



UNIVERSITÉ DE POITIERS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

Dépression du post-partum :
Connaissances, pratiques et besoins de formation des
sages-femmes libérales et de PMI

Menée d'Avril à Septembre 2017 – Poitou Charentes

Mémoire présenté

Par M^{elle} CHAIGNON Barbara

Née le 09/09/1995

En vue de l'obtention du diplôme d'État de Sage-femme

Année 2018

Directeur de mémoire : Mme Sonia PAPIN¹, Sage-femme enseignante

Composition du Jury : Mme J. DEPARIS^{1,2}, Mme S. GUINOT¹, Mme A. Masteau³

¹ : École de Sages-femmes, Poitiers RANCE

² : Université de Poitiers, Faculté de médecine et de pharmacie, CHU de Poitiers FRANCE

³ : Sage-femme libérale Nouvelle-Aquitaine FRANCE



UNIVERSITÉ DE POITIERS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

Dépression du post-partum :
Connaissances, pratiques et besoins de formation
des sages-femmes libérales et de PMI

Menée d'Avril à Septembre 2017 – Poitou Charentes

Mémoire présenté

Par M^{elle} CHAIGNON Barbara

Née le 09/09/1995

En vue de l'obtention du diplôme d'État de Sage-femme

Année 2018

Directeur de mémoire : Mme Sonia PAPIN, Sage-femme enseignante

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, un grand MERCI à Sonia PAPIN, sage-femme enseignante, tutrice et directrice de ce mémoire. Merci d'avoir accepté d'encadrer ce mémoire, merci pour votre investissement, votre disponibilité, vos nombreux conseils et votre encouragement permanent. Je vous en suis profondément reconnaissante.

Merci à Mme Guinot, notre directrice en or et l'ensemble de l'équipe enseignante de l'École de Sage-femme de Poitiers pour votre dévouement et votre disponibilité. C'est si plaisant d'apprendre à vos côtés.

Merci aux sages-femmes qui ont accepté de tester le questionnaire de ce mémoire et en particulier à Lauréline Pérez, Brice Menier et Clémentine Delcroix pour m'avoir fait partager la passion et l'amour du libéral.

Merci à l'ensemble du personnel encadrant que j'ai pu rencontrer durant ces 5 années d'études et en particulier à l'équipe de Niort qui a fait de cette formation une riche expérience.

Merci à ma famille, à toi maman pour ton éternel soutien, pour tout ce que tu m'apportes, pour notre relation qui est si belle. Je suis si fière d'être ta fille. A toi papa pour tes encouragements durant ces 5 années, tes nombreux conseils et ta confiance. Merci à toi Flo pour ton soutien, nos discussions et tous ces beaux moments passés ensemble. Je vous aime, notre famille est la chose la plus précieuse à mes yeux.

Merci à mon Thib pour ta patience durant ces 5 années, merci pour ton soutien sans faille, tes encouragements et merci de toujours croire en moi. Merci d'avoir supporté toutes ces longues heures de révision, d'avoir toujours été présent, ce sans quoi je ne serais pas là aujourd'hui.

Merci aux « Veuz » pour l'attention que vous avez portée à mes études et votre soutien.

Merci à toute ma famille, à mes amis de St Max pour votre soutien depuis toujours. A toi Mathou pour notre belle amitié et tous ces bons repas partagés....

Merci à toute ma promo qui est la meilleure du monde entier à n'en pas douter !

Merci à mes pépettes pour tous ces moments passés ensemble pendant ces 4 années, pour nos longues discussions, nos longues soirées et notre amitié qui sera elle aussi très longue. Je vous aime.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION ET HYPOTHÈSES	1
1.1. Introduction	1
1.2. Hypothèses	3
2. MÉTHODOLOGIE	4
2.1. Objectifs	4
2.1.1. Objectifs principaux	4
2.1.2. Objectif secondaire	4
2.2. Schéma d'étude	4
2.3. Population, lieu et durée d'étude	4
2.3.1. Critères d'inclusion/exclusion	4
2.3.2. Déroulement de l'étude	4
2.4. Critères de jugements	5
2.5. Recueil de données et analyse	5
2.6. Aspects éthiques et réglementaires	5
3. RÉSULTATS	6
3.1. Description de la population	6
3.2. Connaissances des SF	7
3.2.1. Fréquence de la DPP	7
3.2.2. Durée de la DPP	8
3.2.3. FDR de la DPP à dépister pendant la grossesse	8
3.2.4. FDR de la DPP spécifiques du post-partum	9
3.2.5. Outils de dépistage de la DPP	10
3.2.6. Associations, réseaux, groupes de paroles	10
3.3. Pratiques des SF	11
3.3.1. Utilisation des outils de dépistage	11
3.3.2. Formation(s) supplémentaire(s) sur la DPP	11
3.3.3. L'EPP	12
3.3.4. Dépistage de la DPP : en pratique	12
3.3.5. Prise en charge de la DPP	12

3.4.	Besoins et attentes des SF	13
3.4.1.	<i>Formation(s)</i>	13
3.4.2.	<i>Prévention de la DPP</i>	14
3.4.3.	<i>Dépistage systématique à domicile à 3 mois du PP</i>	14
4.	DISCUSSION	16
4.1.	Principaux résultats	16
4.2.	Validité interne de l'étude	17
4.2.1.	<i>Population source/cible/d'étude</i>	17
4.2.2.	<i>Déroulement de l'étude</i>	17
4.2.3.	<i>Problématique des questions ouvertes</i>	18
4.3.	Validité externe de l'étude et limites	18
4.3.1.	<i>Connaissances des SF</i>	18
4.3.2.	<i>L'EPP</i>	20
4.3.3.	<i>L'EPDS : entre méconnaissance et non utilisation</i>	21
4.3.4.	<i>Dépistage et PEC de la DPP</i>	22
4.3.5.	<i>Quelle place pour la prévention ?</i>	23
4.3.6.	<i>Formations</i>	23
4.3.7.	<i>Une visite à domicile (VAD) à 3 mois du PP : une aide au dépistage ?</i>	24
5.	CONCLUSION	26
6.	BIBLIOGRAPHIE	27
7.	ANNEXES	31
7.1.	Questionnaire	31
7.2.	Échelle EPDS	34
7.3.	Fiche action INPES reprenant différentes recommandations de la HAS	36
8.	RÉSUMÉ / SUMMARY	40
8.1.	Résumé et mots clés	40
8.2.	Summary and key-words	41

ABRÉVIATIONS

- ATCD : Antécédents
- CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
- CMP : Centre médico-psychologique
- DPP : Dépression du post-partum
- EPDS : Edinburgh Post-Natal Scale
- EPP : Entretien prénatal précoce
- EPE : Écoles des Parents et des Éducateurs
- FDR : Facteurs de risques
- HAS : Haute autorité de santé
- PMI : Protection maternelle et infantile
- PP : Post-partum
- QCM : Question à choix multiples
- QCS : Question à choix simple
- REEAP : Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents
- RPPC : Réseau périnatal Poitou-Charentes
- SF : Sage-femme
- UMB : Unité mère-bébé
- VAD : Visite à domicile
- VPN : Visite post-natal

1. INTRODUCTION ET HYPOTHÈSES

1.1.Introduction

Devenir mère et donner la vie est un moment unique dans la vie d'une femme, mais ce phénomène n'est pas toujours aussi heureux pour chaque naissance. Le psychisme est très sollicité pendant la grossesse, l'accouchement et la période du post-partum (PP), il existe un certain nombre de femmes affectées par des phénomènes dépressifs notamment dans la période du post-partum (1).

Longtemps ignorées, ces pathologies psychiatriques ont fait leur apparition dans l'Antiquité (2). Malgré le fait que le « baby-blues » soit reconnu dans notre société, les connaissances restent minimes et notamment concernant la dépression du post-partum (DPP) et la psychose puerpérale (3).

La dépression du post-partum est une pathologie qui apparaît à distance de l'accouchement, de durée variable, elle peut selon la gravité toucher la femme pendant plus d'un an (1). La symptomatologie est multiple mais spécifique de la dépression puisque apparaissent de nombreux sentiments comme l'anxiété, la culpabilité ou des états de découragement, solitude ou d'auto-dévalorisation.

L'enfant né étant en pleine construction psychique, cette pathologie qui touche la mère ne sera pas sans répercussion sur son enfant pouvant aboutir à des troubles importants de la relation mère-enfant (4). La dépression maternelle est également considérée comme un facteur de risque (FDR) pour le développement socio-affectif et cognitif de l'enfant (5).

Rarement reconnue comme telle par la mère et/ou l'entourage, la dépression du post-partum apparaît souvent sous forme de déni. La vulnérabilité des futurs parents ne s'exprime pas forcément par des signes bruyants ou par une demande d'aide explicite (6).

Si cette pathologie est méconnue de la population générale, elle n'est pas pour autant rare puisque 13% des femmes sont touchées par cette pathologie selon une étude récente et il est fort possible que celle-ci soit sous diagnostiquée (7).

Des lacunes importantes existent concernant la prise en charge du post-partum en matière de santé comportementale et psychosociale (8).

Lorsque cette pathologie n'est pas diagnostiquée, les mères restent à risque plus important de récurrence d'une dépression pendant au moins cinq ans (9). Ainsi la dépression du post-partum constitue un problème de santé publique important de par sa sévérité, sa fréquence et sa difficulté à être diagnostiquée.

La présence du professionnel de santé pour repérer les FDR, diagnostiquer la pathologie et la nommer ainsi qu'accompagner ces femmes par une démarche de soins adaptée semble donc essentielle.

Les professionnels de santé sont des acteurs incontournables et notamment les sages-femmes (SF). Leur rôle est de savoir prévenir cette pathologie mais aussi la diagnostiquer pour permettre un accompagnement adéquat. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de dépister dès le début de la grossesse des difficultés psychiques pour envisager précocement des interventions appropriées avec en parallèle une information auprès des couples (10).

Depuis 2002, l'American College of Nurse-Midwives a conseillé aux SF d'intégrer la prévention de la dépression du post-partum, le dépistage universel, l'orientation vers un professionnel qualifié, dans les soins qu'ils dispensent (11).

Ainsi Le service de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) semble être le meilleur acteur pour permettre une première évaluation complète avant une possible orientation en milieu psychiatrique (12,13).

Au fil du temps des réseaux, comme Les Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP), les réseaux des Écoles des parents et des éducations (EPE), mais aussi des groupes de soutiens comme Les Maisons Vertes, l'association Maman Blues ont vu le jour et sont désormais recommandés par la HAS afin de proposer une prise en charge adaptée (10) (Annexe 3).

Différents outils de dépistage ont également été mis en place, parmi eux, le plus utilisé est l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) qui s'est révélé être le plus efficace pour dépister les femmes présentant des symptômes de dépression au moyen d'un auto-questionnaire fermé comportant dix questions cotées afin d'attribuer un score. Cet outil a été validé au niveau international comme outil d'aide au dépistage (14,15) (Annexe 2).

En 2001 Beck valide un nouvel outil de dépistage, le Post-partum Depression Screening Scale (PDSS) (16), il a été construit sur la base d'un auto-questionnaire de type Likert comportant 35

items (17). Cet outil est cependant très coûteux et validé uniquement en Anglais et en Espagnol (18).

A ce jour, ce dépistage reste pourtant difficile à réaliser. La sage-femme est un des acteurs les mieux placés pour le faire car elle est présente tout au long de la grossesse pour repérer les FDR des femmes. Elle reçoit les femmes en entretien prénatal précoce (EPP) et lors de la préparation à l'accouchement et à la parentalité. Elle suit la femme pendant l'accouchement et à la maternité ainsi que pendant les consultations post-natales et assure la rééducation du périnée en post-partum.

Donc, il est essentiel que les SF soient formées et qu'elles utilisent tout ce qui est mis à leur disposition pour ce dépistage (19).

Ainsi, nous avons voulu répondre aux questions suivantes : Les sages-femmes connaissent-elles la fréquence de la dépression du post-partum, sa durée, ses facteurs de risques ainsi que les outils de dépistage et associations qui existent ? Quelles sont leurs pratiques face à la dépression du post-partum et quels sont leur(s) éventuel(s) besoin(s) pour dépister et prendre en charge cette pathologie ?

1.2. Hypothèses :

Les SF connaissent peu la DPP, elles demandent d'avantage d'informations et de formation(s) pour dépister des troubles dépressifs et permettre une prise en charge adaptée.

2. MÉTHODOLOGIE :

2.1. Objectifs :

2.1.1. Objectifs principaux :

- Évaluer les connaissances des SF sur la DPP
- Évaluer les pratiques des SF concernant le dépistage et la prise en charge de la DPP
- Évaluer les attentes et les besoins des SF en matière d'information et de formation sur cette thématique

2.1.2. Objectif secondaire :

- Voir s'il existe des différences de connaissances et de pratiques entre les SF libérales et les SF de PMI

2.2. Schéma d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle multicentrique, descriptive et comparative.

2.3. Population, lieu et durée de l'étude :

L'étude a été réalisée dans l'ancienne région Poitou-Charentes.

2.3.1. Critères d'inclusions/exclusion

- Critères d'inclusion : SF du Poitou-Charentes exerçant en libéral et en PMI
- Critères de non inclusion : SF du Poitou-Charentes ayant refusé de participer à cette étude, n'exerçant plus le métier de SF ou hors de la région Poitou-Charentes.
- Critères d'exclusion : SF du Poitou-Charentes souhaitant sortir de cette étude.

2.3.2. Déroulement de l'étude

L'ensemble des SF libérales du Poitou-Charentes a été contacté par téléphone afin de les sensibiliser sur l'étude et de pouvoir connaître leur adresse e-mail.

Concernant le service de PMI, les directeurs et directrices des centres départementaux ont été contactés afin d'avoir leur accord pour solliciter les SF de leurs services pour qu'elles participent à cette étude.

Un e-mail a été envoyé à chaque sage-femme comprenant une présentation de l'étude ainsi que le lien du questionnaire en ligne (« GoogleForm ») afin d'y répondre selon les consignes énoncées. Le questionnaire comprenait une première partie consacrée à la description de la population interrogée suivie de 3 parties, chacune correspondante à un des objectifs de l'étude. Il comportait 15 questions fermées dont 13 questions à choix simple (QCS) et 2 questions à choix multiples (QCM) ainsi que 12 questions ouvertes (Annexe 1).

L'étude a débuté le 1er Avril 2017 et s'est terminée 30 Septembre 2017.

2.4. Critères de jugement

Les critères d'évaluation pour la description de la population d'étude ont porté sur l'âge, le sexe, le secteur d'activité professionnelle et la durée d'exercice.

Nos critères de jugements étaient les suivants :

- Connaissances des SF sur la dépression du post-partum : fréquence de la DPP, durée de la maladie, facteurs de risques à dépister pendant la grossesse selon les recommandations de la HAS, FDR spécifiques du post-partum, existence d'outils de dépistage validés et de groupes de soutien/associations.
- Pratique des SF en matière de dépistage et de prise en charge de la DPP : utilisation d'outils de dépistage, utilisation d'une formation spécifique, pratique de l'EPP et contenu de l'entretien, temps consacré au dépistage de la DPP, conduite tenue devant une femme semblant être dans un état dépressif
- Besoins et attentes des SF en matière de formation et d'évolution des pratiques professionnelles : nécessité d'une formation supplémentaire, moment et moyens souhaités pour une formation, système de prévention convoité et avis sur le dépistage systématique à 3 mois du post-partum.

2.5. Recueil de données et analyse

Une base de données informatique a été effectuée sur tableur Excel 2010. Les variables quantitatives ont été décrites avec la moyenne, l'écart type et les maximums et minimums. Les variables nominales ont été exposées avec les fréquences de chacune des classes. Les données statistiques ont été analysées avec le logiciel EPI INFO 7, en utilisant le test t de Student pour les variables numériques lorsque les effectifs étaient ≥ 30 et un test non paramétrique lorsque l'effectif était < 30 et concernant les variables nominales le test de Chi2 lorsque l'effectif théorique était ≥ 5 ou le test exact de Fisher lorsque l'effectif théorique était < 5 .

La significativité a été fixée pour une valeur $p = 0,05$.

2.6. Aspects éthiques et réglementaires

Cette étude a été réalisée dans le respect de l'anonymat. Le retour du questionnaire complété par les professionnels faisait office de consentement de participation à l'étude.

3. RESULTATS :

Notre population d'étude était constituée de la façon suivante : (Figure 1)

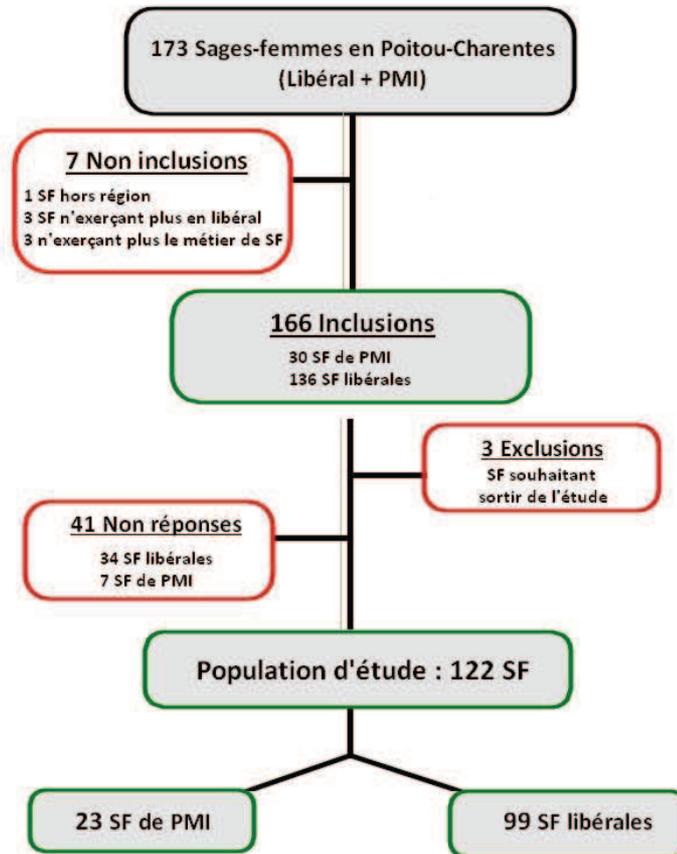


Figure 1 : Population d'étude

Au total, il y a eu 73,5% de réponses :

- PMI : 23 réponses (sur 30 inclusions soit une participation de 76,7%)
- SF libérales : 99 réponses (sur 136 inclusions soit une participation de 72,8%)

3.1. Description de la population :

La moyenne d'âge de notre population était de 42,4 ans [24-61].

La population d'étude était presque exclusivement féminine avec 2 (1,6%) SF ayant répondu qui étaient de sexe masculin.

Parmi les 122 SF, 23 (18,9%) travaillaient dans le secteur d'exercice de la PMI et 99 (81,1%) des SF exerçaient dans le secteur libéral. Parmi ces SF libérales 12 (12,1%) avaient une activité secondaire répartie par moitié avec un exercice associant le libéral et le privé et l'autre moitié associant le libéral et l'hospitalier. Ces 12 SF représentaient 9,8% de la population totale de l'étude.

Parmi les 99 SF exerçant en libéral, 4 (4%) SF ont auparavant exercé en PMI durant leur carrière et 5 (21,7%) des 23 SF de PMI ont exercé en libéral durant leur carrière.

Les durées d'expériences professionnelles étaient réparties de la façon suivante :

- 33 (27%) SF entre 0 et 10 ans,
 - 1 (3%) SF de PMI
 - 32 (97%) SF libérales
- 34 (27,9%) SF entre 10 à 20 ans
 - 7 (20,6%) SF de PMI
 - 27 (79,4%) SF libérales
- 55 (45,1%) avaient plus de 20 ans d'expérience
 - 15 (27,3%) SF de PMI
 - 40 (72,7%) SF libérales

Les SF de PMI exerçaient dans ce secteur depuis en moyenne 8,8 ans et les SF libérales depuis 7,4 ans.

3.2. Evaluation des connaissances des SF :

3.2.1. Fréquence de la DPP

Sur la totalité de la population, 37 (30,3%) SF connaissaient la fréquence de cette pathologie, 76 (62,3%) des 122 SF l'avaient sous-estimée alors que 9 (7,4%) l'avaient surestimée.

(Figure 2)

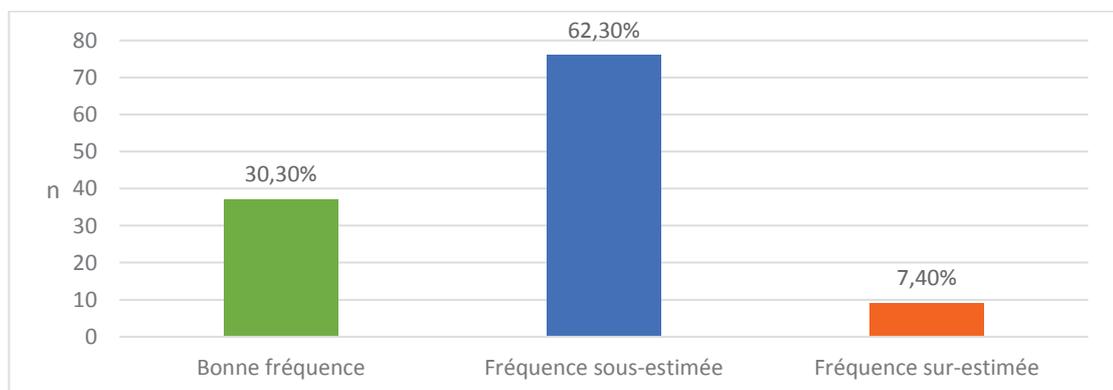


Figure 2 : Connaissance de la fréquence des DPP

Il n'y avait pas de différence significative concernant la bonne réponse entre les deux populations SF libérales et SF de PMI avec 29 (29,3%) bonnes réponses pour les SF libérales parmi les 99 SF exerçant dans ce secteur d'activité et 8 (34,8%) bonnes réponses pour les SF de PMI parmi les 23 SF de PMI ($p=0,61$).

3.2.2. *Durée de la DPP*

58 (47,5%) des 122 SF ont indiqué la bonne réponse concernant la durée maximale d'une DPP à savoir une durée > 1 an.

Parmi les SF restantes : 64 (52,5%) SF ont sous-évalué la durée maximale d'une DPP en indiquant comme durées maximales les réponses suivantes :

- 1 an maximum pour 30 (24,6%) SF (soit 46,9% des mauvaises réponses)
- 6 mois maximum pour 25 (20,5%) SF (soit 39,1% des mauvaises réponses)
- 1 mois maximum pour 7 (5,7%) SF (soit 10,9% des mauvaises réponses)
- 1 à 2 semaines maximum pour 2 (1,6%) SF (soit 3,1% des mauvaises réponses)

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux populations avec 45 (45,5%) SF libérales et 13 (56,5%) SF de PMI ayant trouvé la durée maximale ($p=0,34$).

3.2.3. *FDR de la DPP à dépister pendant la grossesse*

A la question ouverte des FDR à dépister pendant la grossesse, selon les recommandations de l'HAS, 111 (91%) SF ont pu citer au minimum un des 10 facteurs de risques principaux.

La répartition du nombre de facteurs de risques identifiés était la suivante :

- 0/10 par 6 (4,9%) SF
- 1/10 par 15 (12,3%) SF
- 2/10 par 36 (29,5%) SF
- 3/10 par 35 (28,7%) SF
- 4/10 par 15 (12,3%) SF
- 5/10 par 8 (6,6%) SF
- 6/10 par 2 (1,6%) SF
- Non réponse : 5 (4,1%) SF

Aucune SF n'a cité plus de 6 des 10 FDR principaux.

Les 10 FDR avaient la popularité suivante (Figure 3) :

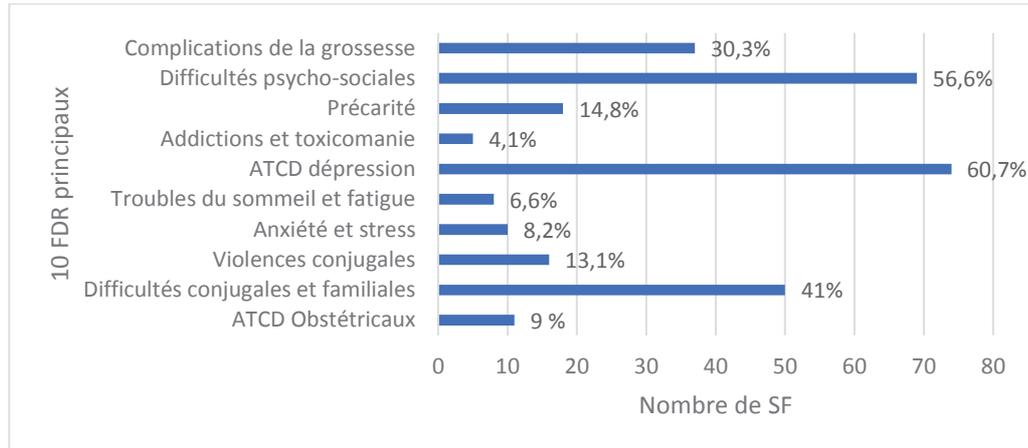


Figure 3 : Connaissance des FDR principaux à dépister pendant la grossesse

Toutes les SF ayant répondu ont également énoncé d'autres facteurs de risques n'appartenant pas à la liste des 10 FDR principaux mais retrouvés dans la littérature.

4 SF (3,3%) estimaient qu'il n'y a pas de facteurs de risques précis et que la pathologie peut toucher n'importe quelle femme.

3.2.4. Facteurs de risque de DPP spécifiques du PP

Concernant les 5 situations de vulnérabilités spécifiques du post-partum et reconnues par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) comme facteurs de risque de dépression, 28 (23%) SF n'avaient pas identifié un de ces facteurs de risque, 52 (42,6%) en avaient identifié 1, 27 (22,1%) SF en avaient cité 2 et 5 (4,1%) SF en avaient énoncé 3. Aucune SF n'avait identifié plus de 3 situations de vulnérabilités et 10 (8,2%) n'avaient pas répondu.

Ci-dessous les SF ayant cité les 5 facteurs de risques spécifiques du post-partum (Figure 4) :

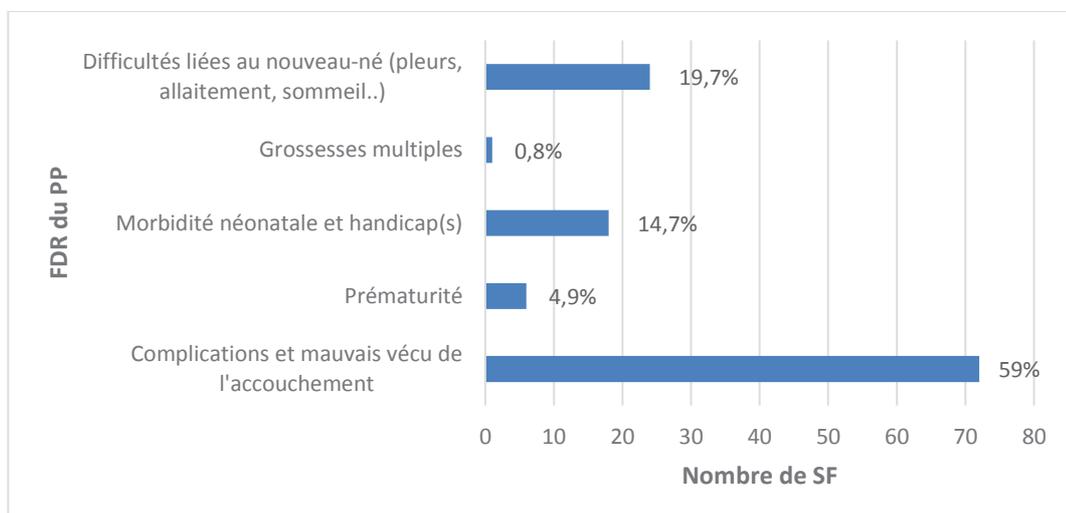


Figure 4 : Connaissance des FDR spécifiques du PP

3.2.5. Outils de dépistage

109 (89,3%) SF ont exprimé qu'il existe des outils pour dépister la dépression parmi lesquelles :

- 30 (27,5%) SF ont cité l'EPDS
- 14 (12,8%) SF ont cité l'EPP
- 31 (28,5%) SF ont évoqué des échelles et questionnaires mais ne connaissaient pas leur(s) nom(s)
- 34 (31,2%) SF ont énoncé des outils non validés ou non recommandés pour ce dépistage

12 (9,9%) SF ont affirmé qu'il n'existe pas d'outils pour le dépistage de la DPP et 1 (0,8%) SF n'a pas répondu.

La connaissance de l'EPDS étant significativement plus élevée pour les SF de PMI par rapport aux SF libérales avec 19 (23,2%) SF libérales ayant cité cet outil et 11 (50%) SF de PMI ($p=0,01$).

3.2.6. Associations, réseaux, groupes de paroles :

28 (23%) SF n'avaient pas connaissance de l'existence d'associations, groupes de soutien ou réseaux accessibles pour la DPP, 4 (3,2%) SF n'ont pas répondu et 90 (73,8%) SF pensaient qu'il existe des associations, réseaux et groupes de soutien, parmi elles 45 (50%) ont pu nommer les principaux reconnus dans la littérature.

Ci-dessous le nombre de SF ayant cité les principaux groupes de soutien, réseaux et associations en relation avec la DPP (Tableaux I) :

Tableau I : Connaissances des SF sur les principaux groupes de soutien, associations et réseaux en lien avec la DPP

Association/Réseaux/Groupes	n = 45	%
REEAP	0	0%
Réseaux de l'EPE	1	2,2%
Les Maisons Vertes	3	6,7%
Maman blues	6	13,3%
Réseau périnatal Poitou-Charentes (RPPC)	7	15,5%
UMB	12	26,7%
PMI	16	35,6%

3.3. Pratiques des SF :

3.3.1. Outils de dépistage de la DPP

Sur les 44 (36,1%) SF ayant cité des outils validés pour la pratique du dépistage de la DPP, 33 (75%) les utilisent.

14 (11,5%) SF ont reconnu l'EPP comme outils de dépistage et toutes (100%) l'utilisent, 30 (24,6%) SF ont cité l'EPDS et parmi elles 19 (63,3%) l'utilisent.

Les pratiques d'utilisation étaient réparties de la façon suivante (Figure 5) :

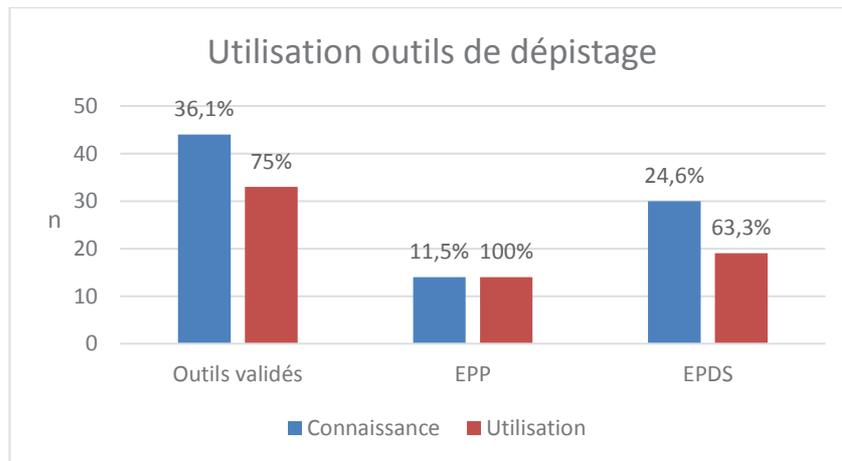


Figure 5 : Utilisation des outils de dépistage

Parmi les SF qui connaissaient l'EPDS, 11 (36,7%) SF ne l'utilisaient pas pour les raisons suivantes :

- 6 (54,5%) SF pour lesquelles l'outil leur semblait inadapté
- 3 (27,3%) SF ne maîtrisaient pas l'utilisation de cet outil
- 1 (9,1%) SF ne possédait pas l'EPDS
- 1 (9,1%) SF ne l'utilisait pas par manque de temps

3.3.2. Formation(s) supplémentaire(s) sur la DPP

Sur la totalité des SF, 58 (47,5%) ont suivi une/des formation(s) sur cette thématique dont 11 (19%) ont indiqué l'utiliser quotidiennement, 38 (65,5%) SF régulièrement et 6 (10,3%) ne l'utilisaient pas ou très peu (3 NR soit 5,2%).

Les SF de PMI avaient significativement plus suivi de formation(s) sur cette thématique que les SF libérales avec 39 (39,4%) SF libérales concernées pour 19 (82,6%) SF de PMI ayant suivi une ou plusieurs formation(s) sur la DPP ($p < 0,01$).

3.3.3. L'EPP

117 (95,9%) SF ont affirmé pratiquer l'EPP parmi lesquelles 88 (75,2%) ont certifié parler des problèmes dépressifs de la maternité au cours de cet entretien.

Le thème des problèmes dépressifs de la maternité était significativement plus abordé lors de l'EPP par les SF de PMI que par les SF libérales avec 66 (66,7%) SF libérales et 22 (95,7%) SF de PMI ayant affirmé l'aborder lors de l'entretien ($p=0,01$).

119 (97,5%) SF ont affirmé n'éprouver aucune difficulté à aborder ce sujet lors des consultations et entretiens et 3 (2,5%) SF exprimaient des difficultés par peur que la femme se sente jugée ou par manque de compétence.

3.3.4. Dépistage de la DPP : en pratique

Parmi les 122 SF, 106 (86,9%) ont attesté avoir le temps de dépister les femmes à risque de dépression lors de leur pratique professionnelle. Parmi les 16 (13,1%) réponses négatives, les raisons étaient les suivantes :

- Manque de temps uniquement : énoncée par 10 (62,4%) SF
- Problème de rentabilité du libéral surajouté au manque de temps : par 3 (18,8%) SF
- Impuissance et solitude de la SF face à cette situation surajoutée au manque de temps : par 3 (18,8%) SF

15 (93,8%) de ces 16 SF déclarant ne pas avoir le temps de dépister les femmes à risque de DPP exerçaient en libéral.

Il n'existait pas de différence significative entre les deux secteurs d'activité concernant le nombre de SF ayant énoncé avoir le temps de dépister les femmes à risque de DPP avec 84 (84,8%) SF libérales et 22 (95,7%) SF de PMI ayant déclaré avoir le temps pour ce dépistage lors de leur pratique professionnelle ($p=0,17$).

3.3.5. Prise en charge de la DPP

Durant leur vie, 118 (96,7%) des 122 SF ont déjà rencontré des femmes semblant être dans un état dépressif dont 55 (46,6%) dans leur pratique professionnelle exclusivement, 56 (47,5%) SF dans leur vie privée et professionnelle et 4 (3,4%) uniquement dans le cadre privé (3 NR soit 2,5%).

Face à cette situation, la nécessité de travail en réseau et en collaboration a été approuvée par 116 (95%) SF. 3 (2,5%) SF pensaient pouvoir les prendre en charge seules, et 3 (2,5%) n'ont pas répondu.

Que les SF aient été confrontées ou non à la pathologie, concernant les prises en charges proposées, les réponses étaient les suivantes :

- 85 (69,6%) SF ont retrouvé les conduites à tenir de première intention
 - 21 (24,7%) SF ont cité la PMI et l'orientation vers un psychiatre
 - 28 (32,9%) SF ont évoqué l'orientation vers un psychiatre uniquement
 - 36 (42,4%) SF ont cité la PMI uniquement
- 34 (27,9%) SF ont proposé une prise en charge incomplète ou inadaptée
- 3 (2,5%) SF n'ont pas répondu

Sur notre population totale, la PMI a été évoquée par 57 (46,7%) SF et l'orientation vers un psychiatre par 49 (40,2%) SF.

L'orientation vers un psychiatre était significativement plus citée par les SF de PMI par rapport aux SF libérales avec 35 (35,4%) SF libérales ayant proposé cette orientation pour 14 (60,9%) SF de PMI ($p=0,02$).

3.4. Besoins et attentes des SF :

3.4.1. Formation(s) :

104 SF (85,2%) ont affirmé que leur formation initiale n'était pas suffisante.

114 (93,4%) SF estimaient qu'une formation supplémentaire sur les troubles dépressifs de la parentalité serait nécessaire pour leur profession. Leur(s) souhait(s) concernant le moment opportun pour une formation supplémentaire est présenté ci-dessous, les SF ayant parfois énoncé plusieurs réponses :

- 30 (26,3%) SF estimaient que des formations supplémentaires devraient avoir lieu aussi bien lors de la formation initiale que lors de la formation continue
- 28 (24,6%) SF pensaient que le moment le plus opportun pour une formation supplémentaire serait lors de la formation continue
- 26 (22,8%) SF privilégieraient la formation initiale uniquement.
- 22 (19,3%) aimeraient que cette formation ait lieu au moment le plus adapté de la carrière

(Ex : lors de l'installation en libéral, lorsque la sage-femme en ressent le besoin, adapté au mode d'exercice libéral et PMI vs hospitalier).

- 17 (14,9%) SF ont estimé qu'une formation supplémentaire sur cette thématique devrait avoir lieu à proximité du diplôme (dernière année d'étude ou juste après le Diplôme d'État).
- 12 (10,5%) NR

Différents moyens ont été proposés par les 114 SF souhaitant une formation supplémentaire et sont exposés ci-dessous (Figure 6) :

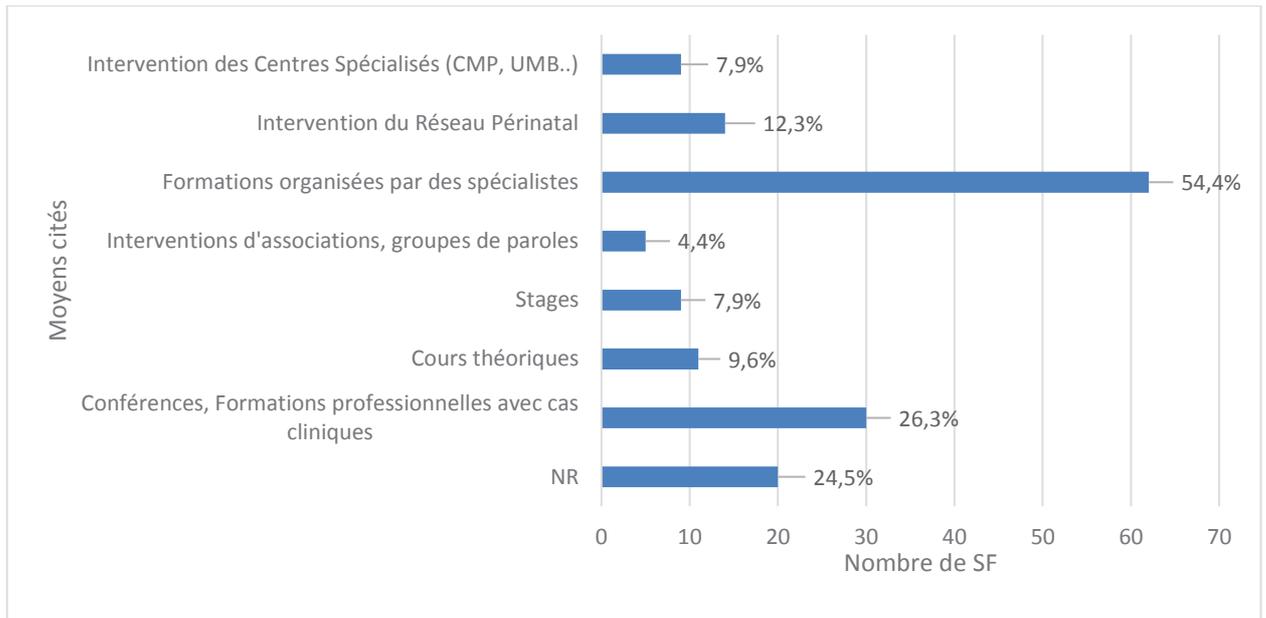


Figure 6 : Moyens proposés par les SF pour une formation supplémentaire sur la DPP

3.4.2. Prévention de la DPP

Concernant la prévention, 109 (89,3%) SF ont attesté vouloir une prévention globale pour toutes les patientes au contraire d'une prévention ciblée sur facteurs de risques préférée par 13 (10,7%) SF. Aucune SF n'estimait qu'il ne faille pas faire de prévention.

Il n'existait pas de différence significative quant au choix de prévention dans les deux populations avec 88 (88,9%) SF libérales et 21 (91,3%) SF de PMI ayant souhaité une prévention globale pour toutes les patientes ($p=0,74$).

3.4.3. Dépistage systématique à domicile à 3 mois du PP

A la question de la mise en place d'un dépistage de la dépression par une visite à domicile (VAD) à 3 mois du post-partum, 52 (42,6%) SF ont évoqué être totalement satisfaites par cette proposition, 49 (40,2%) ont semblé être plutôt pour, 18 (14,8%) SF plutôt contre et 1 (0,8%) semblait être totalement en désaccord avec cette idée (2NR soit 1,6%).

La proposition d'un dépistage systématique à 3 mois du PP par une VAD a soulevé différentes questions et argumentations, par les SF, listées ci-dessous (les SF ayant pu citer plusieurs de ces réponses) :

- 19 (15,6%) SF se sont posé la question de la faisabilité
- 14 (11,5%) SF ont affirmé que c'est déjà le rôle de la rééducation et de la visite post-natale (VPN)
- 13 (10,7%) SF estimaient que la date de 3 mois correspondait à une période trop tardive pour faire ce dépistage
- 6 (4,9%) SF pensaient au contraire que c'est le moment propice pour le faire
- 6 (4,9%) SF affirmaient qu'il y aurait des perdus de vue
- 8 (6,6%) SF ont estimé que ce dépistage pourrait être utile uniquement dans certaines situations comme pour les dépressions sévères ou lorsque les femmes ne sont pas vues en rééducation.
- 6 (4,9%) SF soulevaient la nécessité de formation mais également de travail en réseau
- 3 (2,5%) SF se sont posé la question de la rémunération et de la cotation de cette VAD

4. DISCUSSION

4.1. Principaux résultats :

Notre étude nous a permis de montrer des lacunes pour ce qui est des connaissances sur la DPP de la part des SF, notamment concernant sa fréquence puisque la grande majorité des sages-femmes l'ont sous-estimée (62,3%). La sévérité de cette pathologie est aussi minimisée étant donné que la majorité de notre population a mésestimé de la durée potentielle d'une DPP. La méconnaissance concerne également les FDR de la DPP puisque aucune SF n'a pu les citer intégralement.

L'EPDS, seul outil validé à ce jour en matière de dépistage (19,20), reste insuffisamment connu des SF puisque moins d'un quart de notre population connaît son existence.

L'EPP, recommandé par les grandes instances, est en pleine expansion comme le montre notre étude avec une réalisation de l'EPP proche de 100% pour les SF libérales et de PMI du Poitou-Charentes bien qu'il soit faiblement associé au dépistage de la DPP dans notre population d'étude.

Nous pouvons remarquer suite à cette étude une grande hétérogénéité des pratiques sur la prise en charge de la DPP par les SF, bien que cette situation semble intervenir fréquemment dans ce type de carrière professionnelle puisque 91% de notre population ont déjà rencontré des femmes dans un état dépressif. La priorité d'une prise en charge pluridisciplinaire ainsi qu'un travail en réseau est très largement approuvé par les SF comme le montre cette étude avec plus de 95% de réponses en faveur de cette pratique.

Bien qu'insuffisante, la PMI reste l'orientation de première intention pour 46,7% des SF.

Si la SF semble très concernée par cette pathologie de par sa profession, les SF se sentent très démunies face à ce sujet comme le montre notre étude puisque la plupart de notre population exprime une formation insuffisante y compris dans l'utilisation d'outils de dépistage (si outil de dépistage connu). Presque la totalité de notre population exprime le besoin d'une formation supplémentaire, mais les avis semblent divergents concernant les modalités de formation.

Moins d'une SF sur 5 semblerait en désaccord avec la mise en place d'un dépistage systématique à domicile à 3 mois du PP.

4.2. Validité interne de l'étude :

4.2.1. Population source/cible/d'étude :

Notre étude concernait les SF libérales et de PMI du Poitou-Charentes. Nous avons fait ce choix car les SF de ces 2 secteurs suivent leurs patientes de la déclaration de naissance à la VPN, ce qui n'est pas le cas des SF hospitalières, qui elles travaillant par secteurs de soins, ne peuvent assurer ce suivi et donc par conséquent n'auraient pas pu répondre à l'ensemble du questionnaire.

Cependant, une étude sur leurs connaissances et leurs pratiques serait utile afin d'avoir un autre maillon de dépistage et de prise en charge pour toutes les patientes, notamment celles non suivies en libéral et/ou par la PMI.

4.2.2. Déroulement de l'étude

Dans un premier temps nous avons testé notre questionnaire dans deux cabinets de deux départements différents de la région Poitou-Charentes. Le retour de ces sept « questionnaires tests » nous a obligé à remanier l'ordre du questionnaire afin d'être le plus cohérent dans la réponse à nos objectifs mais aussi à reformuler voire supprimer certaines questions par soucis de compréhension et de clarté.

La « population test » était constituée intégralement de SF libérales ce qui nous amène ici à nous interroger sur la capacité d'accommodation du questionnaire au secteur PMI.

Nous pouvons que relever l'intérêt de cette « étape test » puisque la totalité des questionnaires retournés étaient exploitables.

Le choix d'un questionnaire en ligne nous a certainement été préjudiciable dans la mesure où il nécessite la possession d'une adresse email et une démarche personnelle de la SF qu'est la vérification de la boîte mail. Grâce aux entretiens téléphoniques préalables, la possibilité de voie postale a été proposée.

Le manque de réponses s'explique également par la problématique de changement d'adresse (mail ou postale) lorsque les SF n'ont pu être contactées en amont mais aussi par le manque de temps imposé par le rythme du secteur libéral.

Les exigences du calendrier mémoire nous ont conduits à réaliser cette étude sur une période marquée par la fermeture des cabinets et les vacances d'été des SF ce qui a donc entraîné la nécessité de relances.

L'implication des SF dans cette étude reste globalement un point très positif puisque notre participation reste très honorable atteignant 73,5%. Plusieurs SF ont, de plus, demandé à avoir un retour de l'étude, ce qui nous conforte dans le choix d'entretiens téléphoniques de sensibilisation préalable bien que cela demande beaucoup de temps et d'implication personnelle.

La forte participation des SF et leur implication nous montre également l'intérêt de cette étude pour la profession.

4.2.3. Problématique des questions ouvertes

Une grande partie de notre questionnaire était constituée de questions ouvertes ce qui a posé des difficultés dans l'analyse notamment de l'hétérogénéité des réponses qui en découle. Ainsi un travail de codage complexe et par la suite de recodage a été réalisé afin de procéder à l'analyse pour les questions de ce type.

Ce type de question nous a cependant permis de connaître réellement les connaissances, pratiques et besoins de notre population, celle-ci n'ayant pas été orientée dans le choix de leur réponse comme cela peut être le cas pour les QCMs.

4.3. Validité externe de l'étude et limites :

4.3.1. Connaissances des SF

Seulement 30,3% de notre population connaît la fréquence de la DPP ce qui confirme la méconnaissance des SF sur la DPP comme le précise J.Milgrom dans l'article « Dépistage et traitement de la dépression postnatale : Une approche cognitiviste et comportementale » (3). Nous pouvons ici nous interroger sur la surestimation de la DPP par 7,4% de notre population contre toute attente, en effet cette question était présentée sous forme de QCS, ce qui a pu influencer les SF à cocher une valeur supérieure à celle attendue par méconnaissance.

La sous-estimation de la durée d'une DPP par les SF dans cette étude peut être expliquée par le fait que cette durée est largement supérieure au suivi post-natal assuré par les SF mais aussi du fait qu'une durée supérieur à 1 an se retrouve uniquement dans les DPP sévères à savoir les moins fréquentes (14).

Nous retrouvons la diversité des facteurs de risques présents dans la littérature dans cette étude bien que peu de SF n'aient pu les hiérarchiser ici. Ceci nous rejoint sur le manque de protocole établi concernant le dépistage de la DPP en raison de la variabilité et du nombre important de facteurs à dépister comme le soulignait F. Molénat lors de la Conférence « Peut-on prévenir la dépression périnatale maternelle ? » à l'occasion des Journée du CNGOF : « Il n'existe pas de cause unique mais un faisceau de facteurs prédisposants ou précipitants » (21).

Selon notre étude, seulement 4,1% des SF identifient le facteur « addictions et toxicomanie » comme facteur de risque principal de DPP bien que celui-ci fasse partie des 10 cités par l'HAS (22). Ceci nous interpelle d'autant plus du fait de l'augmentation de ces pratiques déviantes dépistées chez les femmes enceintes (23) pouvant atteindre 10% pour le cannabis selon un « État des lieux de la consommation de substances psychoactives par les femmes enceintes » datant de 2009 (25).

Nous remarquons que dans différentes références de la littérature (26,27) le facteur « addictions/toxicomanie » est associé à la précarité et aux difficultés-psychosociales à savoir deux autres FDR principaux selon la HAS, ceci ayant pu entraîner un biais de classement de ce FDR par les SF avec 56,6% des SF ayant cité le facteur « difficultés psychosociales » et 14,8% pour le facteur « précarité » dans notre étude.

Nous remarquons que peu de SF ont eu un bon score concernant la connaissance des FDR spécifiques du PP avec la connaissance de 3 FDR sur 5 pour le meilleur score et seulement pour 4,1% de notre population. Cependant il doit être noté que ces 5 FDR spécifiques du PP sont parfois liés. Pour rappel les 5 FDR spécifiques du PP selon le CNGOF sont les suivants : grossesses multiples, morbidité néonatale et handicaps, prématurité, complications et mauvais vécu de l'accouchement, difficultés en lien avec le nouveau-né (27). Nous noterons que les grossesses multiples sont-elles mêmes un FDR de prématurité et par conséquent de morbidité néonatale, de complications et mauvais vécu de l'accouchement pouvant d'ailleurs entraîner des difficultés en lien avec le nouveau-né tels que le sommeil et l'allaitement. Nous pouvons donc penser que cette intrication a pu engendrer une sous-estimation des connaissances des SF.

La méconnaissance des associations, groupes de soutien et réseaux en lien avec la DPP dans notre population (seulement 50% a pu nommer les principaux reconnus dans la littérature),

nous interroge encore une fois sur la fragilité du réseau en lien avec la périnatalité et le maillage défaillant entre tous les acteurs en lien avec la DPP comme les rapports nationaux le soumettent avec 62% des maternités continuant une organisation de suivi prénatal autonome malgré leur appartenance à un réseau et 45% pour la prise en charge à la sortie (28).

4.3.2. L'EPP

Près de 96% des SF interrogées réalisent l'EPP soit 5% de plus que les chiffres nationaux de 2009 (29) ce qui semble représentatif de la population nationale en tenant compte de la large diffusion de cet entretien ces dernières années. Ces chiffres méritent cependant une pondération comme le montre l'Enquête dans les Réseaux de Santé en Périnatalité de 2012 avec seulement 40,3% des femmes déclarant avoir bénéficié d'un EPP au cours de leur grossesse (30). Ceci nous interroge donc sur l'écart constaté entre les pratiques énoncées par les professionnels et ce que les femmes disent avoir eu, bien qu'il est nécessaire de rappeler que certaines femmes sont suivies par d'autres professionnels de santé ne réalisant pas forcément cet entretien, ceci pouvant en partie expliquer ce pourcentage largement inférieur retrouvé en 2012.

Nous pouvons nous interroger sur la faible proportion de SF considérant l'EPP comme outil de dépistage bien que celui-ci soit décrit comme tel dans le Plan périnatalité de 2005-2007. Nous pouvons expliquer cette discordance par une éventuelle mauvaise interprétation du terme « outils » de la part des SF interrogées.

Les problèmes dépressifs de la maternité sont significativement plus abordés lors des entretiens par les SF de PMI que par les SF libérales selon notre étude ($p=0,01$). Ceci pourrait en partie s'expliquer par le fait que les centres de PMI étant en outre constitués de psychologues, cela facilite les SF de PMI à aborder ce sujet comme le souligne F. Molénat : « Le dialogue avec une femme et un couple est largement facilité lorsque celui ou celle qui mène l'entretien dispose d'un éventail d'outils tel que la disponibilité d'un professionnel « psy » à ses côtés. » (21). Nous pouvons également supposer que ceci soit en lien avec le fait que les SF de PMI ont plus suivi de formation(s) sur la DPP que les SF libérales selon notre étude ($p<0,01$) avec potentiellement des rappels sur la conduite et le contenu de l'EPP au cours de ces formations.

Seulement 2,5% de notre population a exprimé des difficultés à parler des problèmes psychopathologiques de la parentalité durant leur entretien, ce qui semble largement inférieur aux estimations nationales comme le stipule le rapport de F. Molénat « Périnatalité et prévention en Santé Mentale » de 2004 avec 32% des SF se sentant en difficulté par manque de formation sociologique et psychologique (31). Cependant ces chiffres sont plus anciens et nous pouvons penser que l'EPP étant de plus en plus réalisé, les SF sont davantage à l'aise pour conduire cet entretien et aborder ce sujet. L'expérience professionnelle relativement grande de notre population, avec près de la moitié exerçant depuis plus de 20 ans, et notamment dans leur secteur d'activité actuel peuvent expliquer également ce fait.

4.3.3. *L'EPDS : entre méconnaissance et non utilisation*

D'après notre étude, l'EPDS est significativement plus connu des SF de PMI que des SF libérales ($p=0,01$). Encore une fois cette différence semble pouvoir s'expliquer par la place qu'occupe la PMI dans l'accompagnement d'une femme souffrant de DPP grâce aux nombreux dispositifs qu'elle propose comme le suggère l'article paru en 2016 « La dépression du post-partum : quel accompagnement possible en service de PMI ? » (12).

Selon notre étude 63,3% des SF utilisent l'EPDS ce qui est en accord avec la littérature avec 66% d'utilisation de l'EPDS par les professionnels de santé selon une étude de l'American College of Nurse-Midwives datant de 2016 (11). Cette cohérence semble valable uniquement si l'on se rapporte aux SF ayant connaissance de cet outil soit seulement 24,6% de notre population. Il semble donc que sur la globalité de notre population, l'utilisation de l'EPDS soit largement inférieure avec seulement, 15,6% d'utilisation, ce qui semble être une explication possible au fait que la DPP soit sous-diagnostiquée (7). Une large diffusion de cet outil semblerait donc nécessaire, en particulier auprès de cette profession, mais également une information relative à son utilisation puisque selon notre étude 27,3% des SF connaissant l'EPDS ne l'utilisaient pas en raison d'une non maîtrise de cet outil.

4.3.4. *Dépistage et PEC :*

Notre étude nous montre que plus 1 SF sur 10 affirme ne pas avoir le temps de dépister les femmes à risque de DPP lors de leur pratique professionnelle. Nous pouvons remarquer que ce sentiment concerne à 93,8% le secteur libéral ce qui vient à nous interroger sur le rythme imposé dans ce secteur d'activité.

Ce résultat semble très en lien avec la non reconnaissance de l'EPP comme outil de dépistage par les SF. Ainsi il paraît nécessaire de redéfinir la place de l'EPP dans le cadre de la prévention en santé mentale comme le soumet la HAS (32).

Bien que le travail en réseau entre le secteur libéral et la PMI soit en pleine croissance d'après l' « Enquête sur l'aide sociale auprès des conseils départementaux » publié en 2017 et dirigé par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) (33), moins de la moitié de notre population propose la PMI comme première prise en charge de la DPP. Nous soulignerons que cette question comportait diverses réponses possibles sous forme de QCM dont « orientation vers un psychologue », nous pouvons donc penser que certaines SF ont sélectionné cette dernière réponse pouvant correspondre entre autres aux psychologues de PMI sans pour autant avoir cité la PMI.

Seulement 40,2% de notre population propose une prise en charge psychiatrique pour cette pathologie ce qui confirme les lacunes subsistantes concernant les prises en charges de pathologies psychiatriques comme le souligne le Comité de la Pédiatrie Psychosociale américain en 2004 avec un « ...long délai entre l'aiguillage et l'évaluation et le traitement psychiatrique, en raison du manque de ressources. ».(34)

Nous relèverons que la complexité de cette pathologie, ses différents degrés de sévérité et sa difficulté à être diagnostiquée freine sa prise en charge sur le plan thérapeutique (13).

Notre étude montre une différence significative concernant l'orientation vers un psychiatre entre nos deux secteurs d'activités, celle-ci étant proposée par 60,9% des SF de PMI contre seulement 35,4% des SF libérales ($p=0,02$). Cependant, cette différence semble tout à fait logique puisque la seconde réponse attendue était « l'orientation vers le service de la PMI » en tant que conduite à tenir de 1^{ère} intention. Les SF de PMI étant déjà intégrées à ce service, il semble que leur choix se soit plus facilement porté sur l'orientation vers un psychiatre. C'est d'ailleurs ce que nous retrouvons dans notre étude puisque l'orientation vers le service de la PMI a été à l'inverse plus citée par les SF libérales (48,5%) que par les SF de PMI (39,1%).

96,7% des SF ont déjà rencontré des femmes semblant être dans un état dépressif selon notre étude, pourtant seulement 50% des femmes atteintes de cette dépression seraient reconnues par les professionnels de santé selon le CNGOF (26). Nous pouvons ici que nous interroger sur cette inadéquation pouvant certainement s'expliquer par le fait que les SF se retrouvent en

1^{ère} ligne et certainement plus sensibles et attentives à cette pathologie en comparaison à la totalité des professionnels de santé. Si l'importance de la SF est prouvée, compte tenu du manque de connaissances et de formation(s) de notre population, nous pouvons qu'ici nous interroger sur la vraie nature de ce syndrome dépressif : baby-blues ou dépression du post-partum ? Il serait intéressant d'interroger notre population sur les symptômes révélateurs de DPP.

4.3.5. Quelle place pour la prévention ?

Notre population privilégie à 89,3% une prévention globale, à savoir pour toutes les patientes, à une prévention ciblée. Cette idée semble plutôt en désaccord avec les hautes autorités notamment la HAS qui semble de plus en plus mettre l'accent sur un système de prévention ciblée avec notamment pour la DPP un dépistage des FDR en amont pour une orientation précoce comme le stipule les recommandations de 2005 sur la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (35).

Il semblerait que le point de vue de notre population soit en accord avec leurs difficultés à dépister la maladie et notamment sur la connaissance des FDR mais surtout sur l'absence de protocole établi en matière de prévention et dépistage de la DPP. Nous voyons encore ici toute la nécessité d'informer la profession sur le sujet afin de répondre à leurs besoins et de proposer une prise en charge optimale auprès des femmes en dépression.

4.3.6. Formations :

Si 85,2% des SF interrogées estiment que leur formation initiale est insuffisante, seulement 47,5% de notre population a suivi une formation supplémentaire sur la DPP. Ce manque de formation initiale semble pouvoir être corrélé à l'expérience de notre population, en effet près de la moitié des SF de notre population ont passé leur Diplôme d'État il y a plus de 20 ans. Nous noterons que durant ces dernières années, les études en maïeutique ont pu évoluer notamment avec la reconstruction du référentiel de formation validé en Juin 2009 par le Conseil de Perfectionnement des Ecoles qui redéfinit le programme en sciences humaines et sociales (36). Durant ces années, l'exploration de la santé mentale fera aussi son apparition redéfinissant ainsi la place de la psychopathologie périnatale que récemment, puisque le premier plan national « Psychiatrie et santé mentale » n'est apparu qu'en 2005 (37).

Selon notre étude, 84,5% des SF ayant bénéficié d'une formation supplémentaire sur la DPP l'utilisent régulièrement voire quotidiennement ce qui nous prouve les bénéfices d'une telle formation.

Concernant le moment privilégié pour bénéficier d'une formation supplémentaire, les avis divergent puisque notre population souhaite en profiter lors de la formation initiale pour 25% d'entre elles, lors de la formation continue pour 25% également et lors de la formation initiale et continue pour ce même pourcentage. Nous pouvons nous interroger sur la faible proportion de SF en faveur de la formation continue dans notre étude puisque cela semble inférieur aux 32% de professionnels souhaitant des formations continues en 2006 d'après la Centrale des bilans de la Banque nationale (38). Cette différence peut s'expliquer par le fait que notre population est constituée à 81,1% de SF libérales, ces dernières ayant une partie des frais de formations à leur charge comme l'indique l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continue (ANDPC) (39) bien que le Développement Professionnel Continue constitue une obligation pour les SF d'après l'article L.4021-1 du Code de Santé Publique (40). Le problème de financement relaté dans le secteur libéral semble se retrouver dans notre étude puisque les SF de PMI ont plus suivi de formation(s) en lien avec la DPP que les SF libérales avec 82,6% pour les SF de PMI contre 39,4% seulement pour les SF libérales ($p < 0,01$).

Seulement 4,4% de notre population a proposé une formation supplémentaire par l'intervention d'associations et/ou de groupes de paroles ce qui semble très en lien avec la méconnaissance des associations et groupes de soutien par les SF dans notre étude puisque nous remarquons que seul 5,7% de notre population a cité l'association « Maman Blues » et/ou le groupe de soutien « Maison Verte » à la question « Connaissez-vous des associations, groupes de soutien, réseaux en lien avec la DPP ? ».

4.3.7. Une visite à domicile (VAD) à 3 mois du PP : une aide au dépistage ?

Le réseau périnatal de l'ex région Poitou-Charentes avait pour projet une étude sur la DPP avec la mise en place d'un dépistage systématique de la DPP par le biais d'une VAD à trois mois du post-partum.

Plusieurs SF libérales de différents secteurs du Poitou-Charentes devaient pouvoir bénéficier d'une formation sur cette thématique afin de mettre en place cette étude.

En raison de la suspension de ce projet avec la création de la région Nouvelle-Aquitaine, nous n'avons pas pu participer à cette étude comme il était initialement prévu. Nous aurions voulu interroger les SF libérales ayant été formées et ayant pu mettre en place les VAD afin de savoir si cela leur permettrait de mieux dépister et prendre en charge la DPP dans l'exercice de leur profession. Cette 2^{ème} phase d'étude nous aurait permis une comparaison de nos deux populations et donc d'évaluer le bénéfice d'un tel projet.

10,7% de notre population trouve que la date de 3 mois correspond à une période trop tardive pour effectuer un tel dépistage. Nous pouvons ici penser que les SF estiment qu'il est nécessaire d'intervenir plus tôt pour permettre une prise en charge précoce. Il est cependant nécessaire de relever le fait qu'une VAD avant 3 mois ne permettrait pas de dépister un maximum de femmes étant donné que la prévalence de la DPP atteindrait un pic seulement à 10 semaines du PP selon une étude publiée en 2009 (41).

5. CONCLUSION

La DPP, problème majeur de santé publique touche plus d'une femme sur 10 et reste encore méconnue des SF en termes de fréquence et de sévérité. Si le rôle de la SF est essentiel en maternologie, des lacunes subsistent sur la connaissance des facteurs de risques de la DPP posant ainsi un frein au dépistage et à la prise en charge de cette pathologie.

L'EPDS reste insuffisamment connu et utilisé par les professionnels de santé en particulier les SF malgré les avancées de la médecine périnatale.

Ces lacunes ne sont pas sans conséquences puisqu'elles entraînent des difficultés dans la conduite des entretiens prénataux, dans le dépistage de la DPP et l'orientation des femmes semblant être dans un état dépressif.

Il semble donc essentiel de mieux former les SF sur le sujet mais aussi de développer un travail de collaboration entre tous les acteurs en lien avec la périnatalité.

De par l'impact sur la santé mentale de la femme et de son enfant, un protocole devrait être établi afin de guider les professionnels de santé sur la prévention, le dépistage, le diagnostic et les prises en charges adaptées à cette pathologie.

Il semble certain que les résultats ne seront que positifs si l'on arrive à former au mieux les SF afin de les rendre le plus à l'aise possible face à la DPP.

Un dépistage systématique semble être tout à fait pertinent et il conviendra d'évaluer les résultats du côté des professionnels en répondant à la question suivante : Se sentent-ils plus à l'aise pour dépister et prendre en charge la DPP ? Il conviendra également d'évaluer les bénéfices sur le plan maternel, infantile et familial.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Vacheron M-N. Maternité et psychiatrie: répercussions et prise en charge. Paris: Lavoisier-Médecine sciences; 2015.
2. Dayan J, Andro G, Dugnat M, Godelier M, Guédeney A. Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité [En ligne]. Paris: Elsevier Masson; 2014 [cité le 14 sept 2016]. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/book/9782294710247>.
3. Milgrom J. Dépistage et traitement de la dépression postnatale (DPN): Une approche cognitiviste et comportementale [En ligne]. Devenir. 2001 [cité le 14 sept 2016];13(3):27. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00765348/document>
4. GOLSE B. A propos des bébés : nouvelles demandes, nouvelle clinique : Pédopsychiatrie d'aujourd'hui [En ligne]. Inf Psychiatr. 2003 [cité le 15 sept 2016];79(8):687–92. Disponible : http://www.dumas.com/fr/revues/e-docs/a_propos_des_bebes_261133/article
5. Cummings EM, Davies PT. Maternal depression and child development. J Child Psychol Psychiatry. 1994 Jan [cited 2016 sept 9];35(1):73–112. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2724169/>
6. Molénat F. Le tournant du Plan Périnatalité 2005-2007 [En ligne] ; Contraste. 2007 [cité le 3 sept 2016] ;26(1):127. Disponible : <http://www.cairn.info/revue-contraste-2007-1-page-127.htm>
7. Michael W. O'hara Annette M. Swain. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. 1996 [cited 2016 May 9];Volume 8(Issue 1). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/doi/abs/10.3109/09540269609037816>
8. Walker LO, Murphey CL, Xie B. Missed Opportunities for Postpartum Behavioral and Psychosocial Health Care and Acceptability of Screening Options [Online]. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN NAACOG. 2016 Jul 25 [cited 2016 sept 3]; Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27470179>
9. Chambry J, Agman G. L'anorexie mentale masculine à l'adolescence [En ligne]. PSYE Psychiatr Enfant. 2006 [cité le 5 sept 2016];49(2):477–511. Disponible : www.em-consulte.com/en/article/754103
10. INPES. Troubles émotionnels et psychiques des mères en post-partum [En ligne] Fiche action n°16; Mai 2010 [cité 9 mars 2016]. Disponible: inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3p.pdf
11. Rompala KS, Cirino N, Rosenberg KD, Fu R, Lambert WE. Prenatal Depression Screening by Certified Nurse-Midwives, [Online] Oregon. J Midwifery Womens Health. 2016 Aug 19 [cited 2016 sept 3]. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27541435>
12. Dufour D. La dépression du post-partum : quel accompagnement possible en service de PMI ? [En ligne] Cah Puéricultrice. 2016 Apr [cité le 18 fev 2018];53(296):24–8. Disponible : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0007982016300276>

13. Guédénéy N, Jeamment P. Dépressions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique. *Devenir*. 2001;13(3):51.
14. 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 [En ligne]. *L'Encéphale*. 2004 Sep [cité le 14 sept 2016];30(4):376–81. Disponible : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700604954516>
15. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale [Online]. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1987 Jun [cited 2016 sept 14];150:782–6. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3651732>
16. Beck CT, Gable RK. Further validation of the Postpartum Depression Screening Scale. [Online] *Nurs Res*. 2001 Jun [cited 2016 sept 16];50(3):155–64. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11393637>
17. Beck CT, Gable RK. Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing [Online]. *Nurs Res*. 2000 Oct [cited 2016 sept 16];49(5):272–82. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11009122>
18. Beck CT, Gable RK. Postpartum depression screening scale: Spanish version [Online]. *Nurs Res*. 2003 Oct [cited 2016 sept 16];52(5):296–306. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19449208>
19. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes [Online]. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 2005 Feb [cited 2016 sept 5];(119):1–8. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15760246>
20. Jardri R. Le dépistage de la dépression postnatale : revue qualitative des études de validation de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale. [En ligne] *Devenir*. 2004 [cité le 3 sept 2016];16(4):245. Disponible : <http://www.cairn.info/revue-devenir-2004-4-page-245.htm>
21. CNGOF. Peut-on prévenir la dépression périnatale ? Conf Journée CGNOF; 5-7 Dec 2012 [cité le 9 fev 2018] Disponible: http://www.cngof.fr/journees-nationales/telechargement-fichier?path=MAJ%2Ben%2BGO%252F2012%252F2012_GO%252Fobstetrique%252FPeut-on_prevenir_la_depression_maternelle_perinatale.pdf.
22. HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité [En ligne]. Recommandations bonnes pratiques ; Nov 2005 [cité le 2 sept 2018]. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite ; <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/42-ch35-455-460-9782294715518-psy-pp.html>
23. Cohen-Salmon J, Marty F, Missonnier S. Addiction et grossesse : du déplacement de l'objet d'addiction vers le nouveau-né [En ligne]. *Psychiatr Enfant*. 2011 [cité le 14 fev 2018];54(2):433. Disponible : <http://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2011-2-page-433.htm>

24. Sipsma HL, Callands T, Desrosiers A, Magriples U, Jones K, Albritton T, et al. Exploring Trajectories and Predictors of Depressive Symptoms Among Young Couples During Their Transition to Parenthood [Online]. *Matern Child Health J.* 2016 Aug 19 [cited 2016 sept 3]; Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27541145>
25. Lamy S, Thibaut F. État des lieux de la consommation de substances psychoactives par les femmes enceintes [En ligne]. *L'Encéphale.* 2010 Feb [cité le 27 fev 2018];36(1):33–8. Disponible : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700609000529>
26. CGNOF. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum [En ligne] Chap37 Item 67.[cité 2 sept 2018]. Available from: <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/42-ch35-455-460-9782294715518-psy-pp.html>
27. CGNOF. Recommandations pour la pratique clinique : Post-partum [En ligne]; 2015 [cité 2 sept 2018]; Paris. Available from: http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/informations/PDF/CGNOF/2015-RPC-POSTPARTUM.pdf
28. Bouychou M. Le centre d'accompagnement périnatal : une nouvelle structure périnatale de soins médico-psychologiques [En ligne]. *Spirale.* 2012 [cité le 18 fev 2018];61(1):119. Disponible : <http://www.cairn.info/revue-spirale-2012-1-page-119.htm>
29. Bernard M-R, Eymard C. L'éducation pour la santé en périnatalité : enquête auprès des sages-femmes françaises. *Santé Publique.* 2014;26(5):591.
30. Branger B. Prévalence et caractéristiques de l'entretien prénatal précoce : résultats d'une enquête dans les réseaux de santé en périnatalité. *Réseaux Santé En Périnatalité* [En ligne]. *Bull Epidemiol Hebd.* 2012;2015 [cité 14 mars 2018] (6–7):123–31. Disponible : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/6-7/2015_6-7_5.html
31. Molénat F. Périnatalité et prévention en santé mentale - Collaboration médico-psychologique en périnatalité [En ligne]. Paris; DGOS; 2004 [cité 24 fev 2018]. Disponible : https://www.ac-paris.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/rapport_perinatalite_et_prevention_en_sante_mentale_-_collaboration_medico-psychologique_en_perinatalite.pdf
32. HAS. Audit clinique : bases méthodologiques de l'EPP [En ligne]. Guide méthodologique; Avril 2009 [cité le 16 fev 2018] Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271904/fr/audit-clinique-bases-methodologiques-de-l-epp
33. Ministère des Solidarités et de la Santé. Enquête sur l'aide sociale auprès des conseils départementaux [En ligne]. Paris: DRESS; 2018 Feb [cité 24 fev 2018] p. 6. Disponible : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi/article/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi>
34. Paediatr Child Health. La dépression de la mère et le développement de l'enfant ; Oxford University Press. [Online]. 2004 [cited 5 sept 2016]. (Pulsus Group Inc; vol. 9 (8)). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2724171/>

35. HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité - Recommandations [En ligne]. 2005 [cité 24 fev 2018]. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
36. Conseil de Perfectionnement des écoles. Coursus LMD Maïeutique [En ligne]. Construction du référentiel de formation 6 Avr 2009 [cité le 20 fev 2018]. Disponible : <http://www.anfic-sages-femmes.fr/secure/zc/176/1027>
37. Ministère de Solidarités et de la Santé ; Gouvernement Santé. Plan national Psychiatrie et santé mentale [En ligne]. Paris ; 2005 2008 [cité 22 fev 2018]. Disponible : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf
38. Monville M, Léonard D. La formation professionnelle continue. [En ligne] Courr Hebd CRISP. 2008 [cité le 24 fev 2018];1987–1988(2):7. Disponible : <http://www.cairn.info/revue-courrier-hebdomadaire-du-crisp-2008-2-page-7.htm>
39. UNSSF. Sage-femme libérale/aides financières à la formation pour 2017 [En ligne]. ANDPC; 2017 Aug [cité 24 fev 2018]. Disponible : <http://www.unssf.org/index.php?mact=CGBlog,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=537&cntnt01returnid=26>
40. Code de Santé Publique. Développement professionnel continu des professionnels de santé [En ligne]. Code de Santé Publique. Sect. Quatrième partie : Professionnels de santé, Article L4021-1 Jan 3, 2018 [cité 2 mars 2018]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000031929691&dateTexte=&categorieLien=id>
41. Pop VJ, Essed GG, de Geus CA, van Son MM, Komproe IH. Prevalence of post partum depression--or is it post-puerperium depression? [En ligne]. Acta Obstet Gynecol Scand. 1993 Jul [cité 20 fev 2018];72(5):354–8. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8392265>

7. ANNEXES

7.1. Questionnaire

QUESTIONNAIRE SAGE-FEMME

N° d'anonymat :

Age :

Sexe : Féminin

Masculin

Secteur d'exercice : Dans quel secteur avez-vous exercé et combien de temps ?

- Libéral : Durée :
- Hospitalier : Durée :
- Privé : Durée :
- PMI : Durée
- Autres :

Durée :

Dans quel secteur d'exercice exercez-vous aujourd'hui ? Depuis quelle année ?

- Libéral : Année :
- Hospitalier : Année :
- Privé : Année :
- PMI : Année :

Nombre d'années d'expérience professionnelle et année d'obtention du diplôme d'état :

- 0 – 5 ans
- 5 – 10 ans
- 10 – 15 ans
- 15 – 20 ans
- 20 – 25 ans
- 25 ans et plus

Année d'obtention du diplôme d'état :

I. Partie 1 :

D'après vous quelle est la fréquence de la dépression du post-partum (1 réponse)

- 0 à 2 %
- 2 à 5 %
- 5 à 10 %
- 10 à 20 %
- > 20%

Selon vous combien de temps peut durer une dépression du post-partum (plusieurs réponses possibles) :

- Quelques jours
- 1 à 2 semaines
- Un mois maximum
- Plusieurs mois
- 6 mois maximum
- 1 an maximum
- > 1 an

Pensez-vous qu'il existe des facteurs de risque pendant la grossesse ? Si oui lesquels ? (Hiérarchisez) :

Pensez-vous qu'il existe des facteurs de risque dans le post-partum ? Si oui lesquels ? (Hiérarchisez) :

Pensez-vous qu'il existe des outils pour dépister la dépression du post-partum ?

- Oui : Si oui, lesquels :
- Non

→ Les utilisez-vous :

- Oui
- Non : Si non pourquoi ?

Pensez-vous qu'il existe des réseaux, groupes de paroles, associations pour orienter les femmes en dépression ?

- Oui : Si oui, lesquels ?
- Non

II. Partie 2 :

Avez-vous des difficultés à parler des problèmes d'ordre psychologique en lien avec la parentalité lors de vos consultations/entretiens ?

- Oui : si oui pourquoi ?
- Non

Pratiquez-vous l'EPP du 4ème mois :

- Oui
- Non

→ Si oui : Parlez-vous des phénomènes dépressifs de la maternité ?

- Oui
- Non

Pensez-vous avoir le temps pour dépister les femmes à risque lors de votre pratique professionnelle ?

- Oui
- Non

→ Si non : Pourquoi ?

Avez -vous déjà rencontré des femmes semblant être dans un état dépressif ?

- Oui : Si oui dans quel contexte (professionnel, privé, autre..) :
- Non

→ **Quelle a été votre conduite à tenir ? Si cela ne vous ai pas arrivé qu'auriez-vous fait ?**

(Plusieurs réponses)

- Orientation vers un psychologue
- Orientation vers un psychiatre
- Orientation vers le service de la PMI
- Orientation vers une sage-femme libérale
- Orientation vers le médecin traitant
- Annotation dans le dossier
- Discussion avec un/une collègue SF
- Discussion avec un psychologue
- Rdv ultérieur pour un entretien spécialisé

Selon vous, la prévention doit-elle être ciblée ou doit s'adresser à toutes les patientes ? (1 seule réponse)

- Ciblée (sur FDR)
- Pour toutes les patientes
- Il ne faut pas faire de prévention

Que pensez-vous de la mise en place d'un dépistage systématique de la dépression du post-partum via une visite à domicile à 3 Mois du post-partum ?***III. Partie 3 :*****Lors de vos études, la formation initiale sur les troubles psychopathologiques de la parentalité vous a-t-elle semblé suffisante ?**

- Oui
- Non

Avez-vous suivi d'autres formations sur cette thématique :

- Oui : Si oui vous en servez-vous souvent ?
- Non

Selon vous une formation supplémentaire serait-elle nécessaire pour les sages-femmes sur les troubles dépressifs de la parentalité ?

- Oui : A quel moment ?

Par qui/quel moyen ?

- Non

7.2. Échelle 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.

Veillez 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

Oui, la plupart du temps

Non, pas souvent

Non, pas du tout

Veillez 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 reproché, 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

© The Royal College of Psychiatrists 1987. Translated from Cox, JL, Holden JM & Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*.150, 782-786. Reprinted with permission

Troubles émotionnels et psychiques des mères en *post-partum*

Comprendre pour agir

Les principales manifestations de la souffrance psychique des mères en *post-partum*

Le *post-partum* est une période où des difficultés maternelles peuvent survenir : le baby blues, la dépression du *post-partum* et la psychose puerpérale en sont les manifestations les plus courantes. Il est d'autant plus difficile pour les mères de reconnaître ces difficultés et d'oser en parler que la grossesse et la naissance restent dans les représentations sociales des heureux événements.

- **Le baby blues** est caractérisé par des pleurs et une labilité émotionnelle souvent associés à des sentiments d'incompétence, d'incapacité à faire face et d'inquiétude. Ces symptômes apparaissent entre le 3^e et le 5^e jour du *post-partum* et disparaissent vers le 9^e ou 10^e jour. Le baby blues est relativement fréquent (30 à 70 % des accouchées) et assez bénin. Il n'est pas corrélé avec une psychopathologie sous-jacente de la mère. Il ne nécessite pas de traitement particulier. Sa prise en charge par le professionnel consiste essentiellement à écouter, rassurer et réconforter la mère. En revanche, si les symptômes persistent au-delà de ces deux semaines, la question d'une difficulté maternelle émergente doit se poser et éventuellement celle d'un diagnostic de trouble dépressif caractérisé.
- **La dépression du *post-partum* (DPP)** est le trouble psychiatrique post-natal le plus fréquent et concerne 10 à 15 % des mères. Son diagnostic repose sur les critères d'un épisode dépressif majeur, avec comme spécificité une apparition des symptômes dans les 4 (DSM-IV) ou 6 semaines (CIM-10) suivant l'accouchement. Les études reconnaissent néanmoins une fenêtre d'apparition plus longue (jusqu'à un an après l'accouchement). Les symptômes les plus fréquents sont des difficultés à s'endormir, des conduites hyperactives, des difficultés de concentration, de l'irritabilité, de l'anxiété, une fatigue permanente, etc. Des troubles de l'interaction mère-bébé peuvent également survenir.

L'étiologie de la dépression postnatale n'est pas consensuelle. L'approche anglo-saxonne met plutôt en avant des facteurs prédisposants d'ordre biologique (fluctuations hormonales), démographique (âge, situation matrimoniale, statut socio-économique) ou encore social (événements négatifs de vie, conflit/insatisfaction au sein du couple). En France, plusieurs études et ouvrages indiquent qu'il n'y a

pas de profil particulier pour les femmes qui présentent des troubles psychiques. Les facteurs précédents ne feraient que majorer le risque de difficultés maternelles, qui trouvent plutôt leur origine dans le vécu de la grossesse, le vécu de l'accouchement, l'impression qu'en a gardé la femme, une insatisfaction dans le lien établi avec le bébé, etc.

La prise en charge de la DPP est globale et associe différentes stratégies d'intervention. Une psychothérapie est indispensable. L'hospitalisation dans une unité spécialisée mère-bébé est parfois nécessaire dans les formes plus sévères d'effondrement psychique (approche à visée thérapeutique du lien mère-bébé). L'utilisation d'antidépresseurs peut être discutée selon les cas. Il ne faut pas non plus négliger les aspects matériels, comme un soutien pour les tâches ménagères (recours à une aide-ménagère) et les soins au bébé (recours à une technicienne de l'intervention sociale et familiale - TISF). Des groupes de parents et des associations peuvent aussi être des lieux d'échange et de soutien moral.

En l'absence de prise en charge ou de prise en charge adéquate, les signes peuvent durer un an voire deux et le risque de rechute lors de grossesses ultérieures est plus important.

- **La psychose puerpérale** apparaît brutalement, la plupart du temps entre le 3^e et le 14^e jour après l'accouchement ; elle concerne 1 à 2 naissances pour 1 000. Les symptômes sont des idées délirantes, des hallucinations, une perception altérée de la réalité ; ils sont généralement centrés sur l'enfant et sa naissance (négation de la maternité, sentiment de non-appartenance ou de non-existence de l'enfant, conviction que l'enfant est mort, qu'il a été substitué, etc.). Le DSM-IV ne reconnaît pas, contrairement au CIM-10, de diagnostic spécifique à la psychose puerpérale qu'il inclut parmi les troubles psychotiques brefs. Les mères souffrant de psychose puerpérale ont besoin d'être hospitalisées dans des unités spécialisées mère-bébé avec la mise en place d'un traitement psychotrope. Le pronostic immédiat est très bon mais les rechutes lors des grossesses suivantes sont fréquentes.

Il est impossible aujourd'hui de prévenir les troubles graves. Néanmoins il est important de connaître les antécédents personnels ou familiaux de troubles psychiques afin de coordonner les interventions médico-psychologiques⁽¹⁾.

Le vécu des femmes et des couples, leurs besoins

La prévention des difficultés maternelles : elle passe par une bonne prise en compte des émotions maternelles, une préparation à la fonction parentale, une prévention des situations stressantes avant et après la naissance, la mise en contact précoce avec des associations d'entraide (aides à domicile, soutien des parents) et les services de périnatalité (PMI notamment). La continuité des soins, une écoute attentive et un soutien centrés sur la personne sont des éléments de prévention efficaces. La présence d'un psychologue dans chaque maternité y contribue désormais.

La prise en compte des répercussions des difficultés maternelles sur la relation précoce mère-bébé : « Dans certains cas les mères déprimées sont ralenties, inadéquates, silencieuses et non réactives aux demandes de leur enfant qui rapidement cesse de réclamer et s'enferme soit dans un silence, soit dans des pleurs incompréhensibles. D'autres mères également déprimées ont une réaction de type anxieux, agité. Elles sont tout aussi inadéquates que les mères "déprimées ralenties" mais elles vont accabler le nouveau-né de sollicitations inappropriées auxquelles l'enfant va également répondre. Il s'installe ainsi une dysharmonie en spirale qui ne va que s'aggraver lorsque le bébé grandit au cours de la première année. »^[2] Pour autant, cette « dysharmonie interactive » n'est pas systématique et les difficultés qu'éprouvent les femmes n'ont pas nécessairement de conséquences sur leur bébé. La façon de réagir de l'enfant, la qualité des soins et de l'affection apportés par l'entourage, les ressources intérieures de la mère et la cohérence de la prise en charge pluriprofessionnelle contrebalanceront l'effet de ces difficultés.

L'accompagnement du conjoint et de l'entourage : ces derniers peuvent se sentir démunis face aux difficultés exprimées par la mère et éprouver parfois une certaine forme de découragement. Pour permettre aux proches de rester aidants et efficaces, le professionnel peut leur rappeler qu'ils ne sont pas seuls pour aider la mère, que des spécialistes sont là et qu'ils peuvent s'appuyer sur eux ; ces spécialistes sont aussi là pour les écouter et prendre en compte leur souffrance.

Les bonnes pratiques, les recommandations

« Comment mieux informer les femmes enceintes » (HAS, avril 2005)

- Informer la femme et le couple que leur sécurité émotionnelle fait partie du suivi de la grossesse car elle conditionne leur confiance en eux pour l'accouchement et pour l'accueil de l'enfant.
- Au début de la grossesse, dépister des difficultés psychiques (troubles avérés préexistants, anxiété avec manifestations somatiques, dépression ou antécédent dépressif, troubles du sommeil) permet d'envisager précocement des interventions adaptées. L'entretien individuel ou en couple proposé systématiquement à toutes les femmes enceintes au cours du 1^{er} trimestre de la grossesse, ou plus tardivement si le besoin est exprimé, permet de repérer les situations de vulnérabilité et de proposer la réponse la mieux adaptée aux difficultés.

Ce que le professionnel peut faire

La démarche éducative peut porter sur :

- le repérage de difficultés maternelles ;
- le choix pour la femme de se faire aider ;
- le choix pour la femme de parler de ses difficultés.

Voici des exemples de propos autour de **la prévention des difficultés maternelles (information, repérage)**.

Axes d'intervention possibles	Exemples
Favoriser l'expression/ proposer une écoute	<p>Encourager l'expression de la mère sur les éventuelles difficultés et insatisfactions rencontrées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ au cours de la grossesse (recours à la PMA, dépistage T21, échographie avec signe d'appel) ; ■ pendant la naissance (pratiques des soignants, relations avec eux, accompagnement et vécu de la douleur, accueil de l'enfant) ; ■ pendant les premiers jours de l'enfant (sentiment d'incompétence, d'insuffisance). <p><i>Comment avez-vous vécu cette grossesse/cette naissance ?</i> <i>Comment est-ce que ça se passe avec votre bébé depuis le retour de la maternité ?</i></p>
Aborder/évaluer une situation	<p>Repérer les signes d'alerte : plaintes somatiques, anxiété/angoisse, troubles du sommeil persistants, inquiétudes/doutes quant à ses capacités maternelles ou au développement du bébé, manque de confiance, maternage hésitant, hyperactivité maternelle, crainte d'être perçue comme une mauvaise mère, sentiment d'avoir raté son accouchement, etc.⁽³⁾</p> <p>Être particulièrement vigilant vis-à-vis des mères qui consultent fréquemment, sans motif apparent ou pour des troubles liés à l'enfant.</p> <p>Repérer les principaux facteurs majorant le risque de rencontrer des difficultés maternelles : antécédents de dépression, difficultés conjugales, événements stressants récents, faible soutien social, etc.</p> <p>Chez les femmes ayant présenté une dépression pendant la grossesse ou lors d'une grossesse précédente, rechercher les signes évocateurs d'une dépression du <i>post-partum</i> (utiliser par exemple l'EPDS⁽⁴⁾).</p>
Informier/expliquer	<p>Informier de la possibilité de vivre, avant et après l'accouchement, des émotions inattendues, des difficultés d'ordre psychique, non systématiques mais fréquentes, de durée et de gravité variables.</p> <p><i>La grossesse, l'accouchement et l'arrivée de l'enfant s'accompagnent de profonds bouleversements psychiques. Certains parents se trouvent en difficulté face à des émotions nouvelles pour eux.</i></p> <p>Détailler les formes de soutien possibles pour le couple.</p> <p><i>Devenir parents procure beaucoup de joie mais aussi des difficultés. On peut avoir parfois une baisse de moral, être angoissé(e) : n'hésitez pas à demander de l'aide à vos proches (famille, amis) et aux professionnels de santé. Ces derniers pourront vous indiquer des lieux et des personnes vers qui vous tourner en cas de difficultés.</i></p>
Accompagner la réflexion	<p>Aider le couple à se préparer de manière réaliste au fait de devenir parents.</p> <p>Aider les femmes à mobiliser leurs propres ressources, internes ou externes.</p>
S'engager	<p>Informier le couple de sa disponibilité après la grossesse pour parler de ces difficultés.</p> <p><i>Surtout n'hésitez pas à venir me voir si vous ne vous sentez pas très bien après la naissance. Nous pourrions prendre du temps pour discuter de ce que vous ressentez.</i></p> <p>En fonction de ses compétences, proposer un soutien psychologique ou orienter vers un autre professionnel. Une psychothérapie voire un traitement médicamenteux peuvent s'avérer utiles dans les formes les plus sévères de l'effondrement maternel.</p> <p>Prendre en compte la présence du père et le soutenir également.</p>
Faire le lien avec les autres acteurs (professionnels, entourage)	<p>Solliciter, si possible, le soutien des membres de l'entourage et en particulier du père.</p> <p>Mentionner l'existence des associations de soutien au rôle parental. Elles permettent le contact avec d'autres mères/d'autres couples ayant rencontré ce type de difficultés. Elles peuvent être utiles en prévention et parfois dans la prise en charge (entretiens individuels par des psychologues).</p> <p>En cas de besoin, orienter vers un psychologue ou un psychiatre.</p>

Ressources pour les femmes/les parents

Réseaux/groupes de soutien

- Les Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP)

« Au-delà de susciter les occasions de rencontres et d'échanges entre les parents, les REAAP ont pour objectif de mettre à leur disposition des services et moyens leur permettant d'assumer pleinement, et en premier, leur rôle éducatif. Les REAAP mettent en réseau tous ceux qui contribuent à conforter les parents dans leur rôle structurant vis-à-vis de leurs enfants. » (Charte REAAP, 2006). Ils soutiennent en particulier les LAEP, lieux d'accueil enfants-parents, anonymes et gratuits (en convention avec les CAF).
- Le réseau des Écoles des parents et des éducateurs (EPE) <http://www.ecoledesparents.org/>

Les EPE visent principalement 3 objectifs :

 - contribuer à rendre acteurs de leur vie les parents et les jeunes, en renforçant leurs ressources propres et leurs compétences personnelles ;
 - participer à la formation et à l'accompagnement des partenaires de l'éducation et du secteur sanitaire et social ;
 - mettre en relation les parents et les professionnels des secteurs éducatif, sanitaire et social.

- Les Maisons Vertes

Ce sont des lieux d'accueil et d'écoute pour les tout-petits et leurs parents ou personnes qui s'en occupent habituellement. Ils leur permettent de passer un moment ensemble et de rencontrer d'autres enfants, d'autres parents ou membres de l'équipe d'accueil (travailleurs sociaux, éducatifs, psychanalystes). Françoise Dolto est la créatrice du concept et de la première Maison verte en France (1979). Liste des structures d'accueil type « Maisons vertes » sur : <http://www.francoise-dolto.com/liste.htm>

- L'association Maman Blues : <http://www.maman-blues.org>

Site et association parentale consacrés à la difficulté maternelle. Le site Internet propose de nombreuses explications sur la difficulté maternelle, des témoignages de mères, une bibliographie très complète et les coordonnées des unités françaises mère-enfant. L'association est basée à Paris, avec une antenne à Rennes.

Ressources pour approfondir le sujet

Ouvrages

- Isserlis C., Sutter-Dalay A.-L., Dugnat M, Glangeaud-Freudenthal N. *Guide pour la pratique de l'entretien périnatal précoce et l'accompagnement psychique des femmes devenant mères*. Paris : Érès, coll. Petite enfance & parentalité, 2008 : 222 p.
- Dayan J., Andro G., Dugnat M. *Psychopathologie de la périnatalité*. Paris : Masson, 2002 : 586 p.
- Guillaumont C. *Les troubles psychiques précoces du post-partum*. Paris : Érès, 2002 : 120 p.
- Bensoussan P. *Le baby blues n'existe pas*. Paris : Érès, 2003 : 78 p.
- Dayan J. *Maman, pourquoi tu pleures ?* Paris : Odile Jacob, 2002 : 280 p.
- Delassus J.-M. *Le sens de la maternité*. Paris : Dunod, 2007 : 340 p.

^[1] Cf. Circulaire DHOS/DGS/02/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité.

^[2] Bydlowski M. Psychopathologie périnatale : du « blues » à la dépression maternelle postnatale (IDPN) [page Internet]. s.d. En ligne : <http://www.gynweb.fr> [dernière consultation le 22/06/09].

^[3] Voir également le site de l'association Maman Blues : <http://www.maman-blues.org>

^[4] L'EPDS ou Echelle de dépression postnatale d'Édimbourg est un autoquestionnaire de dépistage de la dépression postnatale largement validé qui comprend 10 items et est facilement interprétable. Pour ne pas confondre ses résultats avec les signes du baby blues, il ne doit pas être utilisé dans les 2 semaines après l'accouchement. En pratique, il est utilisé dès la 6^e semaine du post-partum. L'EPDS a été traduit et validé en post-partum en France par Nicole Guédeney et coll. [Guédeney N., Fermanian J., Guelfi J.-D., Delour M. Premiers résultats de la traduction de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale sur une population parisienne. *Devenir* 7, 1995, pp. 69-92; Guédeney N., Fermanian J. Validation study of the french version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): news results about use and psychometric properties. *Eur. Psychiatry* 13, 1998, pp. 83-89].



8. RÉSUMÉ / SUMMARY

8.1. Résumé et mots-clés

Introduction : La dépression du post-partum (DPP) est une pathologie fréquente mais insuffisamment connue malgré les conséquences parfois sévères. Les objectifs étaient d'évaluer la connaissance des sages-femmes (SF) sur la DPP, leurs pratiques et les besoins en termes d'informations sur le sujet puis de voir s'il existait des différences entre le secteur libéral et le secteur de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude observationnelle multicentrique, descriptive et comparative à partir d'un questionnaire en ligne envoyé aux SF libérales et de PMI de l'ex région Poitou-Charentes.

Résultats : 122 questionnaires ont été analysés. Les SF manquent de connaissances sur la DPP, des lacunes subsistent en termes de dépistage avec 24% des SF ayant connaissance de l'Edinburgh Post-Natal Scale (EPDS) mais aussi concernant la prise en charge de cette pathologie.

Les SF se sentent démunies car insuffisamment formées, 93,4% souhaiteraient une formation supplémentaire et 82,8% seraient pour la mise en place d'un dépistage systématique à domicile à 3 mois du PP.

Discussion : Notre étude semble en accord avec le fait que la DPP soit sous-diagnostiquée et des progressions sont nécessaires en prévention de la santé mentale.

Conclusion : La DPP est un problème de santé publique majeur et le rôle de la sage-femme est essentiel pour la prévention et le dépistage de cette pathologie. La nécessité de formation des sages-femmes et l'élaboration d'un protocole leur étant destiné sont à prévoir.

Mots-clés : dépression du post-partum, sages-femmes, connaissances, dépistage, formations, SF PMI/Libérales

8.2. Summary and key-words

Introduction : Postnatal depression is a frequent pathology but poorly known even if its consequences are sometimes very serious. The objectives were to evaluate the knowledge, practices and need of information of midwives about postnatal depression. The study also compared the potential differences between the liberal and PMI midwives related to this subject.

Materials and methods: This was a multi-center observational study, descriptive and comparative, prepared through online questionnaire sent to the Poitou-Charentes's liberal and PMI midwives.

Results: 122 questionnaires have been assessed. The midwives lack knowledge about DPP, some gaps remain in terms of screening with only 24% of midwives knowing Edinburgh Post-Natal Scale (EPDS) but also in terms of the care of this pathology. The midwives feel deprived due to an insufficient training, 93.4% of midwives would like further training and 82.8% would approve the implementation of routine screening at home at 3 months through the PP.

Discussion: Our study seems consistent with the fact that DPP is underdiagnosed and progresses appear to be necessary in mental health prevention.

Conclusion: DPP is a major public health issue and the role of the midwife is essential for the prevention and the screening of this pathology. A specific training and protocol for midwives should be put in place.

Key-words: postnatal depression, midwives, knowledge, pathology screening, training, liberal and PMI midwives

RÉSUMÉ

Introduction : La dépression du post-partum (DPP) est une pathologie fréquente mais insuffisamment connue malgré les conséquences parfois sévères. Les objectifs étaient d'évaluer la connaissance des sages-femmes (SF) sur la DPP, leurs pratiques et les besoins en termes d'informations sur le sujet puis de voir s'il existait des différences entre le secteur libéral et le secteur de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude observationnelle multicentrique, descriptive et comparative à partir d'un questionnaire en ligne envoyé aux SF libérales et de PMI de l'ex région Poitou-Charentes.

Résultats : 122 questionnaires ont été analysés. Les SF manquent de connaissances sur la DPP, des lacunes subsistent en termes de dépistage avec 24% des SF ayant connaissance de l'Edinburgh Post-Natal Scale (EPDS) mais aussi concernant la prise en charge de cette pathologie.

Les SF se sentent démunies car insuffisamment formées, 93,4% souhaiteraient une formation supplémentaire et 82,8% seraient pour la mise en place d'un dépistage systématique à domicile à 3 mois du PP.

Discussion : Notre étude semble en accord avec le fait que la DPP soit sous-diagnostiquée et des progressions sont nécessaires en prévention de la santé mentale.

Conclusion : La DPP est un problème de santé publique majeur et le rôle de la sage-femme est essentiel pour la prévention et le dépistage de cette pathologie. La nécessité de formation des sages-femmes et l'élaboration d'un protocole leur étant destiné sont à prévoir.

Mots-clés : dépression du post-partum, sages-femmes, connaissances, dépistage, formations, SF PMI/Libérales