entre ces deux groupes était de 1,71 ans. Aucune influence significative de l'âge sur le risque de dépression du post-partum n'a été retrouvée.

Les variables recueillies ont été confrontées au score d'Edimbourg à l'aide de statistiques dont les résultats sont présentés dans le tableau 2.

Variables	Effectifs (n=96)	Fréquences en % (arrondies au centième près)	Fréquences risque de DPN en % (arrondies au centième près)	P-value	Odd Ratio
Nationalité française	58	60,42	27,59	0,890	0,96
Sans baccalauréat	39	40,63	25,64	0,690	0,82
Avec un master	20	20,83	25	0,814	0,87
Sans activité professionnelle	51	53,13	31,37	0,580	1,23
Célibataire	8	8,33	50,00	0,128	3
En couple/ Mariée	88	91,67	25,00	0,750	0,90
Césarienne	16	16,67	37,50	0,390	1,61
Instrument	23	23,96	26,09	0,920	0,95
Primipare	42	43,75	30,95	0,452	1,41
Pratique de l'AM	83	86,46	27,71	0,890	1,05
ATCD pathologie psychiatrique (troubles anxiodépressifs DSM- 5)	12	12,50	66,67	0,009	5,29
ATCD psychiatrique pendant une grossesse (troubles anxiodépressifs DSM- 5)	5	5,21	80,00	0,026	10,49
ATCD familiaux de pathologie psychiatrique	10	10,42	60,00	0,063	3,98
Choc émotionnel pendant la grossesse (deuil, perte d'emploi, séparation)	35	36,46	37,14	0,270	1,59
Grossesse non désirée	10	10,42	30,00	1,000	1,15
Pathologie obstétricale / fœtale	33	34,38	30,30	0,720	1,17
Mauvais vécu grossesse	27	28,13	33,33	0,520	1,35

Mauvais vécu accouchement	28	29,17	39,29	0,025	6,59
Sans soutien de leur entourage	7	7,29	42,86	0,400	2,00
Proposition de consultation avec un psychologue en service de SDC	12	12,5	25,00	0,960	1,02
Pas de proposition de consultation avec un psychologue en service de SDC	84	87,5	27,38	0,820	0,92
Jugent l'accompagnement psychologique par les soignants insuffisant	21	21,88	33,33	0,560	1,35

AM : Allaitement Maternel

ATCD : Antécédents

DPN : Dépression Post-Natale

SDC : Suites de Couches

Tableau 2 : Influences des variables étudiées sur le risque de dépression post-natale (DPN) au jour trois du post-partum

3.4. ANALYSE DES RESULTATS

La comparaison des groupes scores pathologiques et scores physiologiques en fonction des variables étudiées a prouvé que l'âge, le niveau d'étude, l'absence d'activité professionnelle et le statut marital n'ont pas été des facteurs de risques de dépression du post-partum.

Aucun lien significatif n'a été retrouvé entre le fait d'avoir eu une césarienne ou un accouchement à l'aide d'instruments et la dépression du post-partum. Le nombre d'enfants et la pratique de l'allaitement maternel n'ont pas eu d'influence sur le risque de dépression du post-natale.

Un lien significatif a été identifié entre les antécédents de pathologie psychiatrique type troubles anxiodépressifs et le risque de dépression du post-partum. En effet, les patientes ayant ces antécédents ont significativement ($p=0.009$) 5,29 fois plus de risques de dépression post-natale ($IC=[1.2872 ; 26.0751]$).

De plus, les patientes dont ces antécédents psychiatriques sont survenus pendant une grossesse ont significativement ($p=0.026$) 10,49 fois plus de risques de dépression du post partum ($IC=[0.9797 ; 535.972]$).

Une tendance à la significativité concernant la dépression du post-partum chez les patientes ayant des antécédents familiaux de pathologie psychiatrique a cependant été remarquée. Ces patientes ont 3,98 fois plus de risques de dépression post-natale ($(p=0,063)$ et ($IC=[0.8645 ; 20.7686]$)).

Les variables choc émotionnel pendant la grossesse, grossesse non désirée, et pathologie obstétricale et/ou fœtale n'ont pas de lien significatif avec le risque de dépression du post-partum.

Le mauvais vécu de la grossesse n'a pas été un facteur de risque de dépression du post-partum ; cependant les patientes ayant un mauvais vécu de leur accouchement ont significativement ($p=0,025$) 6,59 fois plus de risques de faire une dépression du post partum ($IC=[1.0037 ; 73.0489]$).

Les variables telles qu'un soutien insuffisant de l'entourage, la proposition ou non de consulter la psychologue du service, et l'accompagnement psychologique insuffisant en maternité n'ont pas de liens significatifs avec la dépression post-natale.

IV. DISCUSSION ET LIMITES DES RESULTATS

4.1. DISCUSSION

Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer le risque de dépression du post-partum précocement en suites de couches au CHU la Conception et de déterminer les facteurs exerçant une influence sur ce risque à trois jours du post-partum.

Ce travail a démontré que 27% de l'effectif étudié avait un risque élevé de dépression du post-partum trois jours après l'accouchement, et 20,83% un mois après l'accouchement.

Les chiffres de prévalence de la dépression post-natale varient énormément car ils dépendent de la méthodologie employée, des critères diagnostiques choisis. Les variations dépendent de la taille de l'échantillon, de la population étudiée, du moment d'évaluation, des caractéristiques de l'outil de dépistage. Il est donc difficile de les interpréter, mais la plupart des études se rejoignent sur des prévalences entre 10 et 20%. Les résultats EPDS à un mois sont donc assez représentatifs de la littérature (22-25).

Quant aux résultats précoces au jour trois, ils sont en accord avec certaines études comme la thèse de Sarah Meunier « Le dépistage de la dépression du post-partum par l'Edinburgh Postnatal Depression Scale » dans laquelle sur les 297 EPDS exploités, 83 EPDS ont un score « positif » supérieur ou égal à 11/30, soit 27,95% des EPDS (26).

Néanmoins, ils restent surestimés par rapport à ceux globalement retrouvés dans la littérature, notamment dans la revue la psychiatrie de l'enfant : « 21 % des femmes se trouvent donc dans un groupe à risque » (27).

Certaines hypothèses peuvent être formulées pour tenter d'expliquer cette différence.

Tout d'abord, le choix du seuil de positivité du questionnaire EPDS exerce une influence directe sur la proportion des femmes à risque de dépression post-natale (11 dans cette étude, jusqu'à 13 sur 30 dans d'autres études).

Les résultats du score EPDS sont à interpréter avec précaution. Un score supérieur ou égal à 11 ne donne qu'une indication sur la probabilité de développer une dépression du post-partum. Il ne possède pas de valeur diagnostic à lui seul. Une évaluation clinique par un professionnel de santé compétent est également nécessaire. Ces résultats soulignent le fait que l'EPDS est un outil de dépistage mais ne peut établir, ni confirmer, un diagnostic à lui seul (28).

Cette discordance peut aussi s'expliquer par le lieu de l'étude. En effet, la Conception est un CHU de type III, qui accueille donc beaucoup de grossesses à risques. Celles-ci nécessitent un suivi médical de la grossesse plus lourd, source d'angoisse pour les patientes. De plus, cette maternité du service public accueille des femmes en difficulté sur le plan social, des femmes n'étant pas de nationalité française et/ou en situation irrégulière. Il s'agit généralement d'une population plus précaire que d'autres maternités. Ces caractéristiques représentent des facteurs de risques de dépression post-natale (24).

La présence d'un éventuel baby blues chez certaines patientes interrogées peut être mentionné. En effet, la prévalence de cet état physiologique est maximale entre le troisième et le dixième jour du post-partum. Des études montrent même qu'il existe une intensité plus forte de baby blues au troisième jour (29). Le nombre de patientes ayant un score d'Edimbourg pathologique au jour trois pourrait donc être augmenté par des accouchées souffrant de baby blues. Ceci pourrait également expliquer la diminution du nombre de scores pathologiques lors de la réévaluation à un mois ; du fait de l'évolution favorable spontanée de cet état transitoire (4). De plus, le baby blues est un facteur de risque important de dépression du post-partum (24).

Lors de l'étude des facteurs de risques, trois éléments importants ont été remarqués : le vécu de l'accouchement, les antécédents psychiatriques de troubles anxio-dépressifs et les antécédents psychiatriques de troubles anxio-dépressifs survenus pendant la grossesse ; dont la présence augmente significativement le risque de dépression post-natale.

Concernant la variable vécu de l'accouchement, l'enquête récente du CIANE (collectif inter-associatif autour de la naissance) réalisée auprès de 8500 mères peut être mentionnée : « le vécu de l'accouchement ne correspond pas toujours aux attentes des mères puisqu'il est plutôt mal voire très mal vécu pour 32% des primipares et

24% des multipares » ; « 50% des primipares et 42% des multipares pensent qu'il aurait été utile de voir un ou une psychologue à la maternité » (30).

Cette étude a prouvé que le vécu de l'accouchement est un facteur de risque significatif de dépression du post-partum, ce qui est en cohérence avec la littérature (25).

Ce résultat souligne donc ici la nécessité d'interroger systématiquement les patientes pendant leur séjour en suites de couches sur leur ressenti vis-à-vis de l'accouchement. Le but étant de désamorcer des situations de fragilité, et de proposer une consultation avec un psychologue ou un pédopsychiatre aux femmes ayant eu un mauvais vécu de l'accouchement. Pour les multipares, le vécu de l'accouchement et du post-partum des grossesses précédentes devrait aussi systématiquement être abordé en anténatal, par exemple lors de l'ouverture de dossier.

Cette étude a montré l'impact significatif des antécédents psychiatriques de troubles anxio-dépressifs hors grossesse et pendant grossesse sur le risque de dépression post-natale. Ces résultats sont concordant avec ceux retrouvés dans la littérature (8,24).

Une tendance à la significativité a été retrouvée pour la variable « antécédents familiaux de pathologies psychiatriques ». L'échantillon étudié ici était trop restreint mais en cohérence avec les données de la littérature qui décrivent cette variable comme facteur de risque significatif de dépression du post-partum (24).

Un des objectifs de ce travail était de définir des facteurs de risques afin de les repérer précocement lors du suivi périnatal des patientes ; donc préciser les caractéristiques démographiques et cliniques de la population étudiée pour pouvoir donner des indications sur la population susceptible d'être la plus sensible à ce dépistage. En effet, connaître les facteurs associés à la dépression du post-partum est utile aux professionnels de santé pour mieux la dépister, c'est-à-dire cibler la population à risque.

La prise en charge de ces troubles devrait être la plus précoce possible, il est alors intéressant de s'interroger sur le dépistage précoce.

Lors de cette étude, la majorité des patientes ayant un score EPDS pathologique à un mois de post-partum avaient déjà un score pathologique à trois jours de post-partum.

Certaines études ont déjà évoqué des perspectives de dépistage précoce, notamment les travaux de Hannah (1992) ; qui a démontré que deux tiers des femmes présentant une dépression du post-partum six semaines après l'accouchement présentaient un score à l'EPDS supérieur ou égal à 10 cinq jours après la naissance (31).

La revue « La psychiatrie de l'enfant » (27) peut également être citée. Elle comporte des résultats assez similaires : « Les femmes souffrant d'une dépression à 6 semaines sont au nombre de 10 [...]. Toutes avaient un score EPDS supérieur ou égal à 13. Ces femmes présentaient un score élevé à l'EPDS dès la maternité. »

Le dépistage précoce en maternité grâce à l'EPDS est une piste intéressante. Il existe plusieurs points positifs à l'utilisation de cet outil : il est court, simple d'emploi, avec une bonne acceptabilité des patientes. Il est rapide à coter pour les soignants. Il s'agit d'un bon outil que les sage-femmes pourraient utiliser dans leur dépistage.

Il permet de repérer, même précocement en suites de couches les patientes à risque de dépression du post-partum, afin de les orienter rapidement vers un professionnel adapté et éviter la perte de vue des patientes à la sortie de la maternité.

Une prévention et un dépistage précoce en suites de couches (surtout chez les patientes à risque) devrait permettre de réduire la fréquence des évolutions dépressives, et permettre aux patientes de se faire suivre plus facilement car elles auront déjà établi un premier contact lors de leur séjour en maternité. (12,27).

4.2. LIMITES DE L'ETUDE

La limite de cette étude consiste surtout en son effectif restreint (n=96), qui ne peut pas être totalement représentatif de la population générale. Ce faible échantillon s'explique en partie par l'augmentation des sorties précoces de maternité, au deuxième jour de post-partum pour les accouchements par voie basse et au troisième jour pour les césariennes.

Un biais de sélection est aussi observé ; du fait de la non-inclusion des personnes non francophones, qui rend notre échantillon moins représentatif de la population générale.

Une autre limite est celle du questionnaire du recueil de données démographiques et cliniques qui aurait pu être plus précis et plus complet. De plus, il ne contenait que des questions fermées ou à choix multiples, et ne laissait pas de place à l'expression libre, ce qui peut impliquer une perte d'information. Ce choix a été fait pour favoriser l'acceptabilité du questionnaire auprès des patientes, et donc avoir le plus de volontaires possibles.

V. CONCLUSION DE L'ETUDE

Cette étude a démontré que 27,08% des accouchées présentaient un score d'Edimbourg pathologique à trois jours de post-partum ; et 20,83% à un mois du post-partum.

Les résultats récoltés ont permis d'identifier des facteurs contribuant à augmenter le score d'Edimbourg et donc d'augmenter le risque de dépression du post-partum à la maternité de la Conception de Marseille. Ces facteurs de risques sont d'abord les antécédents psychiatriques de troubles anxio-dépressifs, et le risque est majoré si ces troubles sont survenus lors d'une grossesse. De plus, le mauvais vécu de l'accouchement semble favoriser la survenue de dépression post-natale.

La connaissance de ces facteurs de risques par les professionnels de santé devrait les aider dans le dépistage de cette pathologie ; afin d'orienter les patientes en difficulté vers un suivi adapté le plus précocement possible. Le repérage d'antécédents psychiatriques et la question du vécu des précédents accouchements lors de l'ouverture de dossier, l'interrogatoire systématique en suites de couches quant à l'état de santé mental des femmes et le ressenti de leur accouchement sont des pistes intéressantes pour prévenir les dépressions post-natales.

La réalisation de cette étude souligne également la possibilité d'un dépistage systématique à l'aide du score d'Edimbourg.

Depuis le 1^{er} juillet 2022, un entretien post-natal précoce est obligatoire pour les femmes dans leur post-partum. Ses objectifs sont « d’aborder et d’identifier les ressources, les besoins et les attentes des familles ; et de prévenir et dépister les troubles psychiques du post-partum et en premier lieu la dépression du postpartum » (32).

Destiné à repérer très tôt les premiers signes de ce mal-être, cette mesure était recommandée depuis 2014 par la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle est caractérisée par un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale de 2022. L’entretien postnatal précoce sera effectué par un médecin ou une sage-femme entre la quatrième et la huitième semaine après l’accouchement. Il est pris en charge par l’assurance maladie à hauteur de 70%. Un deuxième entretien pourra être proposé entre la dixième et la quatorzième semaine qui suit l’accouchement, si la mère en exprime le besoin ou si des signes de dépression post-natale sont constatés (32). La prévention et le dépistage lors de ces entretiens devrait donc se focaliser sur la recherche des facteurs de risques cités précédemment, car non diagnostiquée et non prise en charge la dépression post-natale représente une situation à risque majeur de tentative de suicide (13).

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : guide pratique. Genève : OMS 1999. WHO_RHT_MSM_98.3_fre.pdf [Internet]. [cité 3 mai 2023]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66396/WHO_RHT_MSM_98.3_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. HAS. Note cadrage Repérage, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnataux. reco349__note_cadrage_rbp_troubles_psychiques_perinataux__mel.pdf [Internet]. [cité 3 mai 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/reco349__note_cadrage_rbp_troubles_psychiques_perinataux__mel.pdf
3. Bydlowski S. Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance : recommandations. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2015;44(10):1152-6. [Internet]. [cité 10 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0368231515002562>
4. Namêche K, Gathy C, Mikolajczak G, Desseilles M. Troubles psychiques liés à la maternité : Troubles puerpéraux. Acta Psychiatrica Belgica, 112(1), 39-45. 2012. [Internet]. [cité 10 nov 2021]. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/194200/1/Nameche-Puerperaux-2012.pdf>
5. CNGOF. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. 2016. [Internet]. [cité 3 mai 2023]. Disponible sur: <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-42.html>
6. UMVF - Université Médicale Virtuelle Francophone. Les troubles psychopathologiques de la puerpéralité. 2014. [Internet]. [cité 10 nov 2021] ; Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/troubles_puerperalite/site/html/cours.pdf
7. Nakamura A. Le rôle du soutien social pendant la grossesse dans les inégalités sociales vis-à-vis de la dépression postpartum parentale [Internet] [These de doctorat]. Sorbonne université; 2020 [cité 9 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.theses.fr/2020SORUS092>
8. Masmoudi J, Trabelsi S, Charfeddine F, Jaoua A. LA DEPRESSION DU POST PARTUM. :7. 2006. [Internet]. [cité 19 oct 2022] ; Disponible sur : [https://www.psychanalyse.com/pdf/LA%20DEPRESSION%20DU%20POST%20PARTUM%20-%20MISE%20AU%20POINT%20\(7%20pages%20-%2094%20Ko\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/LA%20DEPRESSION%20DU%20POST%20PARTUM%20-%20MISE%20AU%20POINT%20(7%20pages%20-%2094%20Ko).pdf)
9. SPF. Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements [Internet]. [cité 3 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/enquete-nationale-perinatale.-rapport-2021.-les-naissances-le-suivi-a-deux-mois-et-les-etablissements>

10. HAS. Annexe_4 Définition de l'EDC selon le DSM-5 (proposition de traduction). 2015. [Internet]. [cité 11 avr 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/annexe_4_definition_de_ledc_selon_le_dsm-5_proposition_de_traduction.pdf
11. Gauthier L. _ La dépression postnatale chez les mères : plus qu'un simple baby blues. 2007. psyqc_dossier_5_gauthier_mai07.pdf [Internet]. [cité 3 mai 2023]. Disponible sur: https://louisegodincom.files.wordpress.com/2015/12/psyqc_dossier_5_gauthier_mai07.pdf
12. Guedeney A, Benarous X. Un cahier de suivi psychologique périnatal : favoriser le dépistage et la continuité entre soins pré- et postnataux en maternité. Bull Académie Natl Médecine. 1 juin 2021;205(6):587-91. [Internet]. [cité 11 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001407921001655>
13. Saucedo M, Tessier V, Leroux S, Almeras A, Deneux-Tharoux C. Mortalité maternelle en France, mieux comprendre pour mieux prévenir. Sages-Femmes. sept 2021;20(5):36-42. [Internet]. [cité 10 nov 2021] ; Disponible sur: <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2021/01/Rapport-mortalite-maternelle-2013-2015.pdf>
14. HAS. presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf. 2016. [Internet]. [cité 3 mai 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf
15. Sagan A, Figueras J, Kluge H, Lessof S, McDaid D, McKee M, et al. Dépistage. Synthèse 35. 2020. [Internet]. [cité 10 nov 2021] ; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330820/Policy-brief-35-1998-4065-fre.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
16. Missonnier S, Blazy M, Boige N, Presme N, Tagawa O. Manuel de psychologie clinique de la périnatalité. Elsevier Health Sciences; 2021. 603 p. [Internet]. [cité 10 nov 2021] ; Disponible sur: https://books.google.fr/books?id=Y5ssEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
17. Speranza M. État des lieux et optimisation du dépistage et de l'accompagnement des femmes présentant un trouble psychique dans le post-partum par les sage-femmes libérales du Val d'Oise. 2021. [Internet]. [cité 3 mai 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03349791/document>
18. Hoen C. De la prise en charge gynéco-obstétricale des patientes en psychiatrie: la sage-femme au service de toutes les femmes. 2018.pdf [Internet]. [cité 10 nov 2021] ; Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01867739/document>

19. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. juin 1987;150(6):782-6. [Internet]. [cité 24 oct 2022] ; Disponible sur : <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/detection-of-postnatal-depression/E18BC62858DBF2640C33DCC8B572F02A>
20. Jardri R. Le dépistage de la dépression postnatale : revue qualitative des études de validation de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Devenir*. 2004;16(4):245-62. [Internet]. [cité 09 déc 2021] ; Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2004-4-page-245.htm>
21. Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry*. 1 janv 1998;13(2):83-9. [Internet]. [cité 24 oct 2022] ; Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0924933898800230>
22. Jardri R, Pelta J, Maron M, Thomas P, Delion P, Codaccioni X, et al. Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *J Affect Disord*. juill 2006;93(1-3):169-76. [Internet]. [cité 19 oct 2022] ; Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16644021/>
23. Teissedre F, Chabrol H. Étude de l'EPDS (Échelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères : dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. *L'Encéphale*. 1 sept 2004;30(4):376-81. [Internet]. [cité 19 oct 2022] ; Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700604954516>
24. Dépression du post-partum - Gynécologie et obstétrique [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [Internet]. [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/soins-du-post-partum-et-troubles-associ%C3%A9s/d%C3%A9pression-du-post-partum>
25. Manzano J. L'identification des facteurs de risque pour une dépression postpartum. *Rev Med Suisse*. 13 févr 2002;2379:346-50. [Internet]. [cité 11 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2002/revue-medicale-suisse-2379/1-identification-des-facteurs-de-risque-pour-une-depression-postpartum>
26. Sarah Meunier. Le dépistage de la dépression du post-partum par l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Enquête auprès de 52 médecins généralistes Haut-Normands sur l'intérêt et l'utilisation pratique de cet outil. THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE. 2012. [Internet]. [cité 9 févr 2023] ; Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00765420/document>
27. Poinso F, Samuëlian JC, Delzenne V, Huiart L, Sparrow JS, Rufo M. Dépressions du post-partum : délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé. *La Psychiatrie de l'Enfant*. 2001;44(2):379-413. [Internet]. [cité 11 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2001-2-page-379.htm>

28. La dépression au cours de la grossesse : construction et validation d'un outil d'aide au diagnostic en médecine générale. *Exercer, la revue française de médecine générale*. Vol 25 N°115. 2014.4829_La_depression_au_cours_de_la_grossesse.pdf [Internet]. [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4829_La_depression_au_cours_de_la_grossesse.pdf
29. M'Baïlara K, Swendsen J, Glatigny-Dallay E, Dallay D, Roux D, Sutter AL, et al. Le baby blues : caractérisation clinique et influence de variables psycho-sociales. *L'Encéphale*. 1 juin 2005;31(3):331-6. [Internet]. [cité 24 oct 2022] ; Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S001370060582398X>
30. Emovigacada PP. Les femmes enceintes face au système de soins [Internet]. CIANE. 2022 [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: <https://ciane.net/2022/09/les-femmes-enceintes-face-au-systeme-de-soins/>
31. Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links Between Early Post-partum Mood and Post-natal Depression. *Br J Psychiatry*. juin 1992;160(6):777-80. [Internet]. [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/links-between-early-postpartum-mood-and-postnatal-depression/0A47EB2038FC022BF9A64BA6FB6B646B#xd_co_f=MjE0ZDI5NDctZDRmOS00YWY0LTg3OWQtMGJkNmY4MzcyZDk1~
32. Bleuzen E, Benjilany S, Gantois A, Kheniche M, Baunot N, Guillaume S, et al. Entretien postnatal précoce - Préconisations pour la pratique clinique. 2022. [Internet]. HAL. [cité 11 avr 2023]. Disponible sur : https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2022/07/EPNP_CNSF_2022_vf.pdf

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Définition de l'EDC (épisode dépressif caractérisé) selon le DSM-5 (10)

<p>A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir. NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.</p> <p>(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.</p> <p>(2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).</p> <p>(3) Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.</p> <p>(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.</p> <p>(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).</p> <p>(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.</p> <p>(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).</p> <p>(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).</p> <p>(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.</p> <p>B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.</p> <p>C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.</p> <p>NB : Les critères A à C caractérisent l'EDC.</p> <p>NB : La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notée au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un EDC en plus de la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.</p> <p>Pour constituer un trouble dépressif unipolaire, les critères D et E doivent s'y ajouter.</p> <p>D. L'occurrence de l'EDC n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.</p> <p>E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.</p>

Annexe 2 : Auto-questionnaire distribué aux patientes

Questionnaire anonyme – Mémoire étudiante sage-femme QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Bonjour,

Dans le cadre de mes études de sage-femme, j'ai décidé de réaliser mon mémoire de fin d'étude sur la prise en charge psychologique des accouchées et le risque de dépression pendant la période du post-partum. Ainsi ce questionnaire a été construit dans le but de dégager les aspects de votre vécu et adapter au mieux notre prise en charge.

Ce questionnaire anonyme vous prendra environ 10 minutes et m'aidera grandement dans l'avancement de mon mémoire.
Je vous remercie.

1. Quel âge avez-vous ?
2. De quelle nationalité êtes-vous ?
3. Quel est votre niveau d'étude ? *(Entourez la réponse)*
Brevet CAP BAC Licence Master Doctorat
Autre :
4. Quelle est votre situation professionnelle ? *(Entourez la réponse)*
Etudiant Professionnellement actif Sans emploi/Chômage
5. Quelle est votre situation familiale ?
En couple Marié/Pacsé Autre :
6. Avez-vous d'autres enfants ? *(Entourez la réponse)* Oui Non
Si oui, combien ? :
7. Pratiquez-vous un allaitement maternel ?
 Oui
 Non
8. Avez-vous déjà souffert de dépression, ou d'autres pathologies psychologiques ? *(Entourez la réponse)* Oui Non
Si oui, durant la grossesse ? Oui Non
9. Avez-vous des antécédents familiaux de dépression ?
 Oui
 Non

10. Avez-vous vécu des événements de vie stressants récents ou survenant durant la grossesse ?
 Oui
 Non

11. Cette grossesse était-elle désirée ?
 Oui
 Non

12. Présentez-vous des antécédents ou une situation obstétricale actuelle défavorable ?
 Oui
 Non

13. Comment qualifieriez-vous votre vécu de cette grossesse ?
 Très bon
 Bon
 Moyen
 Mauvais

14. Comment qualifieriez-vous votre vécu de l'accouchement ?
 Très bon
 Bon
 Moyen
 Mauvais

15. Vous sentez-vous soutenue par votre entourage ?
 Oui
 Oui, la plupart du temps
 Pas autant que je le souhaiterais
 Non, pas vraiment

16. Vous a-t-on interrogée sur votre santé mentale pendant votre séjour en suites de couches ?
 Non
 Une fois
 Plusieurs fois

17. Vous a-t-on proposé de voir un psychologue dans le service ?
 Oui
 Non
Si non, auriez-vous voulu y avoir accès ?
 Oui
 Non

18. Vous êtes-vous sentie accompagnée psychologiquement par l'équipe médicale pendant votre séjour à la maternité ?
 Oui
 Oui, la plupart du temps
 Pas autant que je l'aurais souhaité
 Non, pas vraiment
19. Sur une échelle de 1 à 10, notez votre satisfaction globale sur votre prise en charge mentale durant votre séjour : /10

Questionnaire EPDS : Au cours de la semaine qui vient de s'écouler,

1. Vous avez pu rire et prendre les choses du bon côté
 Aussi souvent que d'habitude
 Pas tout à fait autant
 Vraiment beaucoup moins ces jours-ci
 Absolument pas
2. Vous vous êtes sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir
 Aussi souvent que d'habitude
 Pas tout à fait autant
 Vraiment beaucoup moins ces jours-ci
 Absolument pas
3. Vous vous êtes reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal
 Oui, la plupart du temps
 Oui, parfois
 Pas très souvent
 Non, jamais
4. Vous vous êtes sentie inquiète ou soucieuse sans motif
 Non, pas du tout
 Presque jamais
 Oui, parfois
 Oui, très souvent
5. Vous vous êtes sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons
 Oui, vraiment souvent
 Oui, parfois
 Non, pas très souvent
 Non, pas du tout
6. Vous avez eu tendance à vous sentir dépassée par les événements
 Oui, la plupart du temps, vous vous êtes sentie incapable de faire face aux situations

- Oui, parfois, vous ne vous êtes pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
 Non, vous avez pu faire face à la plupart des situations
 Non, vous vous êtes sentie aussi efficace que d'habitude

7. Vous vous êtes sentie si malheureuse que vous avez eu des problèmes de sommeil
 Oui, la plupart du temps
 Oui, parfois
 Pas très souvent
 Non, jamais

8. Vous vous êtes sentie triste ou peu heureuse
 Oui, la plupart du temps
 2 Oui, parfois
 Pas très souvent
 Non, jamais

9. Vous vous êtes sentie si malheureuse que vous en avez pleuré
 Oui, la plupart du temps
 Oui, très souvent
 Seulement de temps en temps
 Non, jamais

10. Vous est-il arrivé de penser à vous faire du mal ?
 Oui, très souvent
 Parfois
 Presque jamais
 Jamais

VIII. GLOSSAIRE

AM : Allaitement Maternel

ATCD : Antécédents

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DPN : Dépression Post-Natale

EDC : Episode Dépressif Caractérisé

EPDS : Edinburgh Postpartum Depression Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SDC : Suites de Couches

IX. RESUME

DEPRESSION DU POST-PARTUM : Facteurs de risques et dépistage auprès des accouchées en suites de couches.

Introduction : La dépression du post-partum est la pathologie la plus courante de la période post-natale. Il n'existe pas de dépistage systématique en France malgré une prévalence importante ; 10 à 15% des femmes souffrent de cette dépression post-natale. De plus 50 à 60 % des dépressions périnatales ne sont pas diagnostiquées.

Objectifs : Déterminer la prévalence de patientes à risque de dépression du post-partum en suites de couches au CHU la Conception à Marseille et repérer les facteurs de risques précoces de cette pathologie.

Matériel et méthode : 96 patientes ont été interrogées grâce à un auto-questionnaire pour le recueil de données démographiques et cliniques ainsi qu'un score EPDS à trois jours de post-partum. Le score EPDS a été renouvelé à un mois de post-partum par téléphone. L'utilisation de tests statistiques (Chi2, Fisher, Student) ont permis de déterminer les variables associées au risque de dépression du post-partum.

Résultats : 27,08% des patientes interrogées ont eu un score EPDS pathologique à trois jours de post-partum ; et 20,83% à un mois. Trois facteurs de risque significatifs de dépression post-natale ont été mis en évidence : le vécu de l'accouchement ($p=0,025$), les antécédents psychiatriques de troubles anxio-dépressifs ($p=0,0088$) et les antécédents psychiatriques anxio-dépressifs survenus pendant la grossesse ($p=0,026$).

Conclusion : La connaissance des facteurs de risque de dépression post-natale doit permettre le repérage de patientes en difficulté durant l'ensemble du parcours périnatal. Un dépistage systématique précoce serait utile pour diminuer la prévalence de dépression du post-partum.

Mots-clés : Dépression du post-partum, facteurs de risque, dépistage, précoce, score d'Edimbourg.

ABSTRACT

POST-PARTUM DEPRESSION: Risk factors and early screening of women in post-natal care.

Introduction: Postpartum depression is the most common pathology of the post-natal period. There is no systematic screening in France despite its high prevalence; 10 to 15% of women suffer from this post-natal depression. Moreover, 50 to 60% of perinatal depressions are not diagnosed.

Objectives: To determine the prevalence of patients at risk of postpartum depression in post-natal care at the Conception University Hospital in Marseille and to identify early risk factors for this pathology.

Material and methods: 96 patients were interviewed using a self-administered questionnaire to collect socio-demographic and clinical data as well as an EPDS score on the third day of postpartum. The EPDS score was repeated at one month of postpartum by telephone. Statistical tests (Chi², Fisher, Student) were used to determine the variables associated with the risk of postpartum depression.

Results: 27.08% of the patients surveyed had a pathological EPDS score on the third day of postpartum; and 20.83% at one month. Three significant risk factors for postnatal depression were identified: bad experience of childbirth ($p=0.025$), psychiatric history of anxiety-depressive disorder ($p=0.0088$) and psychiatric history of anxiety-depressive disorder during pregnancy ($p=0.026$).

Conclusion: Knowledge of the risk factors for postnatal depression should allow the identification of patients in difficulty during the entire perinatal course. Early systematic screening would be useful to reduce the prevalence of postpartum depression.

Keywords: Post-partum depression, risk factors, screening, early, Edinburgh Postnatal Depression Scale.