

## **LA DEPRESSION DU POST - PARTUM**

L'auto-questionnaire d'Edimbourg :  
un outil efficient dans le dépistage précoce  
des femmes à risque en suites de couches ?

Mémoire présenté et soutenu par :

**SERVANTIE Marie**

Née le 28 Septembre 1993

Directeur de mémoire : Mme Millasseau

« La perfection n'existe pas. S'accepter tel que l'on est, voilà le douloureux chemin à parcourir pour enfin devenir mère. »

*Association Maman Blues*

## **Remerciements**

A Mme Millasseau, psychologue du CHU de Nantes, pour l'intérêt porté à ce travail et ses conseils avisés,

A Mme Garnier, sage-femme enseignante à l'école de sage-femme de Nantes, pour son aide très précieuse et sa disponibilité,

A ma famille, mon pilier tout au long de mes études,

A mes collègues et amies, sources de tant de fous rires, et aux souvenirs forgés ensemble au cours de ces 4 dernières années.

# Sommaire

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>GENERALITES</b> .....	3
<b>1. Devenir mère</b> .....	3
<b>2. Principaux diagnostics différentiels</b> .....	4
2.1. Le stress post-traumatique.....	4
2.2. Le Baby Blues .....	5
2.3. La psychose puerpérale .....	6
<b>3. La dépression du post-partum</b> .....	6
3.1. Définition .....	6
3.2. Prévalence .....	7
3.3. Symptomatologie .....	7
3.4. Chronologie .....	8
3.5. Facteurs de risque.....	8
3.6. Conséquences sur le lien mère-enfant.....	10
3.7. Conséquences sur la mère et le couple.....	11
<b>4. La place de la sage-femme</b> .....	11
<b>5. Un outil efficace pour diagnostiquer la dépression du post-partum : l'EPDS</b> .....	13
<b>PRESENTATION DE L'ETUDE</b> .....	15
<b>1. Problématique</b> .....	15
<b>2. Objectif</b> .....	15
<b>3. Méthodologie de l'étude</b> .....	15
<b>4. Première partie de l'étude</b> .....	17
4.1. Description de la population.....	17
4.1.1. Age.....	17
4.1.2. Profession .....	17
4.1.3. Le conjoint.....	18
4.1.4. L'entourage : les amis et la famille.....	19
4.1.5. Faits marquants .....	20
4.1.6. Gestité et parité.....	21
4.1.7. Grossesse voulue ou non.....	22
4.1.8. Réseaux de professionnels.....	23

4.1.9.	Le vécu de la grossesse .....	24
4.1.10.	Le bébé imaginaire .....	25
4.1.11.	Le vécu de l'accouchement.....	25
4.1.12.	Description des naissances .....	26
4.1.13.	Première rencontre avec l'enfant .....	26
4.1.14.	Le séjour en suite de couches .....	27
4.2.	Score des patientes à l'EPDS.....	28
<b>5.</b>	<b>Deuxième partie de l'étude .....</b>	<b>28</b>
5.1.	Comment se sent la patiente .....	29
5.2.	Les relations avec l'enfant.....	30
5.3.	L'alimentation .....	30
5.4.	L'aide du conjoint.....	31
5.5.	Sommeil et appétit.....	32
5.6.	La sphère amicale et familiale .....	32
5.7.	Soutien par des soignants à domicile.....	33
5.8.	Difficultés rencontrées au cours de ces dernières semaines .....	33
5.9.	Score des patientes à l'EPDS.....	34
5.10.	Description des 5 cas.....	35
5.10.1.	<i>Mme W</i> .....	35
5.10.2.	<i>Mme S</i> .....	35
5.10.3.	<i>Mme B</i> .....	36
5.10.4.	<i>Mme D</i> .....	37
5.10.5.	<i>Mme N</i> .....	37
<b>6.</b>	<b>Troisième partie de l'étude .....</b>	<b>38</b>
6.1.	Comment se sent la patiente aujourd'hui.....	40
6.2.	Les relations avec l'enfant.....	40
6.3.	L'alimentation .....	40
6.4.	L'aide du conjoint.....	41
6.5.	Sommeil et appétit.....	41
6.6.	La sphère amicale et familiale .....	42
6.7.	Les professionnels de santé .....	42
6.8.	Les difficultés rencontrées au cours de ces dernières semaines .....	43
6.9.	Les principaux soutiens .....	44
6.10.	Score des patientes à l'EPDS.....	44
6.11.	Description des 2 cas.....	45
6.11.1.	<i>Mme N</i> .....	45

6.11.2.	Mme G.....	46
6.12.	Rappel des 2 patientes .....	47
<b>7.</b>	<b>Analyse des résultats.....</b>	<b>48</b>
<b>8.</b>	<b>Les limites et biais de l'étude.....</b>	<b>49</b>
8.1.	Les limites .....	49
8.2.	Les biais .....	49
<b>9.</b>	<b>Discussion.....</b>	<b>51</b>
9.1.	Effcience de l'EPDS .....	51
9.2.	Les facteurs de risque.....	51
9.2.1.	Les carences affectives : les relations avec la mère.....	52
9.2.2.	Le manque de confiance en soi.....	53
9.2.3.	L'isolement.....	53
9.2.4.	Le mauvais vécu de la grossesse .....	54
9.2.5.	L'hypersensibilité des jeunes accouchées.....	54
9.3.	Le suivi en post-partum .....	54
9.3.1.	L'absence de personne ressource .....	54
9.3.2.	Les CMP : un outil inadéquat.....	55
9.3.3.	L'importance du soutien.....	55
9.4.	Le défaut d'information .....	56
9.4.1.	Le carnet de santé.....	56
9.4.2.	Les plaquettes d'informations données en SDC.....	56
<b>10.</b>	<b>Axe d'amélioration : élaboration d'un fascicule informatif .....</b>	<b>57</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>.....</b>	<b>59</b>

## **Liste des tableaux et des figures**

### **Tableaux :**

Tableau 1 : diagnostics différentiels.....	4
Tableau 2 : le séjour en suites de couches.....	27
Tableau 3 : score à l'EPDS des 6 patientes au cours de l'étude.....	48
Tableau 4 : efficacité de l'EPDS dans le dépistage de la DPN.....	48
Tableau 5 : les facteurs de risque.....	52

### **Figures :**

Figure 1 : sélection des patientes en suites de couches.....	16
Figure 2 : âge des patientes.....	17
Figure 3 : profession des patientes.....	18
Figure 4 : profession des conjoints.....	18
Figure 5 : statut marital.....	18
Figure 6 : présence du conjoint lors des difficultés.....	19
Figure 7 : amis proches.....	19
Figure 8 : famille proche.....	19
Figure 9 : relation avec la mère.....	20
Figure 10 : faits marquants.....	21
Figure 11 : antécédents obstétricaux.....	22
Figure 12 : parité.....	22
Figure 13 : grossesse attendue.....	23
Figure 14 : professionnels suivant la grossesse.....	23
Figure 15 : vécu de la grossesse.....	24
Figure 16 : accouchement comme celui imaginé.....	25
Figure 17 : complications.....	26
Figure 18 : professionnels pouvant aider à domicile.....	28
Figure 19 : appel à 1 mois.....	29
Figure 20 : alimentation en suites de couches.....	30

Figure 21 : alimentation à 1 mois.....	30
Figure 22 : comment se passe l'alimentation.....	31
Figure 23 : aide du conjoint.....	31
Figure 24 : temps de repos.....	32
Figure 25 : présence d'un entourage proche.....	32
Figure 26 : soignants passés à domicile.....	33
Figure 27 : récapitulatif de l'étude à 1 mois du post-partum.....	34
Figure 28 : récapitulatif de l'étude à 4 mois.....	39
Figure 29 : les perdues de vue.....	39
Figure 30 : comment va la patiente.....	40
Figure 31 : alimentation à 4 mois.....	41
Figure 32 : aide du conjoint à 4 mois.....	41
Figure 33 : temps de repos à 4 mois.....	42
Figure 34 : soignants vus.....	43
Figure 35 : personnes vers qui se tourner en cas de difficultés.....	44
Figure 36 : récapitulatif de l'ensemble de l'étude.....	49
Figure 37 : le manque de confiance en soi, un facteur majeur.....	53

## **Glossaire**

AA : allaitement artificiel

AM : allaitement maternel

AMP : aide médicale à la procréation

AVB : accouchement voie basse

CMP : centre médico-psychologique

DPN : dépression post-natale

DPP : dépression du post-partum

EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale

FCT : fausse couche tardive

GO : gynécologue-obstétricien

IMG : interruption médicale de grossesse

IVG : interruption volontaire de grossesse

MIU : mort in-utéro

PNP : préparation à la naissance et à la parentalité

PMI : protection maternelle et infantile

PRADO : programme de retour à domicile

SDC : suites de couches

SF : sage-femme

SSPT : syndrome de stress post-traumatique

# INTRODUCTION

La maternité, même désirée depuis plusieurs années, peut surprendre et bousculer durablement. Dans l'inconscient collectif circule l'image de la jeune mère heureuse et épanouie, la maternité ne pouvant apporter que bonheur et plénitude. Or être mère provoque de nombreuses émotions difficiles à appréhender, un bouleversement psychique parfois profond et déstabilisant. Daniel Stern nous dit dans *La naissance d'une mère* qu' « une mère doit naître psychologiquement tout autant que son bébé naît physiquement » [1], afin de mettre au monde dans son esprit une nouvelle identité, le sentiment d'être mère. Parfois ce passage ne se fait pas, et peut engendrer alors un trouble psychologique, le plus connu étant la dépression du post-partum. Cette pathologie, peu anodine, est souvent confondue avec le Baby Blues. En effet, Alessandra Sublet, dans son livre intitulé « T'as le Blues, baby ? » dépeint en réalité son expérience de dépression post-natale. [2] Il faut cependant bien les différencier, car cette dernière est bien plus grave et doit être prise en charge.

Or la dépression du post-partum est sous-diagnostiquée, car est souvent paucisymptomatique, ou cachée par la femme à son entourage. En effet, la patiente se sent en inadéquation avec le reste de la société, ressent de la honte face à cette souffrance qu'elle ne comprend pas. En tant que soignant, nous devons rester attentifs, afin de diagnostiquer rapidement une mère dépressive, car l'absence de prise en charge peut avoir des conséquences dramatiques aussi bien pour la mère (suicide) que pour l'enfant (troubles du développement).

J'ai pu remarquer au fur et à mesure de mes stages en maternité l'importance du psychisme féminin, et la nécessité d'une prise en charge globale des parturientes et de leur nouveau-né. La mise en place de l'identité maternelle m'a toujours paru être un sujet à la fois complexe et passionnant. Mais il me semble qu'à ce jour, il est difficile pour les sages-femmes de détecter les femmes à risque psychologique. La période de l'hospitalisation en suites de couches, de plus en plus courte, est intense, riche en émotions. Les sages-femmes permettent un suivi médical des femmes après leur accouchement, vérifiant leur rétablissement physique et psychologique. En trois jours, il est alors complexe pour un professionnel de santé d'évaluer la qualité de la relation mère-enfant, et de reconnaître les parturientes qui développeront par la suite une dépression post-natale. Ainsi, je me suis demandée qui sont ces femmes à risque, et s'il existait un outil efficace permettant de les dépister précocement.

Nous commencerons ce mémoire par décrire précisément la dépression post-natale, détaillant la chronologie, les symptômes, les facteurs de risque, ainsi que les 3 diagnostics différentiels principaux. Ces rappels nous semblaient indispensables avant de débiter nos recherches cliniques.

Puis nous présenterons l'étude. Celle-ci a consisté au suivi de parturientes pendant 4 mois, avec trois entrevues : en suites de couches, puis au téléphone à 1 mois et à 4 mois du post-partum. A chaque fois, un auto-questionnaire a été rempli : l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ou auto-questionnaire d'Edimbourg. Cet outil, standardisé dans le diagnostic des dépressions post-natales, a été évalué dans l'étude afin de savoir s'il pouvait être utilisé par les sages-femmes dans le dépistage des femmes à risque.

# **GENERALITES**

## **1. Devenir mère**

Pour Daniel Stern, lorsqu'une femme se prépare à devenir mère, elle fait une expérience qui n'est comparable à aucune autre. En effet, devenir (ou redevenir) mère est une expérience de vie, et la maternité provoque toujours un tremblement, un véritable remaniement psychique.

Pour lui, la psyché change radicalement lorsque la femme devient mère. Cette psyché maternelle, contrairement à ce que l'on pourrait penser, ne naît pas au moment où le nouveau-né pousse son premier cri, mais fait suite à des mois de travail et de remaniements inconscients pendant la grossesse et à la suite de l'accouchement. L'accouchement permet la naissance de la mère physique, mais celle de la mère psychologique se fait plus progressivement pendant le post-partum.

La construction de cette psyché démarre au début de la grossesse. Ainsi la femme enceinte va développer dans son esprit un enfant imaginaire, correspondant à ses priorités et ses valeurs. Chaque mère construit inconsciemment le « bébé de ses rêves », le plus souvent une fois qu'elle a acquis la certitude que la grossesse est viable, soit après le troisième mois. Cette pensée s'estompera en fin de grossesse, permettant une rencontre plus facile avec le bébé réel à la naissance. La maternité nécessite ainsi tout un travail de « deuils » réels ou imaginaires : deuil du bébé imaginaire, deuil de son ancien statut de fille de ses parents pour devenir parent de son enfant, deuil de sa grossesse, deuil du père que l'on s'attendait à trouver pour son enfant, deuil de l'accouchement selon ses vœux...

En devenant mère, les priorités changent, les valeurs sont redéfinies face à ce nouveau rôle. [1] Tout d'abord, la femme passe de fille à mère, et ce changement d'identité majeur peut provoquer des sentiments contradictoires. D'un côté, la femme peut sentir une tristesse provoquée par le sentiment de perte de son identité de fille, mais parallèlement celle-ci ressent un incroyable sentiment de fierté suite à la conquête de cette nouvelle identité maternelle.

On observe l'apparition de nouveaux triangles : entre la femme, son conjoint et leur bébé, mais également entre elle, sa mère et le nouveau-né. La figure maternelle devient cruciale. Des difficultés peuvent donc apparaître pour les femmes carencées, sans figure maternelle, incapables d'avoir une continuité affective car ne l'ayant pas ou peu vécue enfant. Cela peut également poser problème chez les femmes qui adulent leur mère : elles n'ont pas le droit de faire mieux, mais culpabilisent de faire moins bien. Ainsi pendant la grossesse, il est fréquent que les femmes s'interrogent

sur les figures maternelles qui ont compté dans leur vie, et qu'elles se demandent si celles-ci peuvent leur servir de modèle ou non.

Après la naissance, la femme a une nouvelle responsabilité majeure : celle de maintenir son enfant en vie. Cela peut être complexe chez les femmes souffrant de gros problème de confiance en soi. Elle a donc besoin de reconnaissance : d'où l'importance d'avoir un réseau avec sa famille ou des amies proches qui ont des enfants, et peuvent reconforter la femme dans son rôle de mère, la rassurer. Cependant, on peut observer que même si le réseau familial est présent, les difficultés peuvent ne pas se dire, ne pas être entendu par l'entourage. Il est donc également important que la femme soit entourée et soutenue par un réseau de professionnels, à son écoute.

De plus, on remarque une hypersensibilité chez les femmes lors de la grossesse puis après l'accouchement. Bydlowski parle d'une « transparence psychique » leur permettant un accès plus facile à leurs pensées refoulées. [3] Pour Sylviane Giampino, psychanalyste, c'est cette fragilité psychique du post-partum qui permet à la mère de se rapprocher de son bébé : « Contrairement à ce que l'on croit, une certaine fragilité donne une capacité à capter, à comprendre et à ressentir tout ce que le bébé n'a pas les moyens d'exprimer. » [4] Ainsi une femme venant de mettre au monde est fragile psychologiquement, et donc sensible à de multiples troubles psychiques différents.

## 2. Principaux diagnostics différentiels

Ce n'est que dans les années 1990 que l'on observe pour la première fois un véritable classement des différentes complications psychiatriques qui peuvent survenir à la suite d'un accouchement. Celles-ci sont au nombre de quatre, classées selon l'ordre chronologique : [5][6]

Syndrome psychiatrique	Date d'apparition	Prévalence
Stress post-traumatique	24-48 heures	1,3-6 % [7]
Baby Blues	2 <sup>e</sup> -10 <sup>e</sup> jours	30-80 %
Psychose puerpérale	1 <sup>e</sup> -4 <sup>e</sup> semaines	0,2 %
Dépression du post-partum	4 <sup>e</sup> -6 <sup>e</sup> semaines	10-20 %

Tableau 1: diagnostic différentiels

### 2.1. Le stress post-traumatique

Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) est un trouble anxieux parfois sévère se manifestant à la suite d'une expérience vécue comme traumatisante. [8] Parfois,

son apparition est clairement expliquée par un accouchement dans l'urgence, une complication obstétricale grave voire la mort du bébé. Mais il peut arriver que le SSPT survienne à la suite d'un évènement qui nous paraît anodin, mais que la femme a vécu comme une expérience psychologiquement traumatisante. Il faut bien se rappeler que chaque point de vue est subjectif, et que celui des soignants peut être totalement différent de celui de la patiente. Cet évènement peut avoir réactivé chez elle des situations antérieures déjà mal vécues, rappelant des traumatismes anciens refoulés.

Dans tous les cas, au moment de l'évènement marquant, la femme ou son compagnon ont ressenti un sentiment de peur intense, d'impuissance, de mort imminente voire d'horreur. La réaction est le plus souvent immédiate, ainsi elle peut être dépistée en maternité. Mais si le stress post-traumatique n'est pas dépisté, celui-ci peut alors évoluer vers la dépression du post-partum.

## 2.2. Le Baby Blues

Le Baby Blues est une manifestation aiguë, dysphorique, apparaissant le plus souvent entre le 2<sup>ème</sup> et le 10<sup>ème</sup> jour du post-partum. On observe un pic d'apparition au troisième jour, contemporain de la montée de lait. Son étiologie est encore controversée. On considère que le Baby Blues est un état psychique physiologique, qui aide à la terminaison de la grossesse, et à la mise en place de la relation mère-enfant. Pour Marie-Hélène De Valors, sage-femme sophrologue médicale, il s'agit d'une prise de conscience retardée du changement de « moi petite fille » à « moi maman ». [9] Sa prévalence varie énormément selon les études, de 30 à 80% des parturientes.

Sa symptomatologie est classique, bien connue des professionnels de santé [5] :

- Pleurs : c'est le symptôme le plus constant, il concerne 50 à 70% des femmes
- Humeur dépressive : les mères parlent d'un sentiment de lassitude ou d'abattement
- Labilité de l'humeur : symptôme caractéristique du Baby Blues, avec une alternance entre les phases de grande joie et les phases de tristesse
- Confusion, parfois accompagnée de troubles mnésiques discrets
- Troubles du sommeil : les femmes sont souvent perturbées par les réveils du nourrisson, de plus leur vigilance est accrue
- Irritabilité : ayant souvent pour objet le conjoint ou le personnel soignant
- Epuisement
- Perte d'appétit
- Angoisse, agitation

On observe que tous les symptômes ne sont pas présents au même moment, et qu'ils sont souvent exacerbés entre le 3<sup>ème</sup> et le 4<sup>ème</sup> jour du post-partum. La durée du Baby Blues est variable mais ne doit pas dépasser 2 semaines. Son intensité ou sa persistance au-delà de 15 jours témoigne de son évolution vers un état dépressif.

## 2.3. La psychose puerpérale

La psychose puerpérale est un véritable trouble psychiatrique, d'une intensité telle que le soignant passe rarement à côté. Elle survient le plus souvent dans le premier mois du post-partum. Si elle survient plus tardivement, elle est alors de plus mauvais pronostic et révèle souvent une schizophrénie sous-jacente.

La symptomatologie est très spécifique : [10]

- On observe une obnubilation voir une réelle confusion mentale, avec désorientation spatio-temporelle
- Une activité délirante polymorphe, principalement centrée sur l'enfant (filiation extraordinaire, négation de l'enfant...)
- Le troisième symptôme typique est une grande labilité de l'humeur, auquel le soignant doit être extrêmement attentif car cela est accompagné d'un risque non négligeable d'autolyse voire d'infanticide

Face à une psychose puerpérale, il est nécessaire d'instaurer rapidement un traitement par neuroleptiques, en milieu hospitalier, le plus précocement possible. Sa survenue engendre un risque de récurrence de 20% lors d'une grossesse ultérieure, un risque d'évolution vers une maladie maniaco-dépressive ou une schizophrénie.

## 3. La dépression du post-partum

### 3.1. Définition

Selon la classification du DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), le diagnostic de dépression du post-partum peut être posé si on note quotidiennement, depuis au moins deux semaines consécutives, une humeur triste ou une perte de plaisir, associée aux activités journalières, notamment lors des soins prodigués au nourrisson. [6]

Cependant, cette définition semble désuète quand on sait qu'il n'existe pas de symptomatologie bien définie, et qu'il y a autant de dépressions post-natales

différentes que de femmes en souffrance, chacune l'exprimant à sa façon, selon son histoire.

Les femmes ont souvent peur du terme « dépression », ainsi elles ont du mal à exprimer leur souffrance, à la qualifier, à mettre « des mots sur leurs maux ». A ce titre, l'association Maman Blues utilise le terme de « difficulté maternelle », plus facile à utiliser. [11] Cependant, ce terme est alors utilisé comme un mot « fourre-tout », il faut donc faire attention aux confusions.

## 3.2. Prévalence

La prévalence est variable en fonction des études et des outils utilisés, mais reste globalement aux alentours de 10%. [12] [13]

O'Hara et Swain, en 1996, ont réalisé une méta-analyse à partir de 59 études : regroupant 12810 patientes, ils ont ainsi décrit une prévalence de 12,8%, avec un intervalle de confiance étroit. [14]

## 3.3. Symptomatologie

On observe un tableau prédominant : de l'anxiété, une irritabilité, des pleurs plus ou moins dissimulés ainsi qu'une tristesse générale. [5] D'autres symptômes sont notables : [15]

- Difficultés d'endormissement, insomnie
- Labilité émotionnelle
- Perte de la libido
- Phobie qui concerne le plus souvent une crainte d'effectuer des gestes qui pourraient conduire à la mort de l'enfant, cela engendre la mise à distance de ce dernier et ainsi un appauvrissement des contacts
- Irritabilité, agressivité dirigée le plus fréquemment contre le conjoint ou les autres membres de la fratrie
- Lassitude physique et intellectuelle
- Sentiment d'épuisement, asthénie secondaire à l'ensemble des soins dispensés au nouveau-né
- Perte d'estime de ses capacités maternelles, absence de plaisir à prodiguer les soins au nouveau-né
- Idées suicidaires

La plupart des dépressions post-natales sont d'intensité légère à modérée, ce qui n'en facilite pas le diagnostic. De plus, les femmes cachent souvent leur mal-être, car se sentent honteuses, coupables de ne pas être heureuses au moment où « tout est censé aller bien ». Les symptômes sont en règle général minimisés par la patiente par peur de décevoir l'entourage, ou d'être jugée. Ainsi, les femmes expriment surtout leurs difficultés au travers de plaintes somatiques tels que l'insomnie, une prise ou une perte de poids, des céphalées, une asthénie, des douleurs... Nous devons ainsi être attentifs et démasquer ces plaintes si la patiente n'en parle pas d'elle-même.

### 3.4. Chronologie

Le début est insidieux, il peut survenir sous la forme d'un Baby Blues qui se prolonge ou qui a été sévère, ou encore après une période de latence variable. Parfois, la DPP a déjà débuté pendant la grossesse. Ainsi l'étude de T. Cristescu et al réalisée en 2015 montre que 13 % des patientes souffrant de DPP étaient déjà déprimées pendant la grossesse. [16]

Deux pics de fréquence sont notables : le premier autour de la 4<sup>ème</sup> à la 6<sup>ème</sup> semaine du post-partum, ce qui est le plus fréquent, le second entre le 9<sup>ème</sup> et le 15<sup>ème</sup> mois du post-partum. Ainsi on observe que la DPP survient parfois dans les premières années de vie de l'enfant, ou dans les premiers mois. [5]

Sa durée varie entre 3 et 14 mois, mais la plupart du temps la résolution spontanée se fait en 3 à 6 mois. Si le trouble semble guéri en plusieurs mois, il peut perdurer néanmoins plusieurs années sous forme chronique ou récurrente jusqu'à l'entrée de l'enfant dans le système scolaire.

L'étude de H. Chabrol et F. Teissedre réalisée en 2002 montre qu'un tiers à la moitié des mères déprimées le sont toujours à 6 mois après l'accouchement, et que quelques-unes développent un trouble dépressif chronique ou récurrent. [17] Les travaux de L. Appleby et al décrivent également que la moitié des dépressions ne sont pas reconnues par le médecin généraliste ou les autres professionnels de santé intervenant auprès de la mère. [18] D'où l'importance du repérage des femmes à risque.

### 3.5. Facteurs de risque

Les facteurs de risque de dépression du post-partum restent encore très discutés et controversés. Il faut être prudent, et ne surtout pas stigmatiser les patientes, ce qui conduira à un risque de dévalorisation de leur part. En réalité, chaque femme, chaque

couple, à une vulnérabilité individuelle à laquelle s'ajoute l'expérience subjective de la naissance. Ainsi les facteurs de vulnérabilité interagissent avec les facteurs déclenchants, et peuvent engendrer l'apparition d'une DPP. [19]

De nombreux facteurs de risque sont retrouvés aux travers de différentes études, et sont tous plus ou moins discutés. Leur présence ne prédit pas la DPP, mais doit alerter le professionnel de santé qui doit être vigilant, afin de dépister précocement une DPP et de la prendre en charge rapidement. Les facteurs de risque les plus reconnus peuvent être classifiés selon les différentes étapes de la vie de la mère : [20] [21]

- Avant la grossesse :
  - Antécédents personnels psychiatriques (DPP ou dépression classique hors périnatalité), médicaux et obstétricaux (antécédents de mort in-utéro, malformation foetale...)
  - Entourage : conflit conjugal, absence de soutien social, célibat, séparation avec la famille et notamment avec la mère
  - L'histoire de la personne : petite enfance difficile, passé compliqué, carences affectives...
  - Antécédents de violences physiques, sexuelles...
  - La personnalité : le manque de confiance en soi, la manière de faire face à son environnement (une perception négative systématique augmentera l'impact d'un évènement de vie négatif)
  - L'histoire obstétricale (grossesse non désirée ou au contraire grossesse attendue depuis longtemps avec parcours d'AMP)
  
- Au cours de la grossesse :
  - Complication obstétricale, hospitalisation (menace d'accouchement prématuré), découverte de malformations ou d'anomalies foetales
  - Evènement stressant, deuil
  - Troubles psychiques pendant la grossesse : 20 à 40% des DPP seraient la prolongation d'une dépression déjà présente pendant la grossesse
  
- Après l'accouchement :
  - Histoire de la naissance et vécu de celui-ci : césarienne en urgence, extraction instrumentale, hémorragie du post-partum...
  - Prématurité : séparation de la mère et de son enfant dans des services différents
  - Baby Blues sévère ou prolongé
  - Facteurs sociaux et environnementaux : le manque de soutien social, l'isolement, sont de véritables facteurs de risque
  - Facteurs biologiques : seules les anomalies thyroïdiennes ont montré une augmentation significative du taux de DPP

On observe également que d'autres facteurs de risque ont été parfois mit en avant, mais reste encore très discutés :

- Niveau socio-économique : l'absence d'emploi peut accentuer l'isolement de la femme
- L'âge maternel : son rôle est mineur, seulement chez les moins de 18 ans et les plus de 35 ans
- Parité : la prévalence accentuée chez les primipares est remise en doute
- Pas de réalisation de cours de préparation à la naissance
- Allaitement maternel : son lien avec la DPP est très discuté, les études sont contradictoires. Certaines études montrent que lorsque la femme allaite et que cela se passe bien, son nourrisson la regarde intensivement, la valorise dans son rôle de mère. Au contraire, si cela se passe mal, risque de dévalorisation et de développer une DPP. Le sevrage est également un facteur de risque, car entraîne une rupture du lien « fusionnel » mère-bébé
- Le tempérament du bébé : les nouveau-nés dits « difficiles » pourraient jouer un rôle sur la survenue de la DPP

### 3.6. Conséquences sur le lien mère-enfant

En l'absence de prise en charge de la DPP, les relations mère-enfant se dégradent progressivement. Le bébé va avoir tendance à se replier sur lui-même, alors que la mère attend au contraire que son nouveau-né lui apporte des satisfactions pour reprendre confiance en elle.

Or quand la mère va mal, l'enfant va mal. De nombreux signes montrent son mal-être :

- Hypertonie (en continue), incapacité de se lover dans les bras de sa mère, de se détendre
- Somnolence
- Fuite du regard maternel
- Régurgitations, coliques ou autres problèmes digestifs
- Pleurs fréquents...

Le nouveau-né est incapable de cacher sa souffrance, à la différence d'un enfant plus grand qui peut trouver un soutien chez quelqu'un d'autre. Ainsi, le comportement du nouveau-né est un élément majeur lors du diagnostic de dépression du post-partum, il s'agit d'une aide précieuse pour savoir comment vont la mère et l'enfant.

Les symptômes seront différents en fonction de l'état maternel, des réactions de la femme face à la dépression. On observe que la mère dépressive peut avoir deux

modes d'interaction différents, qui engendreront des conséquences spécifiques. Tout d'abord celle-ci peut être intrusive : elle est sur-stimulante avec son enfant, surtout au toucher, parle avec une voix dure et agressive. Ainsi le nourrisson devient méfiant, se replie sur lui-même, évite le regard. L'autre possibilité est la mère en retrait, désengagée dans ses gestes qui deviennent mécaniques, sans plaisir, son regard est absent. Dans ce cas-là le bébé cherche l'attention de sa mère, il est davantage dans la demande, la plainte par les cris ou les pleurs, avec une expression de détresse.

Dans tous les cas, on observe une perturbation nette du lien mère-enfant. La mère, moins attentive aux besoins de son bébé, ne sait pas y répondre. Cela a pour conséquence un risque de négligence voire de maltraitance, surtout si la mère développe une intolérance aux cris de son nourrisson.

De plus, l'étude réalisée par Murray et al montre que la dépression post-natale peut avoir des effets sur les autres membres de la fratrie, surtout si celle-ci a été insuffisamment traitée ou si elle est devenue chronique. [22]

### **3.7. Conséquences sur la mère et le couple**

La DPN engendre des conséquences néfastes sur le nouveau-né, la fratrie, l'entourage, mais également sur la femme et la vie de couple en premier lieu. Elle peut évoluer vers une dépression chronique [23], et multiplie par 6 le risque suicidaire au cours de la première année du post-partum. [24] Son risque de récurrence lors d'une grossesse ultérieure est de 50 à 60%. [25]

On observe en plus une altération nette de la vie conjugale. Soit la présence bienveillante du compagnon aide la femme, le couple traverse cette difficulté ensemble, soit au contraire la dépression post-natale conduit à la séparation ou au divorce. [26] Le conjoint a d'ailleurs plus de risque de développer lui aussi une dépression. [27] Mais il arrive souvent que la femme se retrouve dans une situation de solitude existentielle, isolée car incomprise par son conjoint et son entourage. Cet isolement est très bien montré dans le film d'Emily Atef, « L'Étranger en moi ». [28]

## **4. La place de la sage-femme**

Selon le conseil national de l'ordre des sages-femmes : « la sage-femme doit développer ses compétences dans le champ de la promotion et de la prévention de la santé des femmes et des enfants ». [29] Or la dépression post-natale, touchant plus

de 12% des accouchées et ayant des conséquences néfastes aussi bien chez la mère que chez l'enfant, est un problème de santé publique qui doit être pris en compte.

On observe ainsi que la sage-femme joue un rôle majeur dans la prévention et le dépistage des troubles de la parentalité, et plus précisément de la « maternalité ». [30] En effet, elle a un rôle central pendant la grossesse, lors de l'accouchement, et dans le post-partum. Lors de ces différentes périodes, celle-ci se doit de repérer les situations de vulnérabilité, de fragilité. Après la naissance, elle évalue le lien mère-enfant et oriente vers un spécialiste si nécessité.

La Haute Autorité de Santé (HAS) propose des outils permettant aux professionnels de santé de préparer la femme enceinte (et le couple) à l'arrivée future de leur enfant et à la mise en place de leur nouveau rôle de parents : [31]

- Tout d'abord à l'aide de l'entretien prénatal précoce (EPP) : cet entretien permet au médecin ou à la sage-femme de repérer les fragilités psychologiques et d'orienter vers un autre professionnel si besoin. Il a été mis en avant par le plan de périnatalité 2005-2007, et permet de prendre en compte l'environnement psychologique de la femme et de mieux préparer l'arrivée du bébé dans un milieu sécuritaire
- Puis à l'aide des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) : ces séances permettent de répondre aux questions des femmes, à leurs besoins

La sage-femme joue également un rôle important dans le post-partum, quel que soit son type d'exercice. En suite de couches, elle peut repérer les femmes à risque de développer une dépression post-natale (facteurs de risque multiples, Baby Blues majeur...). En libéral lors des visites à domicile (avec le PRADO) ou des séances de rééducation du périnée, ayant souvent une relation privilégiée avec la femme, elle peut ainsi facilement repérer les difficultés éventuelles et prodiguer les conseils adaptés. De même pour l'exercice en centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) : la sage-femme est attentive à la construction du lien mère-enfant.

Mais repérer les situations difficiles n'est pas suffisant. La collaboration des différents professionnels de santé, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux, est ensuite indispensable. Le suivi pluridisciplinaire des femmes dans le post-partum est extrêmement important. La continuité entre les soignants qui suivent la femme avant et après son accouchement est souhaitable, particulièrement pour celles en situation de grande vulnérabilité. Des liens doivent se faire entre la sage-femme, la psychologue, la PMI, le médecin généraliste... En tant que sage-femme, lorsque nous nous trouvons face à une mère en difficulté psychique, il est alors majeur de l'orienter vers d'autres professionnels.

## **5. Un outil efficace pour diagnostiquer la dépression du post-partum : l'EPDS**

L'Edinburgh Postnatal Depression Scale ou EPDS, nommé également en français Echelle de dépression post-natal d'Edimbourg, est un outil internationalement reconnu pour diagnostiquer la dépression post-natale. Il a été créé en 1987 par Holden et Sagovsky [32], puis traduit et validé en français par Guedeney N. et Fermanian J. en 1998, sur un échantillon de 87 femmes. [33]

Cet auto-questionnaire, visible en annexe 1, est composé de 10 questions. Pour chacune d'entre elle, 4 réponses sont proposées, cotées de 0 à 3 dans l'ordre croissant pour les deux premières questions, puis dans l'ordre décroissant pour les huit autres. Il permet d'obtenir un score final allant de 0 à 30. L'EPDS associe différentes questions, permettant un pouvoir discriminant important : cinq questions concernent l'humeur, deux concernent l'anxiété, les trois dernières questions sont sur la culpabilité, le sentiment d'incapacité ainsi que les idées suicidaires. Aucune question ne concerne les manifestations somatiques connues comme l'anorexie ou les troubles du sommeil. [20] En France, pour diagnostiquer les femmes atteintes de dépression du post-partum, le score-seuil de 10,5 est recommandé, permettant d'avoir une sensibilité de 80% ainsi qu'une spécificité de 92%. De même, pour une prévalence prédéfinie de 13%, la valeur prédictive positive (risque qu'avec un score supérieur au score-seuil, la personne soit réellement déprimée) est de 0,92, et la valeur prédictive négative est de 0,81.

Cependant il faut rester attentif à un cas particulier. En effet, la dernière question de l'auto-questionnaire traite des idées suicidaires. Si la réponse à cette question est positive, il faut absolument approfondir l'interrogatoire, même si le score final est inférieur au score-seuil.

On observe que ce test, contrairement à d'autres, est très bien accepté par les patientes car court (il nécessite moins de 5 minutes pour le remplir). La formulation des questions est simple, mais il est nécessaire malgré tout d'avoir une bonne pratique et compréhension de la langue.

Les travaux de Renaud J, réalisés en 2004, montrent la validation internationale de cet outil. Cette étude qualitative reprend 47 documents portant sur la validation de l'EPDS (livres, articles de revue, actes de congrès...). On peut ainsi observer qu'il s'agit d'un outil standardisé de référence, validé dans le diagnostic de la DPN. [34]

De plus, des études montrent une fidélité entre une mesure en post-partum immédiat (au cours de la première semaine) et une mesure classique à 1 mois après l'accouchement (Hannah et al en 1992 [35], Dennis en 2004 [36] ...). Chabrol et al se sont ainsi basés sur les travaux d'Hannah et al en 2003. [37] Dans cette étude, ils

utilisent l'EPDS à la fois pour dépister les femmes à risque de développer une dépression post-natale dans le post-partum immédiat, mais également pour diagnostiquer les femmes ayant probablement une DPN dans les 6 à 12 semaines suivantes. Pour décider de leur score-seuil, ils reprennent les résultats de l'étude de Guedeney et Fermanian qui a permis la validation française de l'EPDS. Ainsi le score de 10/30 permet de dépister les femmes à risque, et celui de 11/30 permet de les diagnostiquer. Cette étude montre l'intérêt de l'utilisation de l'EPDS dans le post-partum immédiat, afin d'effectuer un programme de prévention chez les femmes à risque.

Ainsi, les objectifs de l'EPDS sont d'aider le professionnel de santé à mieux détecter les femmes déprimées, à les diagnostiquer, permettant ainsi une prise en charge précoce, avant l'aggravation de l'état maternel ou infantile.

# **PRESENTATION DE L'ETUDE**

## **1. Problématique**

La dépression post-natale est un vrai problème de santé publique, et les sages-femmes sont les professionnels de premier recours dans le suivi des femmes en post-partum, que ce soit en suites de couches (SDC) ou par la suite en profession libérale lors du suivi à domicile (PRADO) et des cours de rééducation du périnée.

De nombreux facteurs de risque existent, la plupart étant très discutés. Mais quelles sont véritablement les femmes à risque de développer une DPN ? Les facteurs de risque suffisent-ils pour dépister les femmes à risque ? Dans le cas contraire, quel moyen objectif permettrait de les dépister ?

L'EPDS est un auto-questionnaire qui a été validé par de nombreuses études, montrant son utilité dans le diagnostic des DPN. Sa diffusion générale aux patientes en SDC permettrait-elle aux sages-femmes de dépister les femmes à risque de développer une DPN ? Cela leur permettrait peut-être d'organiser un suivi pluridisciplinaire rapproché, engendrant une prévention de l'arrivée de la DPN.

## **2. Objectif**

L'objectif principal est de suivre une cohorte de femmes pendant les premiers mois du post-partum, en leur faisant remplir régulièrement l'EPDS afin de diagnostiquer l'arrivée d'une DPN, puis de vérifier en rétrospectif l'utilité de l'EPDS dans le dépistage des femmes à risque en suites de couches.

L'étude permettra de valider ou non l'utilisation de l'EPDS dans la recherche des femmes à risque lors du post-partum immédiat. De plus, elle permettra aussi de mettre en évidence la prévalence de DPN chez les parturientes du CHU de Nantes, et de voir s'il existait des facteurs de risque permettant de les détecter.

## **3. Méthodologie de l'étude**

Il s'agit d'une étude de cohorte prospective, qui permettra également une étude de cas. L'étude est basée sur les travaux de Chabrol et al réalisés en 2003, montrant une corrélation entre la valeur de l'EPDS en post-partum immédiat et la survenue d'une dépression post-natale. [37]

Elle est composée de 3 parties :

- La sélection des patientes en suites de couches
- Un appel téléphonique entre la quatrième et la sixième semaine du post-partum
- Un appel téléphonique entre la dixième et la douzième semaine du post-partum

A chaque étape, l'EPDS a été rempli, soit directement par la femme, soit par nous-même lors des appels téléphoniques à distance. Il a été suggéré qu'un score supérieur ou égal à 10 sur 30 à l'EPDS est prédictif d'une dépression post-natale, et que par la suite un score supérieur ou égal à 11 sur 30 permet de diagnostiquer sa survenue.

Cet auto-questionnaire a ainsi permis la constitution de deux groupes de patientes en suites de couches : celles à risque de développer une DPN, et celles non à risque.

Les seuls critères d'exclusion étaient :

- Les femmes ne comprenant pas bien le français, ne sachant pas lire ou écrire
- Les femmes non disponibles par téléphone dans les mois à venir
- Les femmes hospitalisées en gynécologie, suite à une mort in utéro (MIU) ou une interruption médicale de grossesse (IMG)

Le consentement des patientes a été obtenu par oral lors du passage en suites de couches et de la distribution du questionnaire, après une brève présentation de l'étude. Ce dernier était ensuite recueilli quelques heures plus tard ou le lendemain.

Les patientes ont toutes été sélectionnées dans le service de suites de couches du CHU de Nantes entre le 21 Avril et le 9 Mai 2015. L'objectif était d'atteindre le nombre de 100 patientes incluses. Mais les contraintes organisationnelles, non prévues au commencement de l'étude, ont engendré une diminution de ce chiffre. Ainsi au cours de cette période, 124 patientes ont été vues, et 40 d'entre elles ont été exclues de l'étude (soit 32% du groupe). Leur non-participation était due soit à leur refus (la majorité des cas), à leur mauvaise compréhension de la langue française, à leur indisponibilité au moment du passage ou à leur départ avant d'avoir pu récupérer le questionnaire. Ainsi, nous nous retrouvons avec une cohorte de 84 patientes.



*Figure 1 : sélection des patientes en suites de couches*

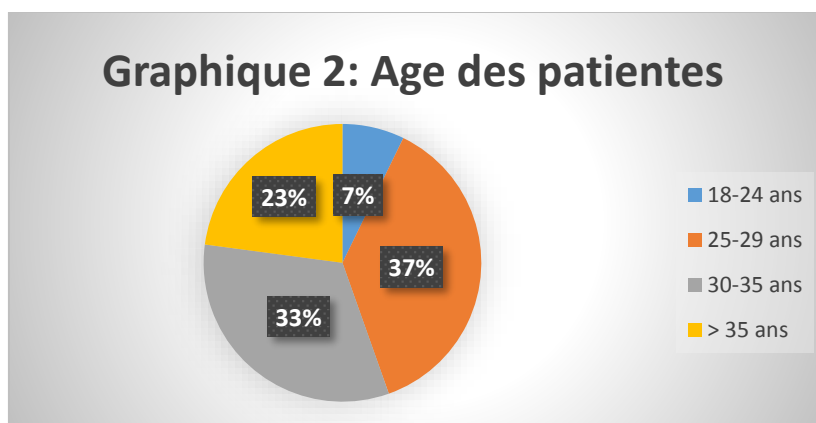
## 4. Première partie de l'étude

Les patientes ont été vues individuellement, au cours de leur séjour en suites de couches, entre le premier et le cinquième jour suivant l'accouchement. Un questionnaire exhaustif, visible en annexe 2, a été distribué avec l'EPDS. Il permettait de recueillir leurs informations administratives pour l'appel téléphonique ultérieur, ainsi que toute leur anamnèse.

### 4.1. Description de la population

#### 4.1.1. Age

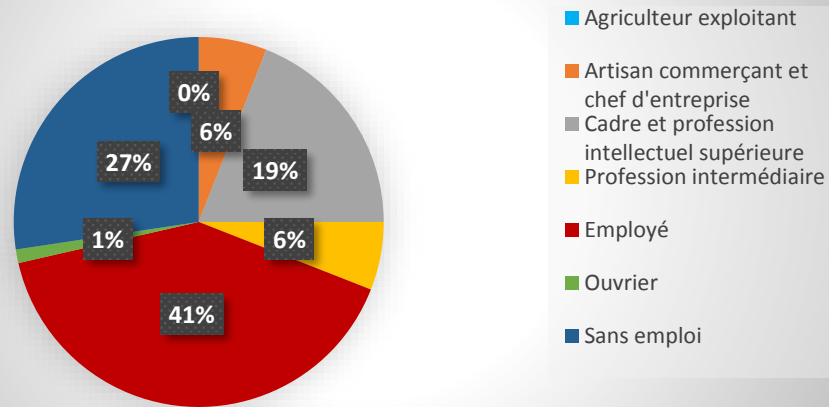
Au cours de la constitution de la cohorte, toutes les mineures interrogées ont refusé de participer à l'étude (le plus souvent le refus venant de la mère présente).



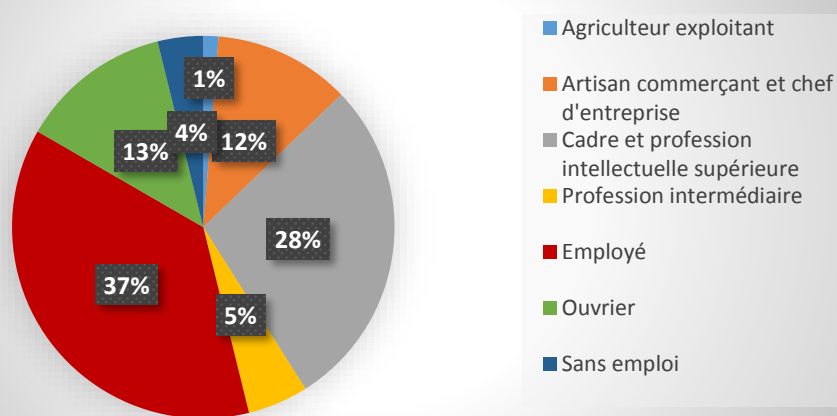
#### 4.1.2. Profession

La profession a été demandée afin de pouvoir classer les patientes selon leur niveau socio-économique.

### Graphique 3: Profession des patientes



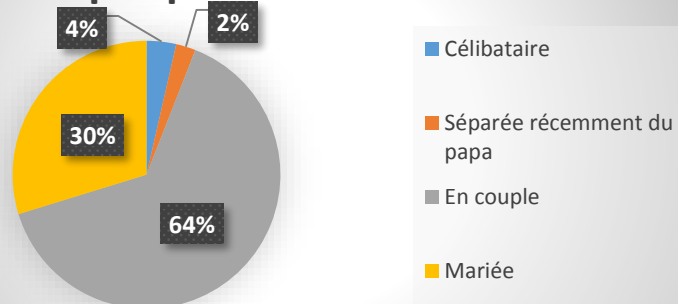
### Graphique 4: Profession des conjoints



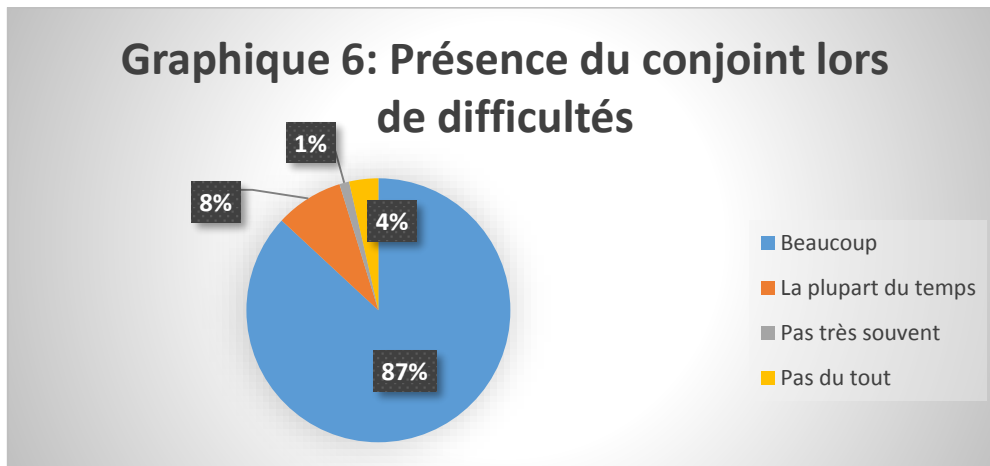
#### 4.1.3. Le conjoint

Trois interrogations du questionnaire concernaient la place du conjoint : le statut marital de la femme, si le conjoint est présent lors de difficulté, et enfin s'il a reconnu l'enfant (questions 6, 7b et 7c).

### Graphique 5: Statut marital



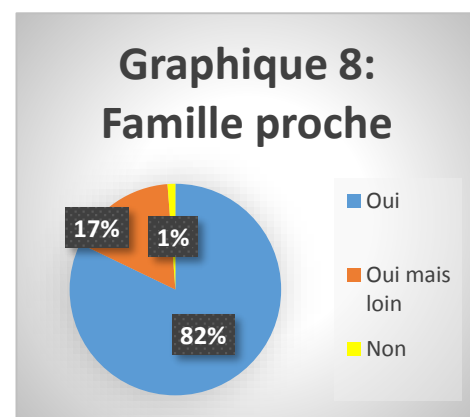
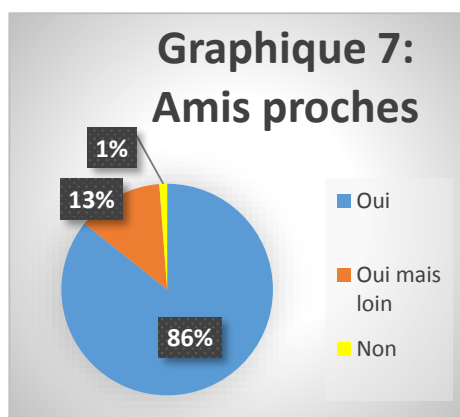
Sur les 84 patientes de l'étude, 5 sont célibataires ou séparées récemment du papa (6%). La grande majorité est en concubinage (64%), ou mariée (30%).



Nous remarquons que les quatre patientes ayant répondu « pas très souvent » ou « pas du tout » sont celles célibataires ou séparées du papa, montrant la logique de l'absence de conjoint. L'immense majorité des femmes en couple se sentent soutenues par leur conjoint. De même pour la troisième question, la majorité des conjoints (96%) ont fait une reconnaissance anticipée. Les trois ne l'ayant pas fait correspondent aux mêmes femmes célibataires ou séparée récemment.

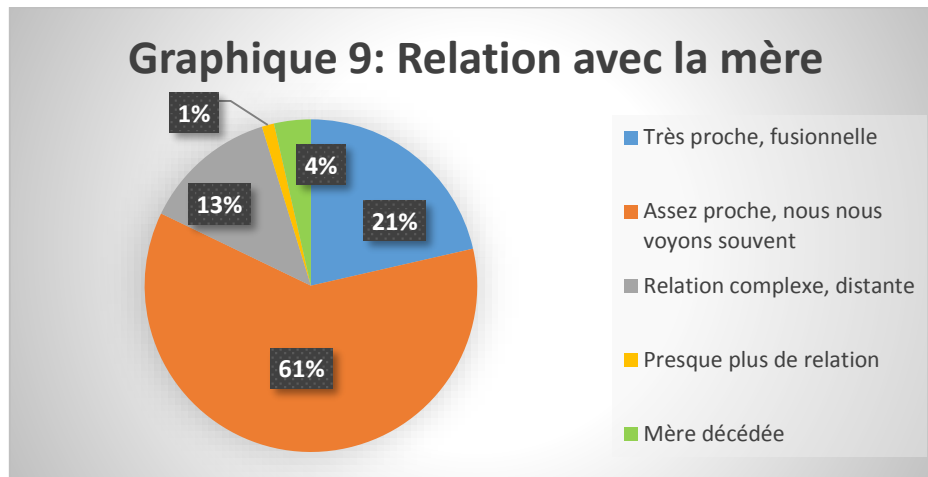
#### 4.1.4. L'entourage : les amis et la famille

Nous avons souhaité savoir si la femme avait des amis, et plus précisément s'ils sont proches. En effet de nos jours, la mobilité est très fréquente, il arrive donc qu'un couple déménage dans une nouvelle région (évolution professionnelle, nouveau poste dans une nouvelle ville, suivi du conjoint...), ainsi la nouvelle mère peut se retrouver éloignée de ses amis et de sa famille, dans une ville qu'elle ne connaît pas.



Nous avons aussi demandé si ces amis avaient des enfants ou non. 79 patientes (94%) avaient des ami(e)s avec enfants, et 5 (6%) avaient des amis qui ne sont pas eux-mêmes parents.

Puis la relation de la patiente avec sa mère a été questionnée :



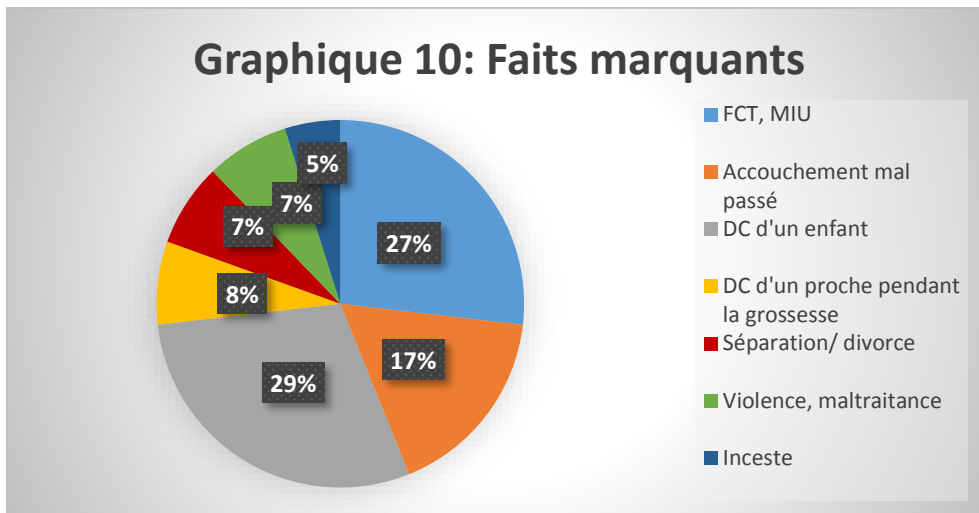
#### 4.1.5. Faits marquants

Nous avons souhaité interroger les femmes sur des faits importants, ceux-ci pouvant les avoir touchés directement ou indirectement par le biais de la famille. En effet, une histoire difficile vécue par un proche de la famille peut avoir également touché la femme, être notable dans son histoire et dans sa construction personnelle.

La question était semi-ouverte, avec des propositions données afin de faire réfléchir la patiente sur son histoire. Souvent, le passé difficile est occulté, mis de côté, et une question complètement ouverte n'aurait certainement pas aboutie. Nous avons centré les propositions sur les faits pouvant avoir une incidence sur la grossesse ou l'accouchement de la patiente. Nous avons présenté trois grands sujets différents :

- Les antécédents obstétricaux difficiles : fausse-couche tardive, mort in-utéro, accouchement qui s'est mal passé (antécédent vécu par la patiente directement ou non)
- Les décès ou séparations marquants : décès d'un jeune enfant, décès d'une personne proche au cours de la grossesse, séparation ou divorce qui a marqué la femme (l'accouchement étant une séparation symbolique de la femme et de son bébé, un antécédent tel que celui-ci peut avoir un impact)
- Les antécédents de violence, de maltraitance ou d'inceste

58% des patientes ne décrivaient aucun antécédent particulier. Les 42% restant (n=35) sont réparties selon le graphique suivant.



On peut observer que 12 % des femmes ayant des faits marquants ont déjà vécu des violences physiques ou sexuelles (inceste), soit 4 parturientes sur les 35. Cela représente 5% de notre population de base.

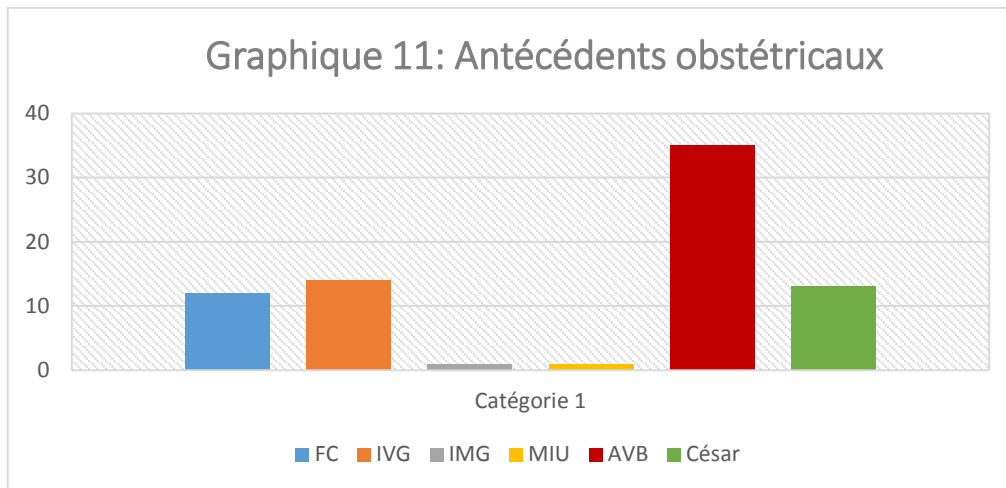
Mais les 35 femmes décrivant des faits marquants sont surtout touchées par ce qui concerne la mort de quelqu'un : 29% ont vécu le décès d'un jeune enfant, 27% ont été confrontées à la mort d'un enfant à naître (FCT ou MIU), et 8% ont dû vivre le décès d'un proche au cours de la grossesse.

On observe également que 17% de cette partie de la cohorte ont dans leur histoire personnelle ou familiale un antécédent d'accouchement qui s'est mal passé (les femmes décrivent une césarienne en urgence, une rupture utérine...).

#### 4.1.6. Gestité et parité

Nous avons questionné les patientes sur leur(s) grossesse(s) précédente(s), différenciant les fausses couches (FC), les interruptions volontaires de grossesse (IVG), les interruptions médicales de grossesse (IMG), les morts in-utéro (MIU) et les grossesses normales aboutissant par un accouchement voie basse (AVB) ou par une césarienne.

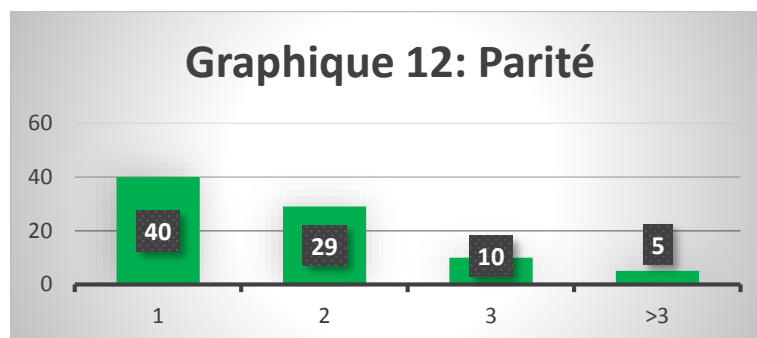
De même, nous avons différencié au cours de l'étude les primipares des multipares, et les primigestes des multigestes. Ainsi 34 femmes (40%) sont primigestes, et 50 femmes (60%) sont multigestes.



Parmi les antécédents obstétricaux des 50 patientes multigestes :

- 24% des patientes ont déjà fait une fausse couche
- 28% ont déjà réalisé une IVG
- 1 patiente a réalisé précédemment une IMG
- 1 patiente a été confrontée à une MIU
- 70% des femmes ont déjà accouché par voie basse
- 26% ont déjà eu une césarienne ou plus lors de leur(s) précédent accouchement(s)

Pour la parité, nous avons différencié les primipares, les deuxièmes pares, les troisièmes pares et les grandes multipares (quatrième enfants ou plus).

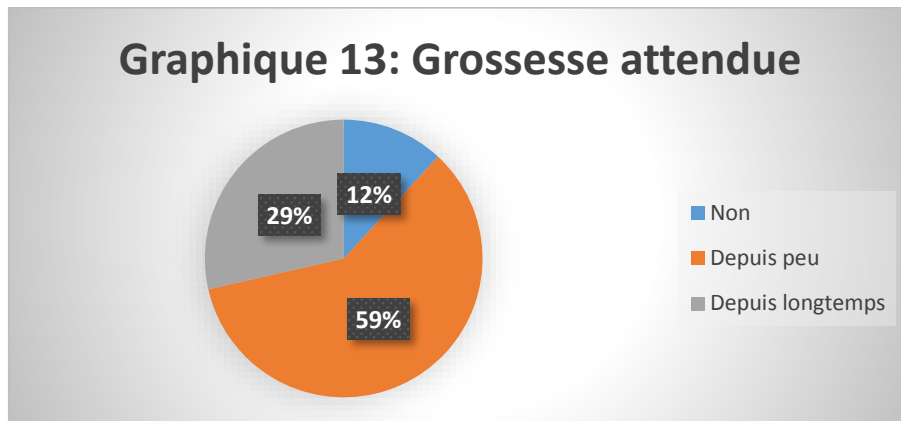


#### 4.1.7. Grossesse voulue ou non

Nous avons cherché à savoir si la grossesse était désirée ou non. Nous avons préféré dans la formulation du questionnaire parler de grossesse « attendue » plutôt que désirée, moins culpabilisant pour la femme.

De plus, une grossesse souhaitée depuis des mois ou années, peut être vécue difficilement. Les femmes ayant passé cette étape de la difficulté d'avoir un enfant, passant par l'aide médicale à la procréation (AMP), ont ainsi tendance à idéaliser la grossesse et la maternité, les recherchant depuis si longtemps. Nous avons également

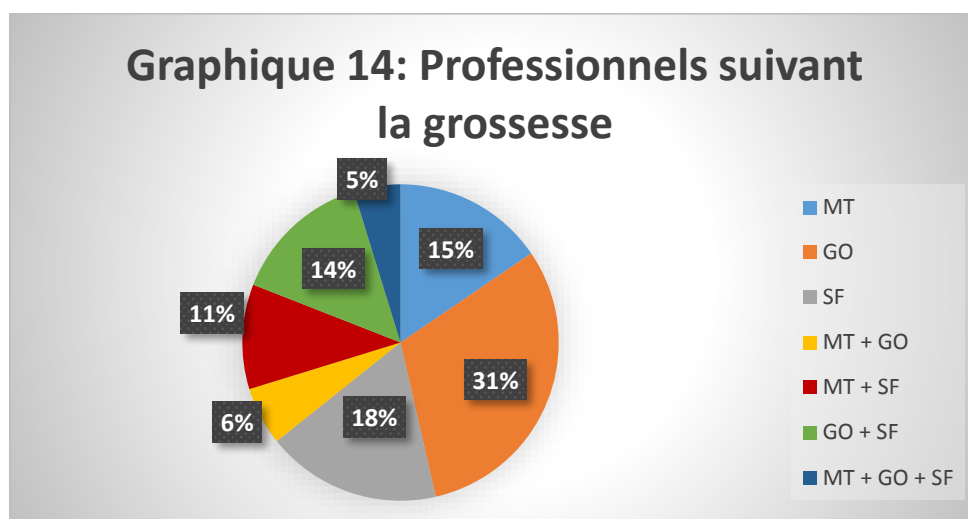
questionné sur l'arrivée de cette grossesse, si elle a été spontanée ou aidée par les techniques d'AMP.



Délibérément, nous avons choisi de ne pas préciser le temps d'attente de cette grossesse, le vécu étant très subjectif. Il s'agissait d'une grossesse spontanée pour la grande majorité des femmes (96%), seulement trois ayant eu recours à l'AMP.

#### 4.1.8. Réseaux de professionnels

Nous avons différencié trois types de professionnels pouvant suivre la femme pendant sa grossesse : le médecin traitant (MT), le gynécologue obstétricien (GO) et la sage-femme (SF), les différents intervenant pouvant être associés.



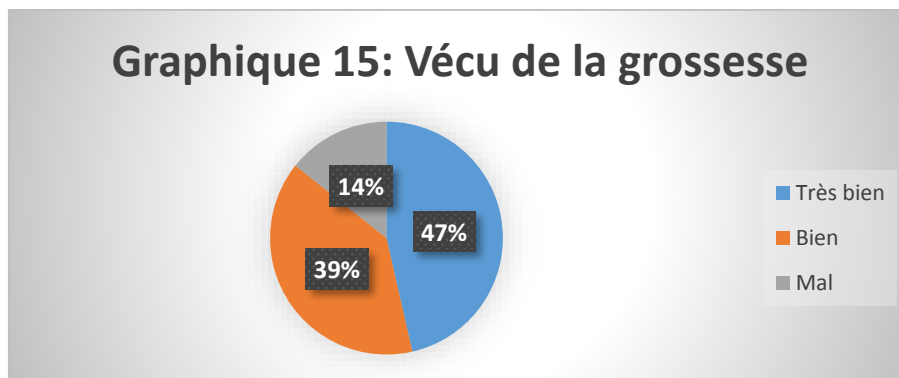
Nous observons une disparité dans les résultats. Dans 64% des cas, les femmes vont voir un seul professionnel de santé, que ce soit leur médecin, un gynécologue-

obstétricien ou une sage-femme. Dans 36% des cas, elles vont voir plusieurs praticiens différents.

Dans le même ordre, nous avons souhaité préciser si la patiente a réalisé au cours de sa grossesse une préparation à la naissance et à la parentalité ou non. Nous avons observé alors dans notre étude que 62% des femmes ont réalisé une PNP (n=52). Parmi les 32 qui n'en ont pas fait, on observe que 88% sont multipares.

#### 4.1.9. Le vécu de la grossesse

Nous nous sommes ensuite questionnés sur le vécu des femmes de leur grossesse, ayant pour nous une place importante dans l'anamnèse de la patiente. Nous avons séparé la qualification du vécu en quatre possibilités : très bien, bien, mal et très mal. Aucune femme n'a très mal vécu sa grossesse. Le graphique ci-contre montre donc la répartition des patientes dans les trois autres critères :



Nous notons que 14% des femmes ont mal vécu leur grossesse. Ce mauvais vécu a des origines multiples selon les patientes. Dans certains cas il n'est pas lié à la grossesse, mais à des soucis familiaux, des problèmes de couple, du stress...

Mais dans la moitié des cas, ce moment est mal vécu suite à des difficultés de la grossesse. Les femmes décrivent les maux de grossesses habituels, parfois complexes à supporter :

- Fatigue
- Nausées et vomissements
- Changements corporels (prise de poids, vergetures...)
- Douleurs ligamentaires

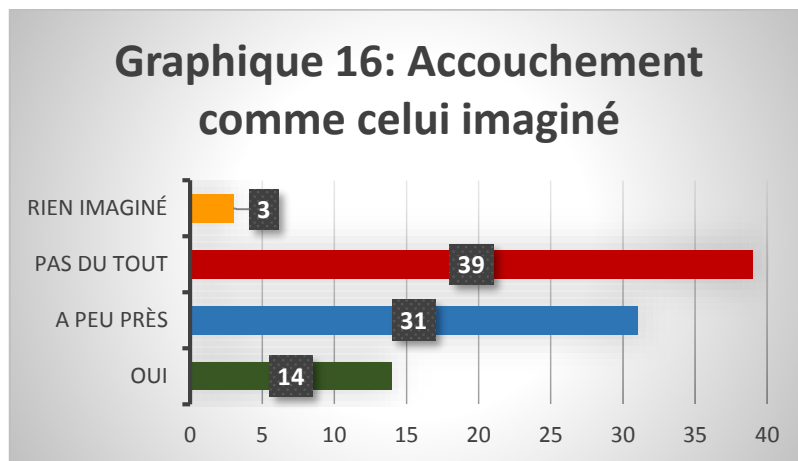
Certaines ont vécu une grossesse laborieuse, avec menace d'accouchement prématuré nécessitant un alitement dès le sixième mois voire une hospitalisation dans le service de grossesse à haut risque, ou des résultats d'examen engendrant du stress (risque élevé de trisomie 21, retard de croissance intra-utérin...).

#### 4.1.10. Le bébé imaginaire

69% des femmes ont rêvé de leur bébé, et en moyenne à partir du cinquième mois de grossesse.

#### 4.1.11. Le vécu de l'accouchement

Nous avons souhaité savoir si l'accouchement s'était passé comme les patientes l'avaient imaginé.



Nous pouvons observer que pour 39 femmes (soit dans 45% des cas), la naissance ne s'est pas du tout passée comme celle imaginée.

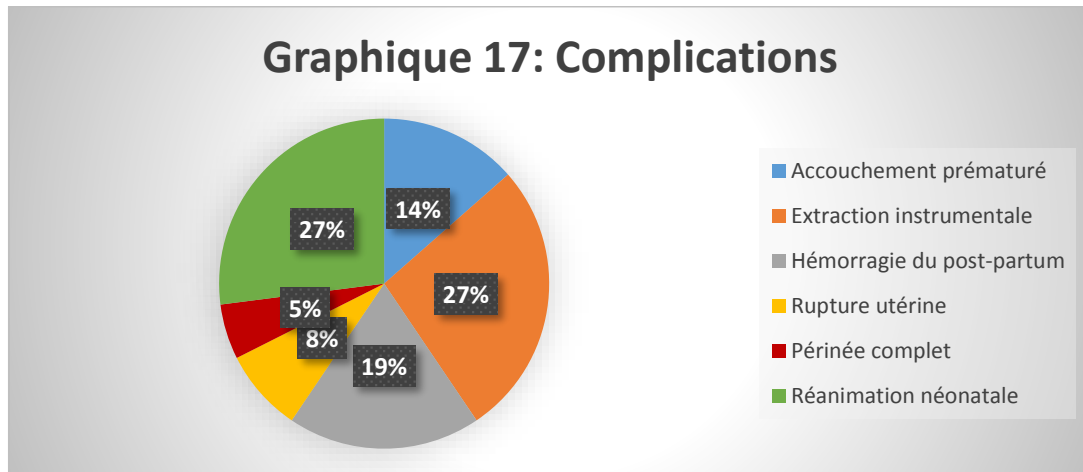
Nous avons laissé le choix aux patientes de décrire plus précisément leur vécu de l'accouchement. Nous observons qu'il ressort de cette question ouverte 3 vécus différents, non prévu par les femmes :

- Soit l'accouchement a semblé long et fatiguant, avec des contractions utérines plus douloureuses que ce qui avait été imaginé, puis un soulagement après la pose de l'anesthésie péridurale (dans la majorité des cas il s'agit de primipares)
- Soit l'accouchement a au contraire été beaucoup plus rapide que prévu, avec des contractions utérines très intenses, ne laissant pas le temps de poser la péridurale, mais engendrant souvent un sentiment de fierté chez la femme (il s'agit le plus souvent de multipares)
- Soit le travail a abouti à une césarienne, en urgence ou non, plus ou moins bien vécu selon les patientes

#### 4.1.12. Description des naissances

63 femmes ont accouché par voie basse (75%), 18 sont passées en césarienne en cours de travail, et 3 ont eu une césarienne programmée. 10 accouchements étaient déclenchés (12%). La majorité des femmes (73%) bénéficiaient d'une anesthésie péridurale.

Les différentes complications obstétricales ou pédiatriques peuvent s'observer sur le graphique suivant :



#### 4.1.13. Première rencontre avec l'enfant

Une autre question ouverte a été posée aux patientes : celle interrogeant la première sensation, la première émotion apparue lors de la découverte de ce nouvel être, de la première rencontre entre la mère et son bébé.

La majorité des patientes décrivent cet instant comme extrêmement fort en émotions, parfois difficile à expliquer. Une patiente décrit un « mélange d'émotions que l'on ressent seulement lors d'une naissance ». La plupart des femmes se décrivent à ce moment-là très heureuses, émues, émerveillées. 19 femmes parlent aussi d'un sentiment de soulagement. En effet, l'accouchement est toujours un moment à risque, à la fois pour la mère et l'enfant, et ceci est d'autant plus ressenti par les patientes ayant vécu une naissance difficile ou stressante (anomalies du rythme cardiaque de l'enfant, rupture utérine, etc...).

Il faut pour certaines femmes du temps pour comprendre ce qui se passe, pour réaliser qu'il s'agit de leur enfant. Quelques-unes décrivent une fatigue importante, un vide, « l'impression d'avoir ses sentiments anesthésiés ».

#### 4.1.14. Le séjour en suite de couches

Nous sommes passés dans le service pour distribuer le questionnaire en moyenne lors du deuxième jour suivant la naissance. Ainsi, nous avons pu également évaluer la qualité du début de ce séjour, et plus précisément comment se sent la patiente avec son bébé, si elle est confortable dans les soins, et la mise en place de la relation mère-enfant.

Tableau 2 : le séjour de suites de couches

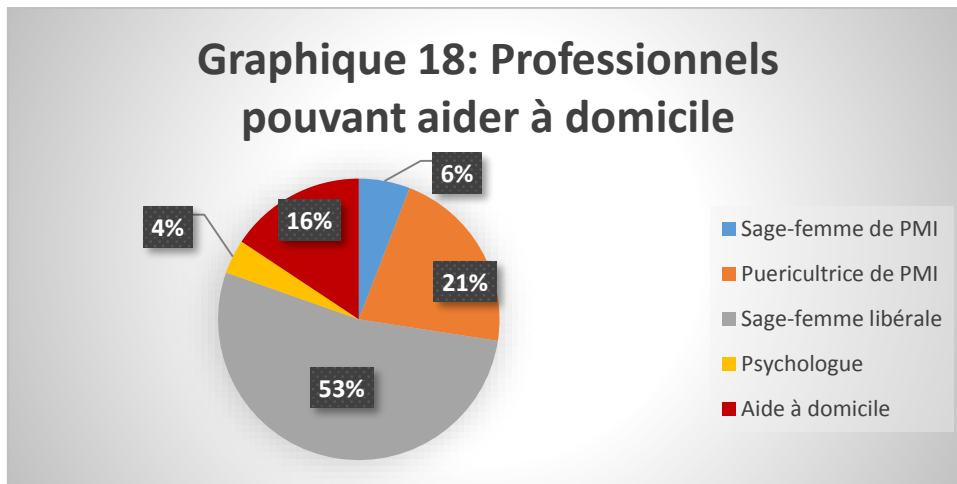
<b>Alimentation du BB</b>	Allaitement maternel	Allaitement artificiel	Allaitement Mixte
	45	32	7
<b>Comment se passent les soins</b>	Très bien	C'est compliqué mais je m'en sors	Je suis dépassée
	64	19	1
<b>Relations mère-enfant</b>	Très agréables	Moyennement agréables	Difficiles
	78	3	3
<b>Retour à domicile redouté</b>	Non	Oui	
	74	10	

On observe que pour la majorité des patientes (76%, n=64), les soins se passent très bien. 23% (n=19) les trouvent compliqués, et une femme est même complètement dépassée. Puis nous avons évalué la mise en place du lien mère-enfant, et ainsi demandé aux femmes comment se passent les relations avec leur nouveau-né. 78 femmes (93%) ont des relations très agréables avec leur nourrisson, et 3 les trouvent « moyennement agréables ». Nous pouvons aussi remarquer que 3 femmes trouvent les relations difficiles avec leur enfant.

Nous avons par la suite questionné les patientes sur le retour à domicile. Nous observons que pour 10 d'entre elles (soit 12% de la cohorte de l'étude), ce retour à la maison, sans la présence des soignants pour aider lors des difficultés, est redouté.

Dans la suite logique, nous avons demandé si elles pensaient avoir besoin d'aide à la suite de ce départ de la maternité. 46 femmes (55%) ont répondu ne pas avoir besoin d'aide.

Parmi celles qui ont répondu positivement à cette ultime question, nous pouvons voir qu'elles pensent avoir besoin de l'aide de professionnels multiples.



## 4.2. Score des patientes à l'EPDS

Après avoir rempli l'intégralité du questionnaire que nous venons d'analyser, les patientes remplissaient ensuite l'auto-questionnaire d'Edimbourg. Nous avons convenu précédemment qu'un résultat supérieur ou égal à 10/30 était prédictif d'une dépression post-natale. En moyenne, le résultat de cet auto-questionnaire était de 6,2/30. 19 patientes (23%) avaient un score supérieur ou égal à 10/30.

Parmi ces 19 patientes, nous pouvons observer que :

- 4 se trouvent loin de leurs amis proches, 1 n'en a pas
- 3 se disent éloignées de leur famille
- 8 ont des antécédents de faits marquants personnels ou familiaux (accouchement difficile comme une rupture utérine, MIU, décès d'une personne proche au cours de la grossesse...)
- 6 ont été hospitalisées au cours de leur grossesse
- 7 ont mal vécu leur grossesse
- 6 ont eu une césarienne plus ou moins en urgence au cours du travail
- 7 redoutent le retour à domicile

## 5. Deuxième partie de l'étude

Un mois après la sélection en SDC, les 84 femmes étaient recontactées par téléphone. Le but était de réussir à avoir au téléphone un maximum de patientes, mais de ne pas les harceler d'appels pour cela. Ainsi, il a été convenu de ne les appeler que 2 à 3 fois. En faisant cela, 68 patientes ont pu être recontactées, 16 n'ont pas été joignables (soit

19% du groupe). A noter que parmi les 19 patientes à risque dépistées en SDC, 15 ont pu être appelées.

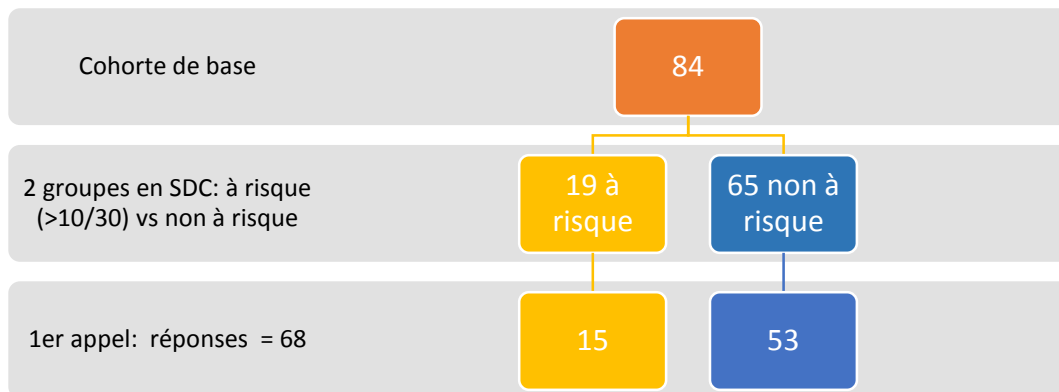


Figure 19 : appel à 1 mois

Avant le remplissage de l'auto-questionnaire, un interrogatoire simple de la femme a été réalisé, afin de savoir comment elle allait ainsi que son bébé, et les difficultés qu'elle avait pu rencontrer au cours de ce dernier mois (questionnaire visible en annexe 3).

## 5.1. Comment se sent la patiente

Une très grande majorité des femmes vont bien voire très bien (97% du groupe). Deux patientes nous confient être actuellement mal, ce qui nous le verrons plus tard, sera corrélé à leur résultat de l'EPDS, montrant une DPN en cours.

Nous avons également souhaité demander aux patientes comment va leur nouveau-né. Aucune femme n'a décrit le fait que son enfant n'aille pas bien. Elles décrivaient toutes que leur enfant allait bien (31%, n=21) ou très bien (69%, n=47).

Cependant, certaines femmes nous ont décrit quelques passages difficiles :

- Une nous a parlé de la thrombopénie auto-immune de son nouveau-né, suivi au CHU
- Une autre nous a décrit la sortie de néonatalogie récente de ses jumeaux nés prématurément, alors qu'une deuxième femme nous a communiqué les avancées de son bébé toujours hospitalisé aux soins intensifs après une naissance très prématurée à 27 semaines d'aménorrhées
- Un nouveau-né a été hospitalisé quelques jours pour baisse de poids et ictère
- Une patiente a appris que son enfant est atteint de la mucoviscidose

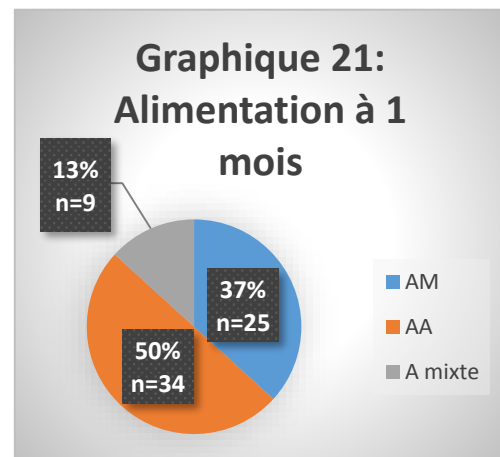
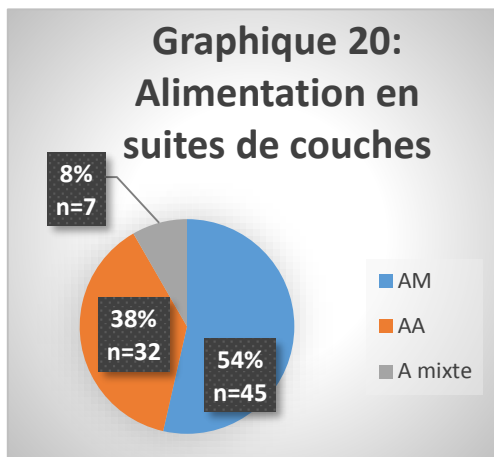
## 5.2. Les relations avec l'enfant

Nous avons à nouveau évalué le lien mère-enfant, en demandant comment sont les relations avec le nourrisson. L'immense majorité des femmes interrogées (96% d'entre elles) décrivent des relations agréables voire très agréables avec l'enfant. Certaines nous disent que des passages ont été difficiles.

3 patientes parlent de relations « moyennement agréables ». Dans les 3 cas, les femmes sont confrontées aux pleurs de leur enfant, le plus souvent liés à des problèmes digestifs (coliques), et sont déçues face à ses difficultés, ne sachant pas comment les résoudre.

## 5.3. L'alimentation

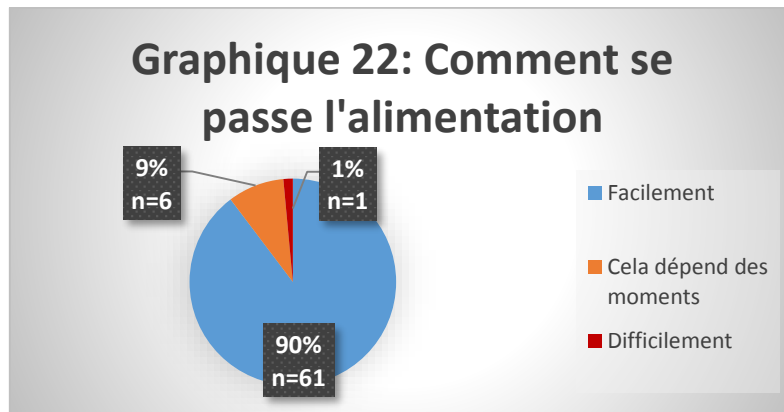
Nous avons redemandé le type d'allaitement, maternel ou artificiel, afin de comparer à ce que faisait la mère en suites de couches et de savoir comment cela se passe.



Nous pouvons observer en comparant les deux graphiques qu'il y a une nette diminution des femmes allaitantes, au profit de davantage d'allaitement mixte et d'allaitement artificiel. En effet, 15 mamans ont changé de mode d'alimentation au cours de ces dernières semaines, diminuant voire arrêtant l'allaitement maternel.

Souvent, les femmes expliquent qu'elles ont tendance à passer à l'allaitement mixte car l'allaitement exclusif leur prenait trop de temps, et engendrait de la fatigue. Inclure des biberons d'allaitement artificiel permet également au papa de participer, et à la femme d'avoir plus de temps pour elle. 8 mères ont complètement arrêté l'allaitement maternel car celui-ci était très complexe, avec des douleurs liées aux crevasses, à des lymphangites ou un abcès, ainsi qu'une fatigue importante.

Nous avons également souhaité savoir comment se passe l'alimentation, et si l'enfant mange bien.

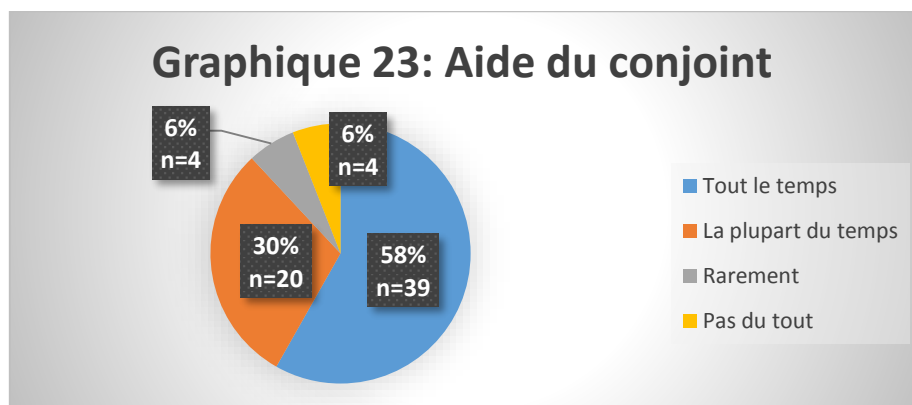


90% des nourrissons mangent facilement, que ce soit au sein ou au biberon. Une femme décrit une alimentation vraiment difficile, avec un nouveau-né qui a du mal à téter provoquant une montée de lait longue, ainsi elle est passée au lait artificiel.

Les femmes qui décrivent une alimentation parfois complexe parlent souvent de problèmes digestifs chez l'enfant. En effet, on note que les nouveau-nés ont fréquemment des régurgitations, des coliques, ou une constipation liée au lait artificiel. Pour celles qui ont effectué un sevrage, le passage du sein au biberon s'est souvent effectué sans difficulté.

## 5.4. L'aide du conjoint

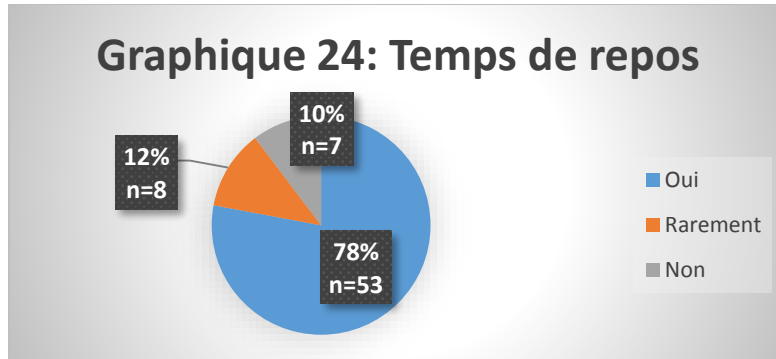
Nous avons ensuite questionné la patiente sur la présence de son conjoint, le soutien et l'aide qu'il peut lui fournir.



58% des nouveaux pères aident tout le temps car sont en congé paternité, ou sont assez disponibles dans leur profession (travaille à domicile, temps partiel...). 30% aident la plupart du temps, dès qu'ils le peuvent, soit le soir après le travail et les week-ends. Les conjoints aident le plus souvent en donnant les baignoires, le biberon du soir, où en s'occupant des enfants plus grands s'il y en a. 4 patientes nous confient que leur conjoint les aide rarement, soit parce qu'il est trop occupé par son travail (« il travaille dur », « il n'est pas là de la semaine pour son travail »), soit parce qu'il faut le « forcer ». 4 femmes ne sont pas aidées du tout car célibataires ou séparées du papa.

## 5.5. Sommeil et appétit

Pour connaître le vécu de la maternité de la patiente, il nous a semblé indispensable de la questionner sur les symptômes somatiques tels que son sommeil et son appétit.

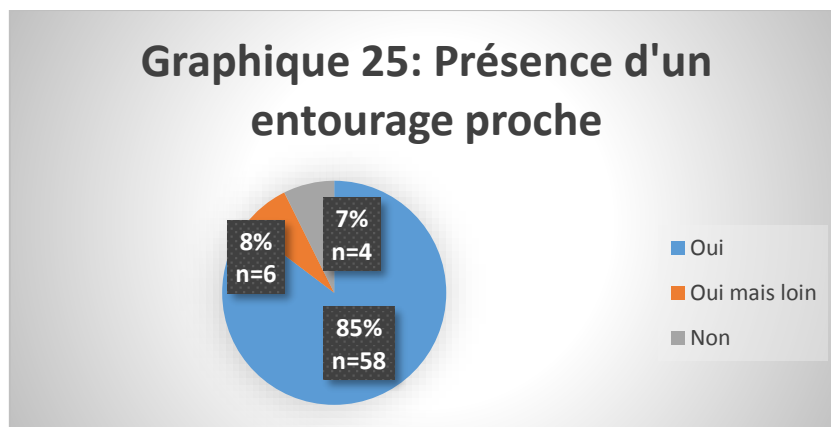


On observe ainsi que 10% des patientes interrogées lors de cet appel ne prennent pas de temps de repos la journée, et que 12% se reposent rarement. De plus, 9 femmes (13%) décrivent des problèmes de sommeil, comme des difficultés d'endormissement, un sommeil léger avec des réveils multiples ou des insomnies.

Nous souhaitons évaluer également leur appétit. Ainsi, 15 patientes décrivent ne pas bien manger (22%). Mais plus qu'une véritable anorexie avec perte d'appétit, les femmes décrivent plutôt le fait de ne pas prendre le temps de bien manger, surtout si le repas tombe au moment d'un biberon ou d'une tété, et d'avoir une alimentation moins bien équilibrée qu'avant.

## 5.6. La sphère amicale et familiale

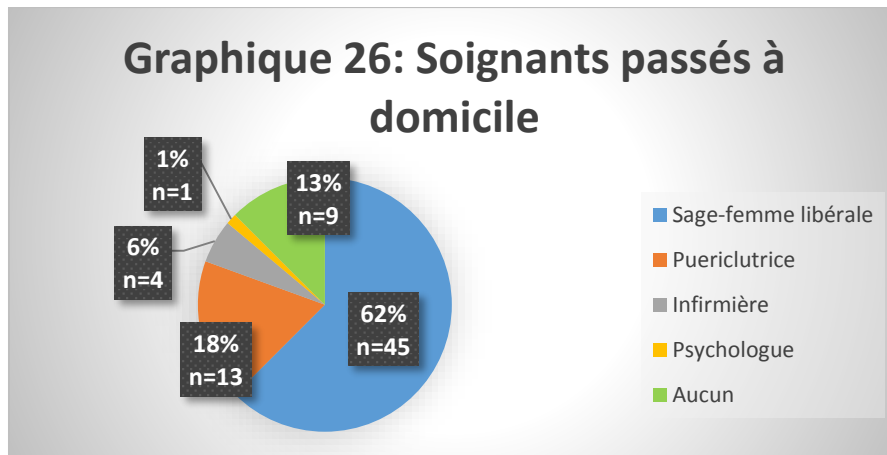
Nous avons ensuite interrogé à nouveau la patiente sur son entourage amical et familial, afin de savoir si la femme n'est pas isolée, si elle a des proches à qui se confier en cas de besoin, à qui demander de l'aide.



On observe que 15% des femmes interrogées sont isolées, soit par l'absence de proches (7%), soit parce que ceux-ci sont loin (8%).

## 5.7. Soutien par des soignants à domicile

Nous avons souhaité savoir si un ou des professionnels de santé sont passés au domicile de la patiente après son retour de la maternité.



On observe que dans la grande majorité des cas, les femmes sont vues à domicile par une sage-femme libérale ou par une puéricultrice de PMI. Seulement 13% des femmes interrogées n'ont vu personne chez elles.

## 5.8. Difficultés rencontrées au cours de ces dernières semaines

Afin de savoir plus précisément comment s'est déroulé ce premier mois du post-partum, nous avons questionné les patientes sur les possibles difficultés auxquelles celles-ci ont dû faire face. 9 patientes n'ont rencontré aucune difficulté particulière (13%).

28 patientes nous parlent de fatigue importante au début qui a été difficile à gérer, voire d'épuisement, avec une remise en forme physique plus longue que celle attendue. De plus, on remarque très vite que les mères s'attendent à un bébé calme et dormant la plupart du temps. En réalité, elles se retrouvent face à un nourrisson qui n'a pas encore de rythme de sommeil, qui dort peu la journée ou se réveille la nuit, et qui demande un contact comme être dans les bras, ce qui les surprend. Les mères parlent également fréquemment de problèmes digestifs de leur enfant comme des régurgitations, une constipation ou des coliques, provoquant beaucoup de pleurs, surtout le soir, face auxquels elles sont parfois démunies. 7 femmes, surtout des multipares, décrivent des difficultés d'organisation avec les enfants plus grands. 10

patientes confient avoir vécu un allaitement maternel complexe, avec dans deux cas des lymphangites et dans un cas un abcès du sein nécessitant une chirurgie. 2 femmes rajoutent s'être senties « emprisonnées » par l'allaitement maternel, avoir sentie une véritable pression qui a pesé sur leur moral. 3 nouvelles mères décrivent avoir vécu un Baby Blues important pendant un peu plus d'une semaine, mais allant mieux le jour de l'appel. 5 femmes nous avouent avoir eu des inquiétudes, le plus souvent expliquées par une hospitalisation du nouveau-né (thrombopénie auto-immune, détresse respiratoire, ictère avec perte de poids, vomissements abondants).

## 5.9. Score des patientes à l'EPDS

L'auto-questionnaire était à nouveau rempli par la patiente, cette fois-ci par le biais du téléphone. Les questions étaient successivement posées, et les différentes réponses rappelées. Le score était calculé en direct.

Sur les 68 femmes interrogées, 5 révélaient avoir un score supérieur ou égal à 11/30, montrant ainsi une DPN en cours. Cela correspondait le plus souvent avec des plaintes somatiques décrites par la patiente. Cependant, seules 3 de ces patientes faisaient partie du groupe à risque en suites de couches.

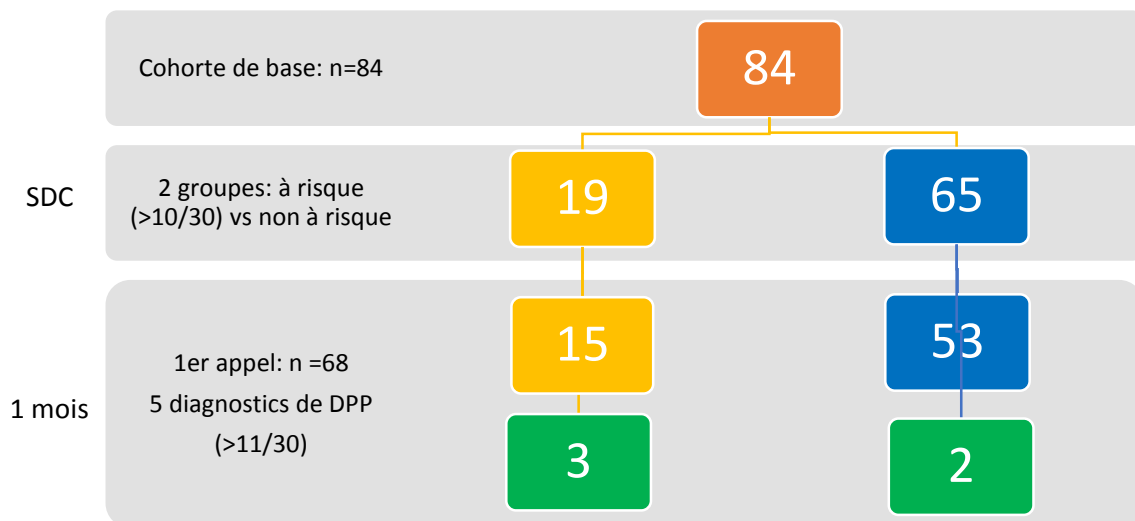


Figure 27 : récapitulatif de l'étude à 1 mois du post-partum

D'un point de vue éthique, il était impensable de laisser ces femmes en difficulté sans prise en charge. Mais il n'est pas du ressort d'une étudiante sage-femme de réaliser un suivi psychologique. Ainsi, il avait été convenu précédemment de leur donner les coordonnées du centre médico-psychologique (CMP) de leur secteur. Ces centres ont pour mission d'accueillir gratuitement toutes les personnes en souffrance psychique. Ils sont constitués d'une équipe multidisciplinaire : pédiatres, psychiatres,

psychologues, assistantes sociales... Ils travaillent souvent en étroite collaboration avec la famille, les services hospitaliers et les établissements scolaires si besoin. Ils organisent des actions de prévention, de diagnostic, mais aussi des soins ambulatoires et des interventions à domicile si besoin.

## 5.10. Description des 5 cas

### 5.10.1. *Mme W*

Mme W a entre 25 et 29 ans, sans emploi. Elle vit en couple avec son conjoint, très présent. A noter que ses amis sont loin. Elle a déjà un premier enfant. Cette grossesse était attendue depuis peu, et s'est très bien déroulé. L'accouchement a eu lieu à terme, rapidement par voie basse, sous anesthésie péridurale, sans aucune complication particulière. Elle allaitait, en SDC les soins se passaient très bien et les relations avec sa petite fille étaient décrits comme agréables. A noter cependant qu'elle confiait redouter le retour à la maison, et qu'elle pensait avoir besoin de l'aide d'une puéricultrice. De plus, son score à l'EPDS lors du passage en post-partum immédiat était de 15/30.

Actuellement lors de l'appel à 1 mois, elle décrit un allaitement maternel qui a été très compliqué, un nourrisson qui tète difficilement, engendrant une montée de lait très longue qui l'a fait arrêter et passer à l'allaitement artificiel. Cela a provoqué une culpabilité nette que l'on peut ressentir par téléphone. Elle nous dit qu'elle n'a pas de proches à qui se confier ou demander de l'aide, car « ils travaillent tous et elle ne veut pas les déranger ». Elle se sent actuellement très fatiguée, et doit faire face à un bébé qui pleure beaucoup dû aux coliques, chose qu'elle n'a pas connu pour son premier enfant. Son conjoint est disponible et l'aide aussi souvent que possible. Une sage-femme libérale est passée à domicile suite à son retour de la maternité.

Ce jour, son score à l'EPDS est de 14/30. Après une longue discussion avec la patiente, nous lui donnons les coordonnées du CMP de son secteur « Les Ages Premiers », et lui remémorons que nous la rappellerons dans environ 2 mois pour faire à nouveau le point.

### 5.10.2. *Mme S*

Mme S a entre 25 et 29 ans, et a une profession intermédiaire. Elle vit en couple avec son conjoint, qui est très présent. Elle a de la famille et des amis proches, mais ne voit presque plus sa mère. Il s'agit d'une primipare, qui n'a jamais eu de grossesse avant celle-ci qui était attendue depuis peu, et qui s'est très bien déroulé. L'accouchement a eu lieu à terme, par voie basse, sous anesthésie péridurale, un accouchement normal.

Elle donne le biberon. En SDC, les soins se passaient très bien, mais les relations avec son bébé étaient moyennement agréables. Le score à l'EPDS était de 7/30. A priori il s'agissait donc d'une femme non à risque.

Lors de l'appel à 1 mois, la patiente décrit un moral fluctuant, avec des crises d'angoisses, qui sont d'après elle en lien avec son histoire personnelle (aucun facteur de risque n'est référencé, et la patiente ne souhaite pas en dire davantage). Son enfant va très bien, est un « bébé facile » qui mange bien et fait déjà ses nuits. Mme S décrit une fatigue qui est parfois difficile à gérer, et une alimentation compliquée. Une sage-femme est passée à domicile ainsi qu'une psychologue au cours de ce dernier mois.

Ce jour, elle a un score de 16/30 à l'EPDS, et décrit même penser (rarement) à se faire du mal. Nous souhaitons alors lui donner les coordonnées du CMP proche de chez elle, qu'elle refuse. Mme S nous dit être déjà prise en charge par sa psychiatre, qui la suivait avant la grossesse et la connaît bien. Elle nous confie que ses crises d'angoisses sont en cours d'amélioration. Nous lui remémorons malgré tout de notre rappel dans 2 mois, et de ne pas hésiter à appeler avant si besoin.

### 5.10.3. *Mme B*

Mme B a entre 18 et 24 ans, et est sans emploi. Elle vit avec son conjoint, très présent, qui a une profession intellectuelle supérieure. Ses amis sont loin car elle a déménagé récemment. Il y a dans sa famille un antécédent d'accouchement difficile qui l'a touché. Il s'agit de sa toute première grossesse, attendue depuis peu. A noter que la patiente a mal vécu sa grossesse : elle a eu du mal à accepter les changements corporels (prise de poids, vergetures...), a eu honte d'être enceinte, et a eu peur de ne pas aimer son futur bébé. L'accouchement voie basse s'est déroulé à terme, sous anesthésie péridurale, avec une aide lors de l'expulsion par ventouse. Elle donne le biberon. En SDC, les soins étaient décrits comme compliqués, avec des relations moyennement agréables. Le retour à domicile était redouté, et Mme B pensait avoir besoin de l'aide d'une puéricultrice et d'une psychologue. Une psychologue passera la voir dans le service avant sa sortie. Son résultat à l'EPDS en post-partum immédiat était de 22/30.

Lors de l'appel à un mois, la patiente nous dit aller « entre bien et mal ». Son nourrisson va bien, mais a de gros problèmes digestifs provoquant des « hurlements de douleur », ainsi les relations sont décrites moyennement agréables par moment. Elle a failli essayer l'allaitement maternel, pensant que cela résoudrait les choses. Il est compliqué pour elle de se reposer et de manger, elle parle d'un réel épuisement. De plus, elle nous confie le fait que ses amis et sa famille soient loin, sont occupés, ainsi elle se sent seule. Malgré tout, son conjoint est en congé paternité depuis quelques jours et l'aide beaucoup, Mme B va depuis un peu mieux. Elle a aussi un soutien par la puéricultrice de PMI qui passe à domicile, et voit une psychologue. Son score à l'EPDS est de 11/30.

Nous sommes restées un moment au téléphone avec Mme B qui semblait avoir beaucoup de choses à confier, et une colère à exprimer. En effet, elle nous décrit s'être sentie « jugée comme hystérique » lors de son séjour en suites de couches, et qu'elle « n'a pas eu son mot à dire ». Elle nous dit n'avoir vu la psychologue que deux heures avant sa sortie. De plus, elle nous confie avoir contacté son médecin traitant, qui d'après elle, n'a pas entendu ses difficultés. Nous lui donnons les coordonnées du CMP de Blain s'occupant de son secteur, lui remémorons notre rappel dans 2 mois, et nous lui disons de ne pas hésiter à nous recontacter avant si besoin.

#### 5.10.4. *Mme D*

Mme D a entre 30 et 35 ans, elle est employée, et mariée. Son mari, ouvrier, est présent. Il s'agit de son troisième enfant. Elle a déjà accouché deux fois, et a fait une fausse-couche. La grossesse était attendue depuis longtemps, elle a été spontanée, et a été bien vécue. L'accouchement voie basse, très rapide, s'est déroulé à terme, sous anesthésie péridurale, sans aucune complication. Le séjour en SDC s'est bien déroulé, Mme D donnait le biberon, et les soins se passaient bien. Son score à l'EPDS était de 6/30, ainsi elle se trouvait dans le groupe non à risque.

Ce jour, Mme D nous dit aller très bien ainsi que son bébé. Son conjoint l'aide quand il le peut, en donnant le biberon du soir par exemple. Une sage-femme est passée au domicile depuis la sortie de la maternité. Cependant, Mme D nous décrit des difficultés d'organisation avec ses deux plus grands enfants, elle n'arrive pas à prendre de temps pour se reposer. De plus, son nouveau-né dort peu, et pleure beaucoup certains jours sans qu'elle en comprenne la cause, ainsi cela est parfois difficile.

A l'EPDS, son score est de 11/30 le jour de l'appel. Ainsi, nous lui donnons les coordonnées du CMP « Le Champ Libre », et lui reparlons de notre rappel dans 2 mois.

#### 5.10.5. *Mme N*

Mme N a plus de 35 ans, et est sans emploi. Elle vit avec son conjoint en concubinage, celui-ci est très présent, et est ouvrier. Elle est loin de sa famille, et les relations avec sa mère sont complexes.

Mme N a déjà un enfant, et a autrefois réalisé une IVG. La grossesse était attendue depuis peu, mais a été mal vécue dû à « beaucoup de soucis familiaux ». L'accouchement s'est déroulé normalement après un déclenchement, à terme. A noter qu'en SDC, Mme N se sentait dépassée face aux soins, et redoutait le retour à la maison, en souhaitant de l'aide par une psychologue. Lors de notre passage, son score à l'EPDS était de 15/30.

Lors de l'appel à un mois, Mme N nous dit aller très bien mais être extrêmement fatiguée. L'allaitement a vite été arrêté au bout d'une semaine. Le lait artificiel a récemment été changé pour diminuer les coliques de son bébé, mais a engendré une constipation. Son conjoint l'aide très peu car il « travaille tard ». Mme N ne prend pas de temps pour se reposer malgré sa fatigue, ni de temps pour bien manger. Elle se sent assez seule : en effet, ses amis et sa famille sont toujours loin. Elle peut parfois compter sur sa belle-sœur. Une sage-femme est passée une fois à domicile.

Ce jour, son résultat à l'EPDS est de 14/30. Ainsi, les coordonnées du CMP « Les Pibales » au Pellerin sont données.

## **6. Troisième partie de l'étude**

Il s'agit de la troisième et dernière partie de l'étude. Nous souhaitions au départ rappeler les patientes entre la dixième et la douzième semaine du post-partum, mais des contraintes organisationnelles nous ont fait ne rappeler qu'aux alentours de la seizième semaine, soit à la fin du quatrième mois du post-partum. Nous avons décidé au préalable de rappeler toutes les patientes de l'étude (les 84 choisies en suites de couches), et non pas seulement celles que nous avons réussi à avoir au téléphone lors du premier mois post-accouchement.

Le questionnaire utilisé était quasiment le même que celui du dernier appel téléphonique, permettant ainsi des points de comparaison, surtout pour les patientes qui avaient eu des difficultés. Nous étions évidemment davantage attentives avec les cinq patientes qui étaient dépressives lors du dernier appel. Cependant, cet appel avait été effectué juste avant le pic de fréquence de survenue de la DPN (qui se trouve entre la quatrième et la sixième semaine du post-partum). Ainsi, les patientes allant bien lors du dernier appel méritaient tout autant notre attention, car pouvaient avoir développé une dépression depuis. Nous avons donc rappelé chaque patiente individuellement, en leur faisant à nouveau remplir le questionnaire auquel nous avons fait quelques modifications (visible en annexe 4), ainsi que l'EPDS habituel. Sur les 84 patientes de l'étude, seules 54 ont répondu à notre appel (soit 64%).

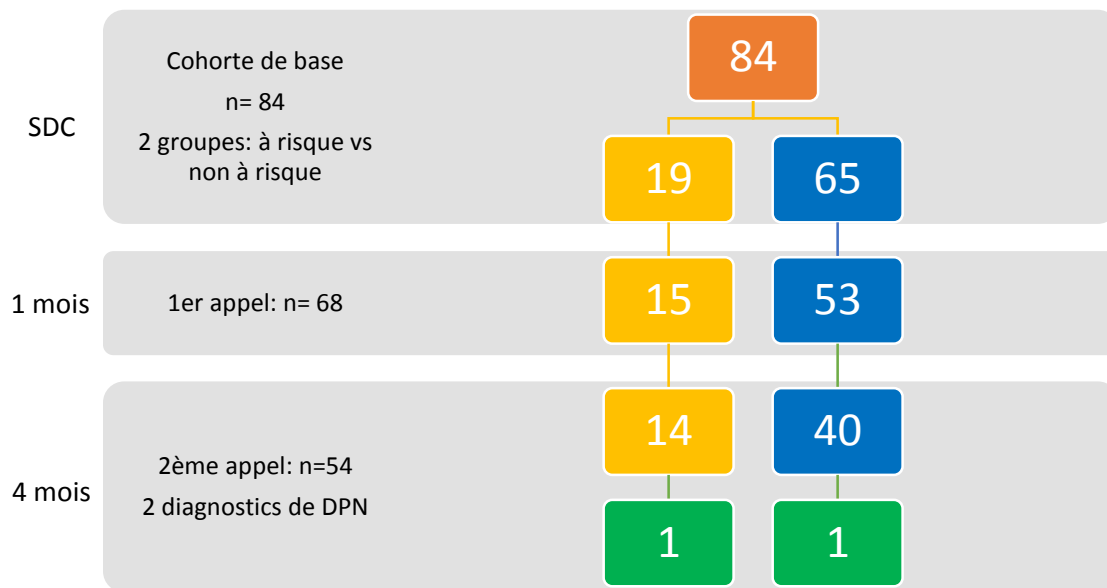


Figure 28 : récapitulatif de l'étude à 4 mois

Au final, seules 9 patientes n'ont jamais pu être questionnées au téléphone. Cela s'observe sur la figure suivante :

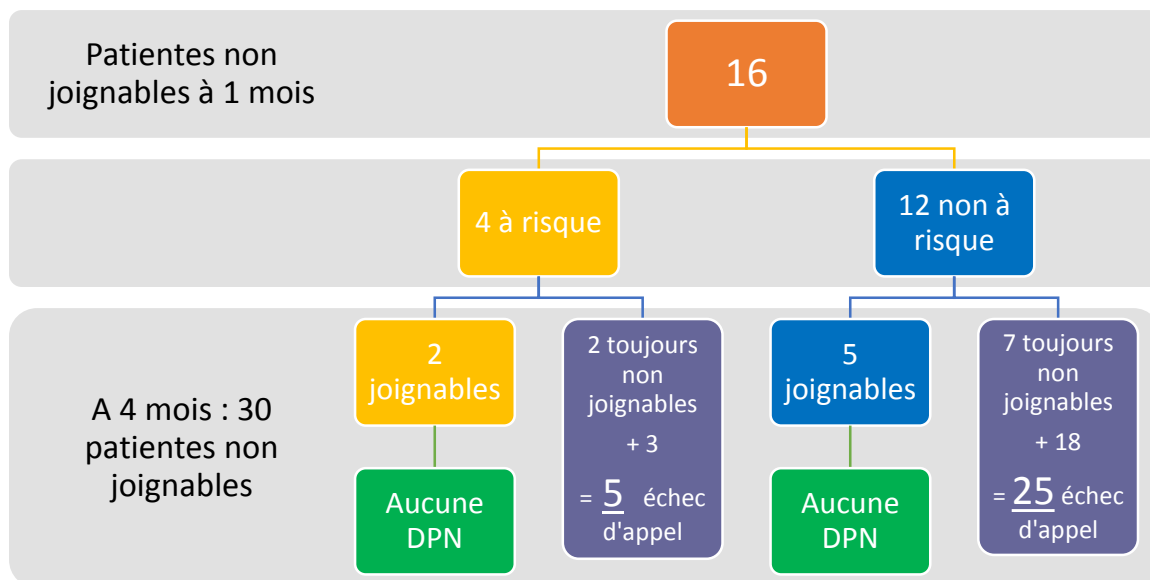
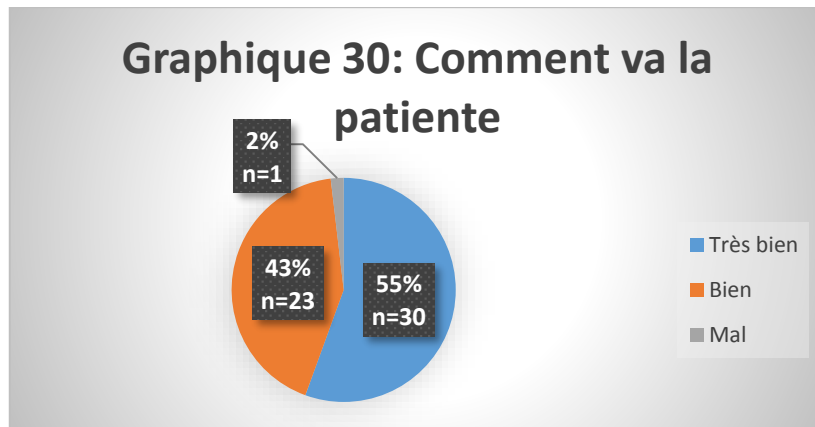


Figure 29 : les perdues de vue

En totalité à 4 mois, 30 patientes n'ont pas répondu à notre appel. 5 faisaient parties du groupe à risque de DPN.

## 6.1. Comment se sent la patiente aujourd'hui



Seule une patiente nous décrit aller mal. Il ne s'agit pas d'une des cinq femmes déprimées dont les cas ont été décrits précédemment.

Nous avons également réitéré notre question pour le nourrisson. Encore une fois, aucune patiente sur les 54 nous décrit un mauvais vécu de son enfant. Ils vont tous très bien (70%, n=38) ou bien (30%, n=16).

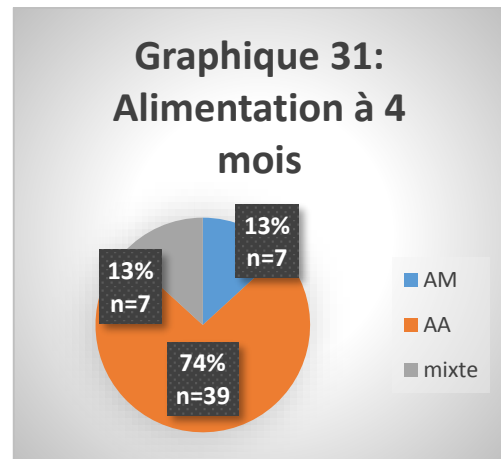
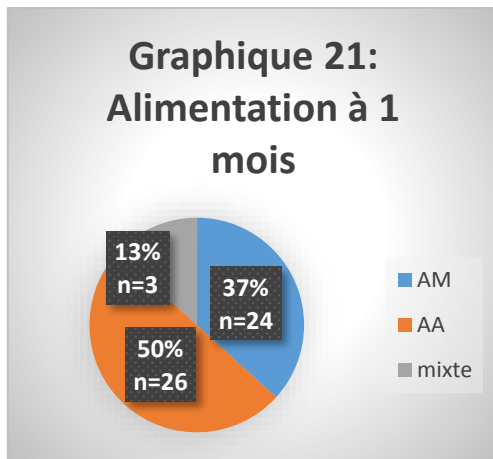
## 6.2. Les relations avec l'enfant

Nous avons à nouveau réévalué le lien mère-enfant, en demandant comment se passent les relations, les soins au quotidien. De nouveau, l'immense majorité des femmes (94%, n=51) nous décrit des relations très agréables avec leur nourrisson.

3 femmes nous confient que les relations sont « moyennement agréables », alors qu'à 1 mois elles ne nous parlaient pas de problème de ce genre. Elles ne nous donnent pas plus de précision, si ce n'est que cela dépend des jours, peut être parfois compliqué, avec des périodes de pleurs la journée.

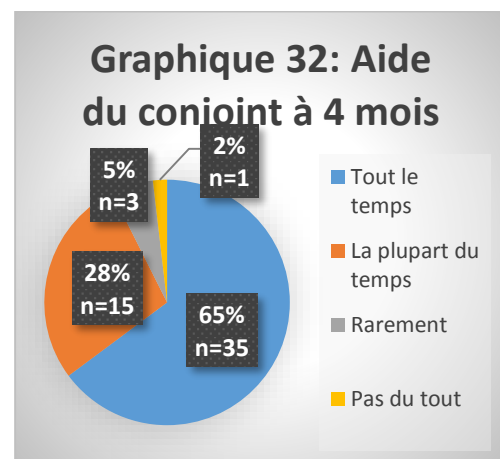
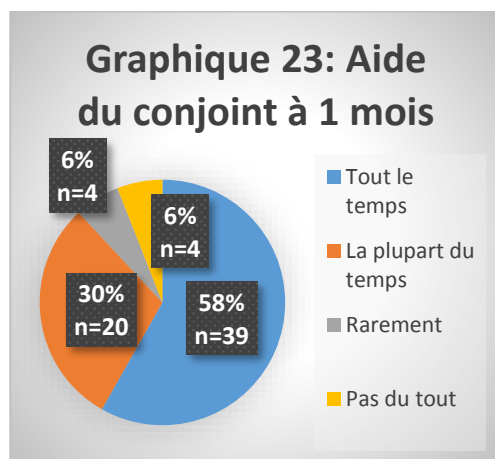
## 6.3. L'alimentation

A nouveau, nous avons questionné sur le type d'alimentation, afin de pouvoir comparer avec la dernière fois.



On observe qu'au cours de ces quatre derniers mois, la proportion de femmes allaitantes à encore largement diminué, passant de 53% en suites de couches, à 37% à 1 mois, puis à 13% à 4 mois.

#### 6.4. L'aide du conjoint

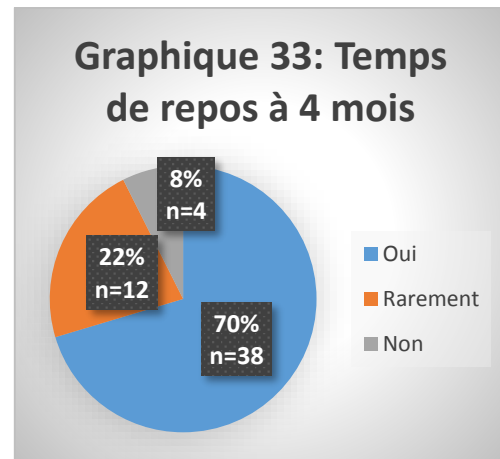
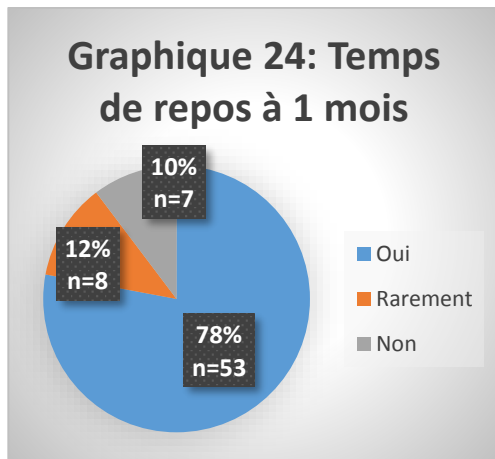


On observe que depuis le dernier appel, les conjoints semblent aider davantage.

#### 6.5. Sommeil et appétit

Les plaintes somatiques ont à nouveau été interrogées, permettant plus de précision par rapport à l'EPDS.

Nous avons redemandé aux patientes si elles prennent du temps pour se reposer. En effet à 4 mois du post-partum elles peuvent avoir repris le travail, et leur enfant peut à ce stade commencer à trouver son rythme de sommeil et faire ses nuits.



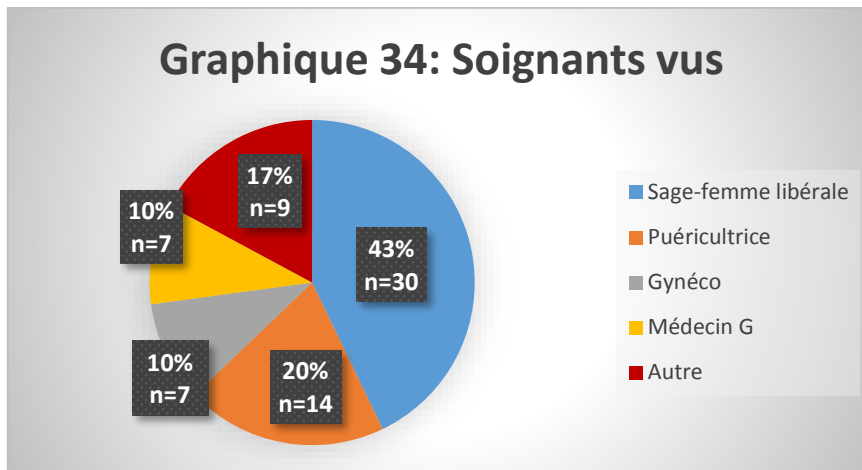
Les femmes semblent moins se reposer. De plus, 4 patientes sur les 54 interrogées par téléphone nous décrivent toujours des problèmes de sommeil, avec des insomnies ou un sommeil léger engendrant des réveils multiples.

## 6.6. La sphère amicale et familiale

En suivant la logique du questionnaire, nous avons ensuite réinterrogé les femmes sur la présence de proches pouvant les aider ou pouvant être une oreille attentive et un réconfort en cas de difficulté. 2 patientes nous confient alors ne pas avoir d'amis ou de familles proches à qui se confier. La première était déjà dans cette situation lors du dernier appel, mais nous observons que ce n'était pas le cas pour la deuxième femme, qui à 1 mois nous décrivait avoir un entourage amical mais éloigné suite à un déménagement.

## 6.7. Les professionnels de santé

Nous avons observé lors de l'appel à 1 mois que les visites à domicile étaient très répandues chez les femmes suite au départ de la maternité. Ceci n'est plus le cas par la suite, le système PRADO s'arrêtant à la fin du premier mois du post-partum. Les femmes continuent de voir des professionnels de santé diverses, mais cette fois-ci se déplacent pour cela.



Nous notons une plus grande disparité de soignants. Dans les soignants « autres » se trouvent : kinésithérapeute, orthopédiste, phlébologue, radiologue, magnétiseur, et ostéopathe.

## 6.8. Les difficultés rencontrées au cours de ces dernières semaines

On observe qu'à cette distance de l'accouchement, une fatigue reste encore assez présente chez les femmes. De plus, certaines ont repris le travail, ce qui peut se ressentir sur leur moral. Ainsi 6 patientes décrivent une reprise du travail complexe, engendrant un « coup de mou », une tristesse de moins voir ses enfants, voire une culpabilité suite à l'arrêt de l'allaitement maternel ou de le confier à une nourrice.

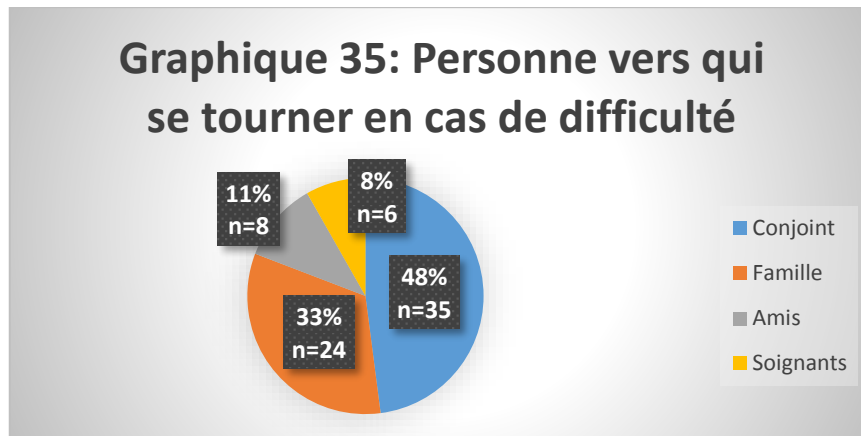
5 patientes ressentent parfois des inquiétudes, lorsque l'enfant pleure beaucoup par exemple. Une femme décrit avoir « peur qu'il lui arrive quelque chose à elle ou à son conjoint », car dans ce cas-là qui s'occupera de son enfant ?

On remarque également la survenue d'éléments non prévus :

- Deux bébés ont été hospitalisés pour fièvre inexpiquée
- Un nourrisson a été suivi pour luxation congénitale des hanches
- Un bébé a eu une omphalite
- Une mère a eu une rupture d'un follicule ovarien, ainsi que des migraines avec des tremblements l'empêchant de s'occuper de son nouveau-né

On peut observer lors de cette période beaucoup moins de problèmes digestifs chez les nourrissons.

## 6.9. Les principaux soutiens



Les femmes citaient le plus souvent leur conjoint, étant déjà un soutien élémentaire et naturel au quotidien. Puis elles nous disaient se tourner souvent vers leur famille, principalement leurs parents, grands-parents, leurs sœurs et leur belle-mère. Elles nous confiaient aussi demander de l'aide à leurs amis, majoritairement des amies proches, ayant elles-mêmes des enfants, ou des collègues de travail. Enfin, 6 patientes décrivaient se tourner aussi en cas de besoin vers un soignant, citant un psychiatre, un pédiatre, un médecin traitant, une puéricultrice de PMI ou une sage-femme libérale. 2 femmes nous ont confié ne pas avoir du tout de soutien, ou ne « pas vouloir embêter les gens avec ses problèmes ».

## 6.10. Score des patientes à l'EPDS

Nous avons ensuite terminé l'appel téléphonique en faisant remplir aux patientes l'EPDS pour la dernière fois. Ainsi, nous nous sommes retrouvées avec deux patientes ayant un score supérieur ou égal à 11/30, montrant ainsi une DPN. Le score moyen à ce terme était de 2,8/30.

Lors du dernier appel à 1 mois, 5 patientes avaient été diagnostiquées dépressives, nous leurs avons alors donné les coordonnées du CMP s'occupant de leur secteur. Nous remarquons qu'aucune d'entre elles n'a appelé le CMP proposé. Cependant, sur les 5, 4 femmes vont ce jour mieux, ne montrant plus les symptômes décrits et ayant un score à l'EPDS inférieur à 11. Nous les avons alors plus amplement questionnées sur la résolution de leur souffrance psychique :

- Mme W a été aidée par sa famille, et l'arrêt de l'allaitement lui a permis de se reposer. Cependant, elle décrit toujours une fatigue importante et quelques baisses de moral

- Mme S a été aidée par son psychiatre, qui l'a mis sous antidépresseurs devant des idées noires contre elle-même. Elle décrit également que c'est véritablement la reprise d'une vie sociale qui l'a aidée (avec la reprise du travail)
- Mme B va bien mieux, et ce grâce à l'aide d'un pédiatre. En effet, il a été découvert chez sa fille une allergie aux protéines de lait de vache, expliquant les « hurlements de douleur » précédemment décrits. Elle nous confie que tout est rentré dans l'ordre depuis que sa fille va mieux
- Mme D va bien mieux ce jour, et a été énormément aidée par une puéricultrice de PMI

Cependant la cinquième patiente Mme N a toujours un score supérieur à 11/30 ce jour.

De plus, une autre femme décrit lors de cet appel les symptômes d'une dépression post-natale. Elle ne faisait pas partie du groupe à risque, avait été appelé à 1 mois et ne décrivait à ce moment aucune difficulté particulière.

Cet appel est le dernier de notre étude. Cependant pour une raison éthique, il nous est impensable de laisser ces patientes n'allant toujours pas bien sans aucune prise en charge particulière. Les réflexions ont été longues, nous demandant ce qui était alors le mieux pour les femmes. Nous observons que le CMP n'a jamais été appelé, donc cet outil n'est pas suffisant. Il a ainsi été choisi de leur demander les coordonnées de leur médecin traitant afin de les informer, même si cela nous semblait intrusif, n'ayant pas d'autre soignant disponible. En cas de refus, un dernier rappel téléphonique ultérieur était réalisé pour s'assurer soit de la résolution de la DPN, soit d'un suivi par un professionnel de santé.

## 6.11. Description des 2 cas

### 6.11.1. *Mme N*

(Le cas de Mme N a déjà été décrit au point 5.10.5 précédent). La dépression post-natale de cette patiente a été découverte lors du premier appel à 1 mois du post-partum.

Ce jour lors du deuxième appel à 4 mois, la patiente nous confie « ne se sentir toujours pas très bien ». Elle n'a pas appelé le centre médico-psychologique « Les PIBALES » car a perdu les coordonnées que nous lui avons données à 1 mois. Elle revient juste de vacances, se sent plus détendue, ce qui améliore son sommeil. Cependant depuis son retour, elle ne prend pas de temps pour se reposer. De plus, elle se sent toujours assez seule, car n'a pas de proches à qui se confier, malgré la présence de la belle-famille qui est une « petite aide ». Elle reste toujours très fatiguée, a du mal à s'organiser avec son enfant plus grand, et son nourrisson continu d'avoir des difficultés digestives avec beaucoup de coliques et de régurgitations.

Son score à l'EPDS est de 12/30. La patiente nous confie que son médecin traitant est au courant, et qu'il lui donne de l'homéopathie ce qui nous interroge. Elle refuse de nous donner les coordonnées de celui-ci pour que nous l'appelions. Ainsi nous l'informons de notre rappel dans un mois ou deux. De plus, nous lui redonnons le numéro de téléphone du CMP de son secteur, en appuyant sur l'importance d'un suivi par un professionnel de santé afin de résoudre sa dépression déjà présente depuis plus de trois mois.

### 6.11.2. *Mme G*

Mme G a plus de 35 ans, est employé et en concubinage avec un conjoint très présent. Elle est entourée par des amis proches et sa famille.

Il s'agit d'une toute première grossesse, attendue depuis peu, très bien vécue. L'accouchement ne s'est pas passé comme prévu, avec une césarienne à dilatation complète sur un bébé en siège qui ne s'engageait pas, avec anomalies sévères du rythme cardiaque fœtal. Le nouveau-né s'est cependant bien adapté. Les SDC se sont très bien déroulées, avec des relations agréables et une mise en route de l'allaitement maternel facile. Le score à l'EPDS était de 0/30.

Lors de l'appel à 1 mois, Mme G allait très bien et sa petite fille aussi. Elle allaitait toujours, ce qui lui demandait du temps et de l'organisation, mais tout se passait bien. Son conjoint l'aidait tout le temps, mais son bébé pleurait beaucoup et dormait assez peu la nuit. Son score à l'EPDS était de 3/30.

L'appel à 4 mois est différent. La patiente nous décrit de grosses difficultés depuis la reprise du travail et l'arrêt de l'allaitement maternel en conséquence. Elle se sent « déçue » de ne pas réussir à continuer d'allaiter, a le sentiment de « devoir tourner une page », de « retourner à la vie normale », et de devoir quitter cette « bulle » de sécurité qu'elle avait créé avec sa fille après l'accouchement. Le sevrage en est par conséquent compliqué, avec une petite fille qui ne veut pas prendre le biberon. Son conjoint est lui content de ce changement, il « arrive plus à prendre une place car il y a moins de fusion maman-bébé sans l'allaitement maternel ». Pourtant il a du mal à comprendre que ce passage soit difficile pour Mme G.

La patiente a vu une sage-femme libérale pendant plusieurs semaines pour la rééducation du périnée. L'arrêt de ce suivi médical a également été mal vécu. Elle ne la voit plus donc ne lui parle pas de ses difficultés. Elle a vu son médecin traitant qui lui a donné une semaine d'arrêt maladie « pour souffler ». Mme G nous confie rapidement se sentir « isolée dans cette situation ». Son conjoint ne comprend pas, et trouve son entourage « facilement dans le jugement », lui disant qu'elle « aurait dû être forte ». Son score à l'EPDS est ce jour de 13/30.

Après explications, elle ne souhaite pas nous donner le numéro de téléphone de son médecin traitant, celui-ci étant « déjà au courant du passage difficile ». Ainsi, nous lui donnons les coordonnées du CMP « L'île à Hélices » s'occupant de son secteur, et l'informons de notre rappel dans un à deux mois.

## 6.12. Rappel des 2 patientes

Nous avons ultérieurement convenu avec les 2 dernières patientes de les rappeler (hors étude) pour s'assurer de leur état, de leur prise en charge.

Le dernier appel était mi-Septembre 2015, et le rappel suivant fut le 27 Octobre 2015, soit environ un mois et demi plus tard.

Ce jour, Mme N nous confit aller un peu mieux, même si ce n'est « pas encore tout à fait ça ». Elle n'a pas appelé le CMP. Cependant, son médecin traitant est au courant de ses difficultés, et l'a mis sous antidépresseurs depuis une semaine. Elle se sent aidée par les traitements. Malgré tout, elle est encore isolée, sans amis proches à qui se confier. Elle dit également devoir faire face à de l'asthme chez son nourrisson. A l'EPDS, Mme N à ce jour un score de 4/30, montrant donc une nette amélioration par rapport à la dernière fois (12/30).

Mme G va elle beaucoup mieux, elle nous dit avoir « remonté la pente », que « le temps à fait son œuvre ». Elle n'a pas appelé le CMP car ne voulait pas voir quelqu'un qu'elle ne connaissait pas. Elle voulait en parler à sa sage-femme mais n'a pas osé, se demandant si « elle était compétente pour ça ». Elle est donc allée voir un médecin acuponcteur qu'elle connaît bien, avec qui elle a beaucoup parlé en plus des séances. Elle a également osé se confier à son entourage amical, à sa mère et sa sœur, ce qui lui a permis de se sentir moins isolée. De plus, elle a compris récemment ne pas être seule dans cette situation, voyant sa voisine qui a récemment accouché avoir également des difficultés. Son score à l'EPDS est ce jour de 4/30.

## 7. Analyse des résultats

Nous avons au total diagnostiqué 6 dépressions du post-partum, sur une cohorte initiale de 84, soit 7% des femmes. Ce chiffre est inférieur aux 12,8% décrit par O'Hara et Swain dans la méta-analyse de 1996.

Le tableau suivant permet de récapituler les différents scores à l'EPDS de ces 6 cas tout au long de l'étude :

Score à l'EPDS	Mme W	Mme S	Mme D	Mme B	Mme N	Mme G
En SDC	15/30	7/30	22/30	6/30	15/30	0/30
A 1 mois	14/30	16/30	11/30	11/30	14/30	3/30
A 4 mois	8/30	2/30	0/30	2/30	12/30	13/30

Tableau 3 : scores à l'EPDS des 6 patientes au cours de l'étude

Pour rappel, les valeurs seuils que nous avons définies étaient basées sur les travaux de Chabrol et al réalisés en 2003 :

- La limite de 10/30 avait été choisie en SDC pour dépister les femmes à risque de développer une DPN (cases jaunes sur le tableau)
- La limite de 11/30 lors des deux appels suivant à 1 mois et 4 mois du post-partum avait été sélectionnée, permettant le diagnostic des femmes ayant développé une DPN (cases grises sur le tableau)

On observe ainsi que parmi ces 6 patientes, seules 3 avaient rétrospectivement un score prédictif d'une DPN soit supérieur à 10/30 en suites de couches. Les 3 autres femmes avaient un score inférieur à cette valeur décidée.

Si l'on reprend les données différemment, nous pouvons également observer que sur les 19 patientes ayant eu un score supérieur à 10/30 en SDC, seules 3 (16%) ont réellement développé une DPN.

Ces résultats permettent de calculer la sensibilité et la spécificité du test d'Edimbourg dans le dépistage des femmes à risque :

Résultat à l'EPDS en SDC	Patientes dépressives	Patientes non dépressives	Totaux
<b>&gt;=10/30</b>	3	16	19
<b>&lt;10/30</b>	3	62	65
<b>Totaux</b>	6	78	84

Tableau 4 : efficacité de l'EPDS dans le dépistage de la DPN

Ainsi, on a :

- Sensibilité = 50%
- Spécificité = 76%

Si on récapitule l'ensemble de l'étude dans un tableau, on obtient :

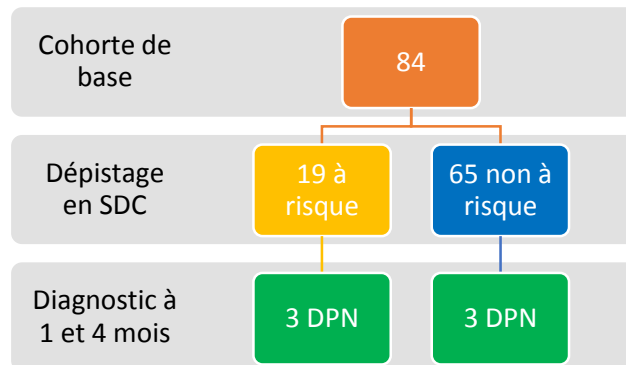


Figure 36 : récapitulatif de l'ensemble de l'étude

## 8. Les limites et biais de l'étude

### 8.1. Les limites

Notre étude possède certaines limites. Tout d'abord, nous pouvons observer un effectif très limité, avec une cohorte de départ de 84 patientes uniquement. En effet, étant seule dans la sélection des patientes, une échelle plus importante aurait engendré trop de difficultés et une dispersion des rappels dans le temps. De plus nous avons été confrontés à 32% de refus ou d'exclusion des femmes lors de notre passage en maternité.

L'autre limite majeure de notre étude est liée à sa méthodologie. Afin de suivre les femmes lors des premiers mois du post-partum, nous avons conclu de les appeler un mois puis quatre mois plus tard. Mais nous nous sommes vite aperçues du taux élevé de non-réponse au téléphone des parturientes (19% à 1 mois, 36% à 4 mois), ces dernières étant certainement fort occupées par leur nouveau-né et tout ce qui l'entoure. De plus le taux de non-réponse a été presque deux fois plus élevé à 4 mois du post-partum, pouvant être expliqué par la reprise du travail des femmes.

### 8.2. Les biais

- Le biais de sélection :

Nous pouvons nous demander si notre échantillon est représentatif de la population accouchant au CHU de Nantes. Des biais existent du fait de notre méthode de sélection. En allant voir les jeunes accouchées directement dans leur chambre en

SDC, nous avons pu sélectionner sans le vouloir les femmes allant globalement bien, ayant moins de facteurs de vulnérabilité. En effet les parturientes refusant de participer à notre étude étaient souvent soit mineures, isolées (étrangères venant d'arriver en France récemment), ayant des antécédents familiaux compliqués, des antécédents psychiatriques, ou dont le nouveau-né était atteint d'une pathologie. Cela explique probablement notre prévalence faible de 7% de femmes ayant développé une DPN. Une randomisation aurait limité ce biais, mais était impossible à notre échelle.

- Le biais de non-réponse :

Nous avons décrit précédemment le pourcentage de non-réponse des femmes lors de nos appels téléphoniques ultérieurs. En prenant l'ensemble des appels, nous remarquons qu'au final 9 femmes n'ont jamais pu être contactées, notées alors en « perdues de vue », dont 2 étaient dans le groupe à risque. Nous pouvons alors nous demander si parmi celles ne répondant pas, certaines étaient en difficulté voir en DPN, engendrant alors une sous-estimation de notre prévalence.

- Le biais de mesure :

Face à notre effectif très limité de 6 patientes dépistées, nous ne pouvons réaliser des pourcentages montrant des facteurs de risque, les biais de mesure étant beaucoup trop importants. Cela engendrerait une surestimation de certains facteurs.

- Le biais de confusion :

Nous avons observé précédemment que sur les 19 patientes dépistées comme à risque en SDC, seules 3 ont réellement développé une dépression du post-partum. Ainsi nous pouvons nous demander si le Baby Blues présent chez certaines patientes au moment de notre passage n'a pas été un facteur de confusion majeur. En effet, celui-ci se développe chez près de 80% des patientes entre le 2<sup>ème</sup> jour et le 10<sup>ème</sup> jour du post-partum, mais est considéré comme physiologique, à la différence de la dépression post-natale. Il nous semble que notre étude montre que le questionnaire d'Edimbourg ne permet pas de faire la différence entre une jeune mère ayant un Baby Blues en cours et celle ayant un risque de développer une dépression post-natale future.

## 9. Discussion

### 9.1. Efficience de l'EPDS

Notre étude nous a donc montré que le questionnaire d'Edimbourg n'est pas efficient dans le dépistage en SDC des femmes à risque de développer une DPN. En effet, la sensibilité (50%) et la spécificité (76%) sont trop faibles pour généraliser sa distribution dans le service. Les faux positifs sont nombreux et engendreraient le suivi rapproché de femmes n'en ayant pas réellement besoin. A l'inverse, des femmes à risque ne seraient pas repérées.

### 9.2. Les facteurs de risque

Nous avons également remarqué que le dépistage n'est pas aussi simple, car la DPN touche des femmes d'horizons très différents. Nos 6 patientes diagnostiquées ont chacune leurs spécificités, leurs histoires, et leurs facteurs de vulnérabilités.

De plus, quand nous regardons rétrospectivement l'anamnèse de chacune, nous remarquons que :

- Les 4 classes d'âge différentes sont représentées (une a entre 18 et 24 ans, deux entre 25 et 29 ans, une entre 30 et 35 ans et deux ont plus de 35 ans). La DPN semble donc toucher tous les âges
- Les couples ont des situations socio-professionnelles multiples
- Les 6 femmes sont en couples ou mariées, les conjoints sont tous présents et aidants
- Elles ont toutes des amis et de la famille proche
- Aucune n'a de fait marquant personnel ou familial référencé
- Sur les 6, 3 sont primipares. Ces dernières ont toutes les 3 réalisé des cours de PNP
- La grossesse était toujours attendue et spontanée
- Aucune n'a eu de complications obstétricales ou pédiatriques. 5 ont accouché par voie basse et une a été césarisée en urgence à cause d'anomalies sévères du rythme cardiaque fœtal, mais son bébé s'est bien adapté par la suite

Ainsi nous pouvons observer que les résultats remettent en question les représentations que nous pouvons avoir : en effet les 6 cas retrouvés de DPN dans notre étude ne sont pas des primipares isolées, en situation socio-professionnelle défavorisée, avec des antécédents compliqués, ou ayant vécu un accouchement traumatique comme nous pouvons le penser. Certains facteurs de risque connu ne ressortent pas ici.

Cependant nous nous sommes demandés si des facteurs de risque existaient malgré tout, et s'ils pouvaient suffire seuls dans le dépistage. Le tableau suivant permet de répertorier les facteurs de risque des 6 parturientes :

Facteurs de risque	Avant la grossesse	Pendant la grossesse	Après l'accouchement
<b>Mme W</b>	Isolement : sans emploi, amis loins		Retour à la maison redouté, AM complexe
<b>Mme S</b>	Absence de lien avec sa mère		
<b>Mme B</b>	Isolement : sans emploi, amis loins ATCD d'accouchement difficile dans la famille	Grossesse mal vécue, honte d'être enceinte, peur de ne pas aimer son BB	En SDC : pas de plaisir dans les soins, compliqué, retour à la maison redouté
<b>Mme D</b>			
<b>Mme N</b>	Sans emploi, loin de sa famille, relation complexe avec sa mère	Grossesse mal vécue, soucis familiaux	En SDC : dépassée dans les soins, retour à la maison redouté
<b>Mme G</b>			

Tableau 5 : Les facteurs de risque

Nous remarquons alors très vite qu'ils sont insuffisants, car 2 patientes sur les 6 n'avaient aucun facteur de risque à notre connaissance (Mme D et Mme G).

### 9.2.1. Les carences affectives : les relations avec la mère

Nous pouvons nous questionner sur l'absence de lien maternel de Mme S : la coupure avec la figure maternelle est un facteur de risque démontré, mais sa présence peut-elle engendrer seule la survenue d'une DPN ? Quand nous reprenons notre population de base, 15 patientes décrivaient des relations complexes avec leur mère, ou l'absence totale de communication. Or seules 2 d'entre elles ont développé une dépression. Le défaut de figure maternel semble être un facteur de vulnérabilité, mais n'est pas le seul responsable de l'apparition d'une DPN.

### 9.2.2. Le manque de confiance en soi

Nous notons également que 3 femmes redoutaient le retour à domicile lors du séjour en suites de couches, et n'étaient pas confortables dans les soins prodigués au nouveau-né. Cela peut montrer une baisse de confiance en soi, facteur de risque référencé.

En SDC, 10 femmes décrivaient cette peur de retourner chez elles, et 7 d'entre elles faisaient partie du groupe à risque (EPDS >10/30). Parmi ces 7 patientes, 3 ont développé par la suite une dépression post-natale.

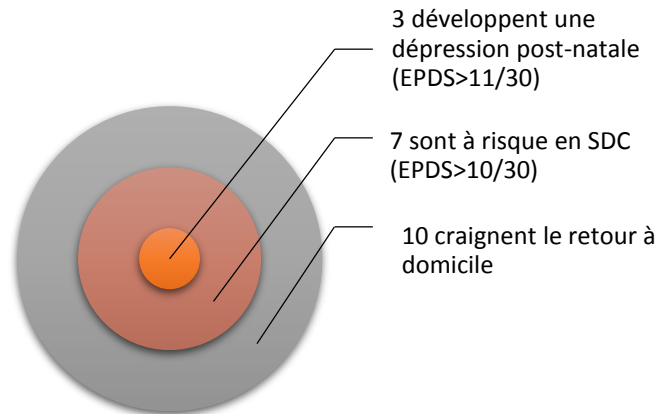


Figure 37 : le manque de confiance en soi, un facteur majeur

Ainsi cette question nous paraît véritablement importante à poser en suites de couches avant le départ des patientes, car il semblerait que cette peur de ne plus avoir l'aide quotidien des soignants, cette baisse de confiance en soi dans les soins jouent un rôle important dans l'arrivée de la DPN. En effet, la maternité engendre une responsabilité majeure, celle de maintenir l'enfant en vie, et peut être difficile à vivre chez les femmes n'ayant déjà pas confiance en elles.

Ces patientes ont donc besoin de davantage de soutien, d'être entourées par des professionnels de santé, et d'être reconnues comme faisant de leur mieux. Winnicott parlait ainsi de « mère suffisamment bonne » et non de mère parfaite, car une mère répondant trop aux besoins de son enfant ne lui ferait pas ressentir le manque, qui permet la constitution d'un moi différencié. [38] Il faut ainsi rappeler à ces femmes que l'objectif n'est pas d'être une mère parfaite.

### 9.2.3. L'isolement

Cette même moitié était également isolée socialement. En effet on observe que Mme W, Mme B et Mme N étaient au chômage (facteur d'isolement), et que leurs amis ou leur famille se trouvaient loin. Le manque de soutien est un facteur de risque important de DPN, confirmé ici. En post-partum, les femmes ont besoin d'une certaine

reconnaissance de leurs capacités, ce qui est permis par l'entourage. Les femmes isolées restent ainsi confrontées aux difficultés, sans recul extérieur, ce qui est bien plus difficile. De plus nous notons que pour Mme S, c'est véritablement la reprise du travail et d'une vie sociale en post-partum qui lui a permis d'aller mieux.

#### 9.2.4. Le mauvais vécu de la grossesse

Le cas de Mme B peut être discuté plus précisément. En effet, nous avons pu remarquer dans notre étude qu'elle a très mal vécue sa grossesse, nous disant avoir eu « honte d'être enceinte », ne supportant pas les modifications corporelles, et ayant peur de ne pas aimer son bébé. Nous pouvons alors nous demander si la patiente n'avait pas débuté sa dépression en pré-partum, expliquant alors son résultat très élevé à l'EPDS en suites de couches (22/30). De plus, Mme N nous a décrit également avoir mal vécu sa grossesse. Cela confirme les résultats de l'étude de T. Cristescu et al. réalisée en 2015 montrant que certaines femmes sont déprimées dès la grossesse mais ne sont pas diagnostiquées. [23]

#### 9.2.5. L'hypersensibilité des jeunes accouchées

Nous avons pu observer lors des discussions téléphoniques avec les parturientes l'hypersensibilité accentuée en post-partum immédiat, qui peut engendrer un mauvais vécu du séjour en suites de couches. En effet, Mme B nous a confié s'être sentie jugée, ne pas avoir été comprise dans ses difficultés. Le vécu de chacun étant subjectif, nous pouvons nous demander si les soignants ont été véritablement comme l'a décrit Mme B. D'autres patientes ont décrit avoir sentie une « pression » par rapport à l'allaitement maternel, ce qui a pesé sur leur moral. Ainsi les parturientes semblent extrêmement sensibles après leur accouchement, ce qui doit être pris en compte par les soignants, car une phrase peut vite être mal interprétée et accentuer la vulnérabilité psychique d'une femme.

### 9.3. Le suivi en post-partum

#### 9.3.1. L'absence de personne ressource

Mais outre la question du dépistage, pour l'institut national de santé public du Québec [39], le plus important est l'orientation des femmes vers des professionnels formés afin qu'elles aient des traitements adéquats. Un effort concerté des professionnels de santé de première ligne comme les sages-femmes, des psychologues, des psychiatres, et des médecins traitants aura un effet bénéfique sur la santé des femmes davantage qu'un simple dépistage de la pathologie.

Or nous avons pu observer que les femmes sont dans un état de vulnérabilité total, en souffrance, et se retrouvent isolées. Le système PRADO avec le suivi à domicile

s'arrête à la fin du premier mois, donc avant le pic de prévalence d'apparition de la DPN. Nous avons remarqué au cours de notre étude qu'elles se retrouvent ainsi dans l'obligation de trouver elles-mêmes des personnes ressources : la famille, un psychiatre, un pédiatre, une puéricultrice de PMI, un médecin généraliste, un médecin acupuncteur... Les femmes n'ont aucun outil pour faire face à cette difficulté dont elles ont rarement entendu parler, et font alors de leur mieux pour en sortir.

Pourtant, dès que quelqu'un est à leur écoute et pose les bonnes questions, nous avons remarqué que les femmes osent exprimer leur souffrance. Une simple discussion téléphonique pouvait être bénéfique, et soulager leur culpabilité. Nous pouvons ainsi nous questionner sur la visite post-natale, et si les femmes parlent de leurs difficultés à ce moment-là. Mais les soignants s'intéressent-ils au versant psychologique lors de cette consultation ?

### 9.3.2. Les CMP : un outil inadéquat

Nous avons très vite vu que les centres médico-psychologiques n'étaient pas utilisés de manière adéquate dans l'étude, car aucune des 6 patientes dépressives ne les a appelées. Mais pour quelles raisons les femmes n'ont-elles pas appelé ces centres pouvant leur proposer un suivi adapté ? Mme G nous disait ne pas vouloir parler à quelqu'un qu'elle ne connaissait pas. En effet, il faut déjà une grande capacité d'introspection pour qu'une nouvelle mère remarque et surtout accepte le fait qu'elle n'aille pas bien. Dans un moment de vulnérabilité tel, il est déjà difficile pour elle d'en parler à ceux qu'elle connaît. Mais il est peut-être plus confortable pour elle d'en parler avec une personne de confiance, sachant ses capacités d'écoute et ses réactions. Aller voir quelqu'un d'inconnu, c'est prendre le risque de dévoiler ses faiblesses, de ne pas être entendu comme elle le souhaite, ou d'être jugée.

Mais ce sont ces organisations médico-psychologiques que les femmes découvraient pour la première fois lors de notre proposition. Les 6 parturientes n'en avaient jamais entendu parler avant. Il est probablement plus difficile de faire confiance en cette proposition, totalement étrangère, et donnée par une étudiante, d'autant plus pendant une période de vulnérabilité.

### 9.3.3. L'importance du soutien

L'étude met en évidence que le soutien des accouchées est primordial. Il est extrêmement bénéfique que les soignants les suivant en post-partum les entourent, créent une « enveloppe » bienveillante autour d'elles. L'Afrée (association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement) décrit ainsi la nécessité de créer des liens lorsque les parents sont vulnérables. [40] Si un lien soignant-soigné avait été mis en place, nos appels au préalable des CMP auraient peut-être permis une meilleure efficacité de l'outil. En effet, il aurait été plus facile pour les femmes

d'appeler une organisation qui les connaissent, soit déjà au courant de leurs difficultés. D'où l'importance primordiale des transmissions entre différents professionnels de santé. Notre place d'enquêtrice et non de soignante, seule et à distance par téléphone, a parfois été complexe face à ces femmes souffrantes.

## 9.4. Le défaut d'information

Nous remarquons que les informations données aux femmes sur ce sujet semblent manquer. En effet, il s'agit d'un sujet encore tabou dans notre société, la femme se devant d'aller bien après la naissance de son enfant. Le thème n'est également pas très gai, donc difficile à aborder lorsque la femme va bien. Les accouchées se sentent alors anormales, culpabilisent, ce qui ne fait que renforcer l'isolement et la souffrance vécue.

Mais l'information nous paraît nécessaire quand nous voyons la fréquence élevée de parturientes concernées. Si notre prévalence de 7%, déjà largement sous-estimée, est étendue au nombre d'accouchements ayant lieu chaque année au CHU de Nantes (4024 naissances en 2014), cela concerne alors environ **280 femmes par an** sortant de la maternité, et développant une dépression post-natale ultérieurement. Nous nous sommes alors demandés quelles ressources avaient véritablement une femme dans ce cas-là.

### 9.4.1. Le carnet de santé

Lorsque nous lisons le carnet de santé distribué à toutes les femmes, nous observons qu'il est fait allusion à la DPN page 21 en ces termes : « *Si vous êtes fatiguée, épuisée, si vous vous sentez triste, anxieuse, si vous êtes souvent de mauvaise humeur, si vous avez le sentiment d'être débordée, de ne pas comprendre les demandes de votre bébé : sachez demander de l'aide et n'hésitez pas à en parler avec votre médecin, avec un psychologue ou avec un spécialiste de la petite enfance.* » Ces informations ne mettent en aucun cas un nom sur ces « difficultés », la dépression du post-partum n'étant pas explicitement nommée, et laissent libre choix à la patiente de s'en sortir par ses propres moyens. De plus, nous notons que la sage-femme n'apparaît pas comme personne ressource. Or les sages-femmes restent les premières interlocutrices des femmes en post-partum, et peuvent être alors les premières à diagnostiquer une DPN.

### 9.4.2. Les plaquettes d'informations données en SDC

Nous avons recherché dans les diverses feuilles d'informations que l'on peut donner aux femmes à la maternité du CHU de Nantes. Ainsi dans le livret d'information « Conseils de sortie pour la maman » distribué en suites de couches, nous trouvons

un autre type d'information : « *Il est possible que vous traversiez une période de baby blues (pleurs inexplicables, troubles de l'humeur, sentiment d'incapacité à s'occuper de son bébé, grande lassitude...) qui n'est, en général, que transitoire. Au-delà de 15 jours, confiez-vous à votre sage-femme ou à votre médecin, cela pourrait traduire un état de dépression.* »

Nous observons que le terme de « dépression post-natale » n'est encore une fois pas clairement énoncé. Une confusion peut alors être faite chez les patientes avec la dépression classique, encore plus difficile à entendre chez une jeune mère pour qui « tout est censé aller bien ».

De plus, ces informations nous paraissent insuffisantes, ne mettant pas assez d'importance sur la déculpabilisation des mères, et leur orientation. Une information plus détaillée sur les difficultés qui peuvent survenir après le retour à la maison nous semble primordial, ainsi que sur leur normalité. En effet nous avons pu remarquer dans notre étude que 87% (n=59) des mères appelées au premier mois du post-partum avaient rencontré des difficultés au cours des dernières semaines, et n'y étaient pas préparées.

La découverte de la maternité peut alors sembler vite complexe chez une femme souffrant de manque de confiance en soi, de carences affectives, isolée, et faisant face à des difficultés qu'elle n'avait pas imaginées (allaitement maternel complexe, coliques de son nourrisson, grande fatigue...).

## **10. Axe d'amélioration : élaboration d'un fascicule informatif**

Nous avons donc pu observer le défaut d'information sur ce sujet parfois délicat à aborder. Les sages-femmes sont les premières interlocutrices des femmes. Elles les voient à différents moments de leur grossesse et du post-partum : quelle période serait alors la plus appropriée pour donner les informations nécessaires ?

En anténatal, les préoccupations des femmes sont dirigées vers la grossesse et l'accouchement. De plus, nous pensons inadapté et inopportun d'aborder à ce moment la DPP afin de préserver la sérénité des patientes. Evidemment, la DPP n'est pas à aborder non plus en périnatal.

Pour autant, l'information doit être délivrée avant le début des difficultés, pour que la femme puisse s'y préparer et savoir que ce qu'elle vit est normal, limitant sa culpabilisation et son isolement. Ainsi, il ne faut pas attendre le retour à domicile pour en discuter avec la patiente, le faire pendant le PRADO nous semble être un peu tardif, d'autant plus que les femmes ne bénéficient pas toutes de ce dispositif.

Il reviendrait idéalement aux sages-femmes hospitalières d'informer sur la DPN, qui pourra être diagnostiquée par les sages-femmes libérales par la suite. Il semble donc essentiel que ces dernières connaissent bien les symptômes, car ce sont les soignants de première ligne permettant un dépistage précoce.

Ainsi il nous semble clair que le moment le plus approprié est en maternité, pendant le séjour en suites de couches. Or les sages-femmes ont de nombreuses informations à fournir pendant un séjour de plus en plus bref. Malgré tout, notre étude montre l'importance d'aborder ce sujet, touchant de nombreuses femmes, d'horizons différents. Le dépistage n'étant pas simple, la véritable méthode de prévention semble être une information claire et précise distribuées à l'ensemble des parturientes, afin qu'elles aient les outils à leur disposition.

Cependant, les femmes reçoivent une quantité importante d'informations les concernant elles (visite post-natale, rééducation du périnée...) ou leur enfant (mort subite du nourrisson, vaccination...). Ces renseignements multiples sont entendus par des femmes souvent soucieuses de bien faire, mais ne sont pas nécessairement toutes assimilées. C'est pourquoi souvent l'information orale est doublée d'une information écrite (ce que l'on peut observer pour l'allaitement maternel, les méthodes de couchage de l'enfant, etc...). De la même façon, l'information orale en SDC sur la dépression post-natale doit s'accompagner d'un document écrit dont la femme va disposer quand elle en aura besoin. Notre étude a donc conduit à la création d'un fascicule (présent en annexe 5), qui pourrait, une fois validé, être distribué en suites de couches.

## **CONCLUSION**

Notre étude a montré que l'auto-questionnaire d'Edimbourg semble ne pas être un outil efficace dans le dépistage des femmes à risque de dépression post-natale au CHU de Nantes. De plus, les accouchées ne peuvent pas être cataloguées selon des facteurs de risque, l'apparition de la DPN faisant suite à la combinaison de facteurs différents selon l'histoire et la vulnérabilité de chacune. Ainsi, chez nos 6 patientes diagnostiquées, la dépression faisait suite à des causes multiples (difficultés d'organisation avec 3 enfants, arrêt de l'allaitement maternel, gros problèmes digestifs de l'enfant...). Néanmoins, nous avons pu mettre en évidence que l'isolement et le manque de confiance en soi dans les soins sont à prendre en compte, car touchent la moitié des femmes dépressives de l'étude.

Nous avons également montré que les informations données aux femmes sur ce sujet sont insuffisantes. Elles connaissent pour la plupart le Baby Blues, mais pas la DPN. Ainsi, elles ne comprennent pas ce qui leur arrive, se sentent seules dans cette situation sensible, et culpabilisent de ne pas aller bien. Elles n'ont pas les outils pour faire face à cette souffrance, et doivent trouver elles-mêmes l'interlocuteur qui les aidera. Or nous avons mis en relief qu'une écoute attentive leur permettait de s'exprimer. Les femmes ont parfois exprimé leur gratitude, conséquence de notre intérêt porté sur leur vulnérabilité comme étant quelque chose d'humain et non une défaillance. Un simple appel téléphonique semblait permettre quelques fois de sortir la femme de sa solitude, de se sentir entendue et comprise dans ses difficultés.

Touchant plus de 12% des parturientes, la dépression post-natale n'est pas une pathologie anodine, et doit être prise en charge, afin d'éviter sa chronicité et les conséquences sur la mère, l'enfant, et l'entourage. Il semble étonnant que ce sujet reste à l'heure actuelle aussi tabou, alors que d'autres thèmes délicats sont abordés comme la mort subite du nourrisson. Or il est nécessaire d'accompagner les femmes aussi bien lors de leur accouchement physique que psychique.

Le dépistage de cette pathologie n'étant pas possible, nous pouvons en conclure qu'il faut ainsi développer davantage la prévention, et cela en informant toutes les patientes afin qu'elles retournent chez elles avec les clés en main. La mise en place d'un réseau multidisciplinaire entourant les femmes vulnérables est également un point essentiel (sage-femme, médecin, puéricultrice, psychologue...). Un lien doit se créer entre les parturientes et les professionnels de santé les suivant en post-partum, afin qu'elles osent se confier et demander de l'aide en cas de difficulté. Sans ce lien, les femmes ne font pas les démarches, ce que l'on a pu observer avec les centres médico-psychologiques.

Mais cette souffrance psychologique ne concerne pas seulement la période de la périnatalité. En France, la dépression est la maladie mentale la plus fréquente. En effet, l'ICM (Institut du Cerveau et de la Moelle épinière) estime qu'elle touche 5 à 15% de la population. Nous pouvons alors nous demander si l'écoute attentive de la

souffrance, l'information et le dépistage précoce ne permettrais pas dans ce cas également de soulager la détresse humaine, et ainsi d'améliorer l'état de santé de la population. De plus, des recherches sont en cours afin d'identifier les biomarqueurs impliqués dans la dépression, et ainsi de proposer des traitements plus personnalisés, fondés sur les besoins biologiques des patients.

## **Bibliographie :**

[1] Stern D, Bruschiweiler-Stern N. La naissance d'une mère. Paris : Odile Jacob, 1998 ; 232 : 8-15 ; 30-32 : 150 ; 180-185.

[2] Sublet A. T'as le blues, baby ? 1<sup>ère</sup> édition. Paris : Flammarion, 2013 ; 271.

[3] Bydlowski M. La transparence psychique de la grossesse. In Golse B, De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire, une voie vers l'objectalisation. *Carnet psy* n°63, 1991 ; 30-33.

[4] Giampino S. A ta mère plus que de l'amour tu demanderas. Spirale : volume 39, 2006 ; 220 : 23.

[5] Fernandes C. Baby Blues et dépression post-natale : évaluation des connaissances des femmes, quelle information ont-elles reçue ? Mémoire : Diplôme d'Etat de sage-femme. Ecole de Sages-femmes de Clermont-Ferrand ; 2012, 64.

[6] Godfroid I-O, Charlot A. La psychiatrie du post-partum. Revue médicale de Bruxelles, vol 17 ; 1996, 22-26.

[7] Denis A, Callahan S. Etat de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature. Journal de thérapie comportementale et cognitive, vol 19 (4) ; 2009 : 116-119.

[8] Syndrome de stress post-traumatique en maternité. Spirale I/ 2008 (n°45) : 199-201.

Disponible à l'URL : [www.cairn.info/revue-spirale-2008-1-page-199.htm](http://www.cairn.info/revue-spirale-2008-1-page-199.htm)

[9] De Valors M-H. De la globalité de la naissance : le versant psychique de l'accouchement. Dossier de l'obstétrique édition Elpéa n° Oct 2000 [consulté le 11 Juillet 2015]

Disponible à l'URL : <http://www.nposagesfemmes.org/presentation-des-travaux-de-mh-de-valors.html>

[10] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum, 2010-2011, mis à jour le 1<sup>er</sup> Mars 2011 [consulté le 24 Août 2015].

Disponible à l'URL : <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item19/site/html/1.html>

[11] Maman Blues (2010). Tremblements de mères, la face cachée de la maternité. Paris : Editions l'Instant Présent, 2010 ; 475 : 370-380, 395-408.

- [12] Gavin N, Gaynes B, Lohr K et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol.* 2005. 106: 1071-1083.
- [13] Khalifa D, Glavin K, Bjertness E et al. Postnatal depression among Sudanese women: prevalence and validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 3 months postpartum. *Int J Women Health.* 2015.
- [14] O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry.* 1996. 8 :37-54.
- [15] Braha C. Prévention de la dépression post-natale, dépister en consultations prénatales : entretiens auprès des sages-femmes et des obstétriciens. Mémoire : diplôme d'Etat sage-femme. Ecole de sages-femmes de Baudelocque. 2011.
- [16] Cristescu T, Behrman S, Jones SV et al. Be vigilant for perinatal mental health problems. *Practitioner.* 2015. 259 (1780) 19-23.
- [17] Chabrol H, Teissedre F. Dépistage, prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude contrôlée chez 859 sujets. *L'encéphale.* 2002. 28(1) : 63-8
- [18] Appleby L, Fox L, Shaw M et al. The psychiatrist in the obstetric unit : establishing a liaison service. *Br J Psychiatry.* 1988. 154 : 510-5.
- [19] Milgrom J. Dépistage et traitement de la dépression postnatale. *Devenir.* 2001. Vol 13 : 27-50
- [20] Meunier S. Le dépistage de la dépression du post-partum par l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), enquête auprès de 52 médecins généralistes Haut-Normands sur l'intérêt et l'utilisation pratique de cet outil. Thèse de doctorat : médecine. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen. 2012.
- [21] Masmoudi J, Trabelsi F et al. La dépression du post-partum. Service de psychiatrie, CHU Hédi Chaker. 2006. N° 11/12.
- [22] Murray L, Cooper PJ. Postpartum depression and child development. *Psychological Medicine.* 1997. 27 : 253-260.
- [23] Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression, evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J psychiatry.* 1995. 166 : 191-195.
- [24] Appleby L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ.* 1991. 302: 137-140.

- [25] Lewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry*. 1997. 58 (suppl 15): 26-32.
- [26] Boyce P. Personality dysfunction, marital problems and postnatal depression in perinatal psychiatry, use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. EDS. J Cox and J Holden, London, Gaskell. 1994. 82-102.
- [27] Areias MEG, Kumar R, Barros H et al. Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *BR J Psychiatry*. 1996. 169 : 36-41.
- [28] Atef E. L'étranger en moi (*Das Fremde in Mir*) [dvd]. Allemagne : Jour2Fête. 2010. 99 mn.
- [29] Conseil national de l'ordre des sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes, mis à jour en Janvier 2010 [consulté le 3 Août 2015]  
Disponible à l'URL : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
- [30] Racamier PC, Sens C, Cartier L. La mère et l'enfant dans les psychoses post-partum. *L'évolution psychiatrique*. 1961. 26 : 525-570.
- [31] Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles : préparation à la naissance et à la parentalité. Mis à jour en Novembre 2005 [consulté le 3 Août 2015]  
Disponible à l'URL : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation\\_naissance\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf)
- [32] J L Cox, J M Holden, R Sagovsky. Detection of Postnatal Depression: development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*. 1987. 150 (6), 782-786.
- [33] N Guedeney, J Fermanian. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *European Psychiatry*. 1998. 13 (2) ; 83-89.
- [34] Renaud J. Le dépistage de la dépression postnatale : revue qualitative des études de validation de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Devenir*. 2004. 16 ; 245-262.
- [35] Hannah P, Adams D, Lee A et al. Links between early post-partum mood and post-natal depression. *The British Journal of Psychiatry*. 1992. 160 (6) 777-780.
- [36] Denis C-L E, Janssen PA, Singer J (nov 2004). Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004. 110 (5) ; 338-346.
- [37] Chabrol H, Teissèdre F et al. Prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude contrôlée. *Devenir*. 2003. 15 ; 5-25

[38] Winnicot D W. La mère suffisamment bonne. Ed Payot. Paris 2006. 20-40.

[39] Comeau L, Chan A et al. Direction du développement des individus et des communautés. Synthèse des connaissances sur le dépistage de la dépression en première ligne chez l'adulte. Institut national de santé public du Québec. 2014.  
Disponible à l'URL : [www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)

[40] Association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement. CHU de Montpellier. Mis à jour en 2015 [consulté le 20 Octobre 2015]  
Disponible à l'URL : <http://www.afree.asso.fr>

## **Annexes :**

**Annexe 1 :** Echelle de dépression post-natale d'Edimbourg (EPDS)

**Annexe 2 :** questionnaire en suites de couches

**Annexe 3 :** questionnaire téléphonique à 1 mois

**Annexe 4 :** questionnaire téléphonique à 4 mois

**Annexe 5 :** fascicule créé pour le service de Suites de Couches

## **Echelle de dépression post-natale d'Edimbourg**

Pendant la semaine qui vient de s'écouler :

- 1- J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté
  - Oui, tout le temps
  - Oui, la plupart du temps
  - Non, pas très souvent
  - Non, pas du tout
  
- 2- Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir
  - Oui, tout le temps
  - Oui, la plupart du temps
  - Non, pas très souvent
  - Non, pas du tout
  
- 3- Je me suis reproché, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal
  - Oui, tout le temps
  - Oui, la plupart du temps
  - Non, pas très souvent
  - Non, pas du tout
  
- 4- Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif
  - Oui, tout le temps
  - Oui, la plupart du temps
  - Non, pas très souvent
  - Non, pas du tout
  
- 5- Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison
  - Oui, tout le temps
  - Oui, la plupart du temps
  - Non, pas très souvent
  - Non, pas du tout
  
- 6- J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements
  - Oui, tout le temps
  - Oui, la plupart du temps
  - Non, pas très souvent
  - Non, pas du tout

7- Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil

- Oui, tout le temps
- Oui, la plupart du temps
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

8- Je me suis sentie triste ou peu heureuse

- Oui, tout le temps
- Oui, la plupart du temps
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

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

- Oui, tout le temps
- Oui, la plupart du temps
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

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

- Oui, tout le temps
- Oui, la plupart du temps
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

Questionnaire en SDC

Madame,

Etudiante sage-femme en 4<sup>ème</sup> année, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la découverte de la maternité lors de la naissance de son enfant, et des difficultés que cela peut engendrer.

Pour cela, je souhaiterais que vous remplissiez ce questionnaire me permettant d'avoir d'avantage d'informations.

Je vous recontacterai par la suite

- Mon nom : Marie Servantie
- Mon numéro de téléphone :

Informations personnelles :

1- Votre nom : \_\_\_\_\_

2- Votre adresse :

\_\_\_\_\_

3- Votre numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

4- Votre âge :

- <18 ans
- 18 – 24 ans
- 25 -29 ans
- 30 – 35 ans
- > 35 ans

5- Votre profession :

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant et chef d'entreprise
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier
- Actuellement sans emploi

6- Votre statut marital :

- Célibataire
- Vie séparée du père du bébé
- Concubinage
- Mariage

7- Si vous avez un conjoint :

a. Sa profession :

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant et chef d'entreprise
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier
- Actuellement sans emploi

b. Est-il présent, vous soutient-il lors de difficultés ?

- Oui, beaucoup
- La plupart du temps
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

c. A-t-il reconnu l'enfant ? (reconnaissance anticipée ou à la naissance)

- Oui
- Non

8- Vos amis :

a. Avez-vous des amis proches à qui vous confier ?

- Oui
- Oui mais ils sont loin, je les vois peu souvent
- Non

b. Parmi eux, certains ont-ils des enfants ?

- Oui
- Non

9- Etes-vous proche de votre famille ?

- Oui
- Oui mais ils sont loin, je les vois peu souvent
- Non

10-Y a-t-il eu dans votre famille des faits marquants en rapport avec la grossesse ou l'accouchement ?

- Oui :
  - Fausse couche tardive, mort-in-utéro
  - Accouchement qui s'est mal passé
  - Enfant décédé à la naissance / dans la petite enfance
  - Décès d'une personne proche au cours de la grossesse
  - Séparation / divorce qui vous a marqué
  - Violence, maltraitance
  - Inceste
  - Autre :

---
- Non

11-Comment qualifier votre relation avec votre mère :

- Nous sommes très proches, fusionnelles
- Assez proches, nous nous voyons souvent
- Distantes, relation complexe
- Nous ne nous voyons presque plus
- Elle est décédée

12-Votre grossesse :

a. S'agit-il de votre première grossesse ?

- Oui
- Non :

Les précédentes grossesses étaient-elles :

- Fausse-couche
- Interruption Volontaire de Grossesse (avortement)
- Interruption Médicale de Grossesse
- Grossesse normale

b. Votre grossesse était –elle attendue ?

- Oui, depuis très longtemps
- Oui, depuis peu
- Non

c. A-t-elle été spontanée ?

- Oui
- Non : prise d'un traitement hormonal ou technique d'Aide Médicale à la Procréation (AMP)

d. Avez-vous été hospitalisée pendant votre grossesse ?

- Oui
  - Cause et durée de l'hospitalisation :
- Non

e. Comment avez-vous vécu votre grossesse ?

- Très bien
- Bien
- Mal
- Très mal

f. Pouvez-vous décrire plus précisément en quelques mots ?

---

---

---

g. Avez-vous été suivie pendant votre grossesse par :

- Votre médecin traitant
- Un gynécologue obstétricien
- Une sage-femme libérale
- Une sage-femme de PMI

h. Avez-vous fait de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) ?

- Oui
- Non, je ne connaissais pas
- Non, je ne souhaitais pas

i. Avez-vous rêvé de votre bébé pendant votre grossesse ?

- Oui
- Non

j. Si oui, à partir de quel mois ? \_\_\_\_\_

13-L'accouchement :

a. S'est-il passé comme vous l'aviez imaginé ?

- Oui
- A peu près
- Non pas du tout

- b. Comment l'avez-vous vécu ? (temps, douleur, disponibilité des soignants...)

---

---

---

---

---

14-Le séjour en suite de couches :

- a. Comment vous êtes-vous sentie en voyant votre enfant pour la première fois ?

---

- b. Type d'alimentation :

- Allaitement maternel
- Allaitement artificiel (biberon)

- c. Comment se passent les soins avec votre bébé ? (toilettes, bains, changes...)

- Très bien
- C'est compliqué mais je m'en sors
- Je suis dépassée

- d. Comment sont les relations avec votre bébé ?

- Agréables
- Moyennement agréables
- Difficiles

- e. Redoutez-vous le retour à la maison ?

- Oui
- Non

- f. Pensez-vous avoir besoin d'aide à la maison ?

- Oui, par :
  - Une puéricultrice de PMI
  - Une sage-femme de PMI
  - Une sage-femme libérale
  - Une psychologue
  - Une assistante sociale
  - Une aide à domicile
- Non

### Questionnaire à faire remplir à 1 mois par téléphone

1- Comment allez-vous depuis la dernière fois ?

- Très bien
- Bien
- Mal
- Très mal

2- Comment va votre bébé ?

- Très bien
- Bien
- Mal
- Très mal

3- Comment sont les relations avec votre bébé ?

- Agréables
- Moyennement agréables
- Difficiles

4- Type d'alimentation :

- Allaitement maternel
- Allaitement artificiel

5- Mange-t-il :

- Facilement
- Cela dépend des moments
- Difficilement

6- Votre conjoint vous aide-t-il ?

- Oui, tout le temps
- Oui, la plupart du temps
- Non, rarement
- Non, pas du tout

7- Prenez-vous du temps pour vous reposer ?

- Oui
- Rarement
- Non

8- Arrivez-vous à bien dormir ?

- Oui
- Non

9- Mangez-vous bien ?

- Oui
- Non

10-Avez-vous des proches a qui vous confier / demander de l'aide ?

- Oui
- Non

11-Des soignants vous ont-ils aidé à la maison ?

- Oui
  - Sage-femme libérale
  - Puéricultrice de PMI
  - Psychologue
  - Autre :
- Non

12-Quelles difficultés avez-vous rencontré au cours de ces dernières semaines ?

- Fatigue / épuisement
- Difficultés d'organisation
- Allaitement qui se passe mal
- Enfant qui pleure beaucoup
- Enfant qui dort très peu
- Inquiétudes
- Autres : \_\_\_\_\_

13-Est-ce que des informations plus précises sur les difficultés de la maternité et la dépression du post-partum au cours de la grossesse vous auraient :

- Aidé
- Effrayé

14-Est-ce que des réunions avec d'autres femmes découvrant la maternité en suite de couches vous auraient aidé ?

- Oui
- Non

Nom patiente : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

N° d'anonymat :

Résultat auto-questionnaire à 1 mois :

### **Questionnaire à 4 mois**

1- Comment allez-vous depuis la dernière fois ?

- Très bien
- Bien
- Mal
- Très mal

2- Comment va votre bébé ? (nom BB : \_\_\_\_\_)

- Très bien
- Bien
- Mal
- Très mal

3- Comment sont les relations avec votre bébé ?

- Agréables
- Moyennement agréables
- Difficiles

4- Type d'alimentation : (alimentation à 1 mois : \_\_\_\_\_)

- Allaitement maternel
- Allaitement artificiel

5- Mange-t-il :

- Facilement
- Cela dépend des moments
- Difficilement

6- Votre conjoint vous aide-t-il ?

- Oui, tout le temps
- Oui, la plupart du temps
- Non, rarement
- Non, pas du tout

7- Prenez-vous du temps pour vous reposer ?

- Oui
- Rarement
- Non

8- Arrivez-vous à bien dormir ?

- Oui
- Non

9- Mangez-vous bien ?

- Oui
- Non

10-Avez-vous des proches a qui vous confier / demander de l'aide ?

- Oui
- Non

11-Avez-vous vu des soignants depuis le dernier appel ?

- Oui
  - Sage-femme libérale
  - Puéricultrice de PMI
  - Psychologue
  - Pédiatre
  - Médecin traitant
  - Autre :
- Non

12-Quelles difficultés avez-vous rencontré au cours de ces dernières semaines ?

- Fatigue / épuisement
- Difficultés d'organisation
- Allaitement qui se passe mal
- Enfant qui pleure beaucoup
- Enfant qui dort très peu
- Inquiétudes
- Autres : \_\_\_\_\_

13- Si vous avez rencontré des difficultés, qui vous a aidé à les surmonter ?

- Mon conjoint
- Ma famille
- Mes amis
- Un soignant : \_\_\_\_\_
- Autre : \_\_\_\_\_

Après le retour à la maison :

Les difficultés sont **normales**

- Bébé qui ne fait pas ses nuits
- Coliques, reflux
- Fatigue après l'accouchement

Ne pas culpabiliser

Ne pas rester seule : parlez-en à  
votre entourage

Osez demander de l'aide : conjoint,  
amis, famille, professionnels de  
santé...



*Larme d'or – Gustave Klimt*

# La dépression post-natale : **Et si on en parlait ?**

Touche 10%  
des jeunes  
mamans

A différencier  
du  
**Baby Blues**

## Baby Blues

- Survient dans les jours suivant la naissance
- Symptômes :
  - Labilité de l'humeur
  - Sentiment d'incapacité
  - Grande lassitude
- Très fréquent : touche plus d'1 femme sur 2
- Transitoire < 1 à 2 semaines

## Dépression post-natale = dépression du post-partum

- Survient dans les semaines suivant la naissance
- Symptômes :
  - Anxiété
  - Irritabilité
  - Fatigue, sentiment d'épuisement
  - Difficultés d'endormissement
  - Perte d'appétit
  - Tristesse générale
  - Pleurs
- Doit être pris en charge

A qui vous adresser :

- Parlez-en à des personnes de confiance (ex : celles qui vous ont suivie pendant votre grossesse)
- Professions libérales :
  - Votre médecin traitant
  - Votre sage-femme libérale
  - Autre professionnel de santé
- La PMI (protection maternelle et infantile) de votre quartier :
  - Sage-femme
  - Puéricultrice
- Le centre médico-psychologique de votre quartier
- Associations :
  - *Les pâtes au beurre* : accueille les familles gratuitement, sans rdv, anonymement, par des psychologues  
N° : 02-40-16-06-52  
57 rue Charles Monselet, Nantes
  - *Maman blues* :  
[www.maman-blues.fr](http://www.maman-blues.fr)

## Résumé

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité de l'auto-questionnaire d'Edimbourg (EPDS) dans le dépistage précoce des femmes à risque de développer une dépression post-natale. Pour cela, 84 patientes sélectionnées en suites de couches remplissent successivement l'EPDS en maternité, puis à 1 mois et à 4 mois du post-partum lors d'entretiens téléphoniques.

Il ressort de cette étude la non efficacité du questionnaire (sensibilité de 50% et spécificité de 76%). Mais l'étude a permis, via le diagnostic de 6 patientes déprimées, la mise en évidence de facteurs de risque dans la survenue de la DPN, notamment l'isolement et le manque de confiance en soi. De plus, on observe un réel défaut d'information des femmes sur ce sujet, qui devrait être délivrée en suites de couches, avant la sortie.

**Mots-clés** : dépression post-natale, auto-questionnaire d'Edimbourg (ou EPDS), suites de couches, facteurs de risque, information.