ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT-FERRAND

Université d'Auvergne- UFR de médecine

Baby-Blues et Dépression post-natale :

Evaluation des connaissances des femmes, quelle information ont-elle reçue ?

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR :
FERNANDES CINDY
Née le 19 juillet 1987

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2012

ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT-FERRAND

Université d'Auvergne- UFR de médecine

Baby-Blues et Dépression post-natale :

Evaluation des connaissances des femmes, quelle information ont-elle reçue ?

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR :
FERNANDES CINDY
Née le 19 juillet 1987

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2012

REMERCIEMENTS

A Mr Rabanel, mon directeur de mémoire et Mme Viallon, ma sage-femme référente pour leurs soutiens, leurs conseils précieux et le temps qu'ils m'ont accordé tout au long de l'élaboration de ce travail.

A Mme Leymarie et a chacune des sages-femmes enseignantes pour leur contribution au cours de ces quatre années d'études.

A l'ensemble de ma promotion et particulièrement à Brune, Camille, Cécile, Cynthia, Delphine, Laura et Marjorie pour tous ces moments privilégiés passés ensemble.

A Valérie et Emilie pour leur soutien sans faille….

A David pour sa présence, ses encouragements et son dévouement……

A Claudia ma sœur pour son aide précieuse lors de ce travail.

A mes parents qui ont rendu cette aventure possible et pour leurs confiances de chaque instant….

A l'ensemble de ma famille….

GLOSSAIRE

- AMP : Assistance Médicale à la Procréation
- DPN : Dépression Post Natale
- DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- EPDS : Edinburgh Post Natal Scale
- EPP : Entretien Prénatal Précoce
- FCS : Fausse Couche Spontanée
- GEU : Grossesse Extra-Utérine
- HAS : Haute Autorité en Santé
- IMG : Interruption Médicale de Grossesse
- INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- IVG : interruption Volontaire de Grossesse
- MFIU : Mort Fœtale In Utero
- PDC : Post-partum Dépression Checklist
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité
- PP : Post-Partum
- PPB : Post-Partum Blues
- SDC : Suites De Couches
- VPN : Visite Post Natale

SOMMAIRE

INTRODUCTION……..1

REVUE DE LA LITTERATURE……..…..2

1. Physiologie de la grossesse et accès à la maternité.....2
2. Troubles psychiques du post-partum 6
3. Conséquences sur l'enfant 17
4. Dépistage et place de la sage-femme 21

MATERIELS ETMETHODES……24

1. Type d'étude……24
2. Matériels.....24
3. Méthodes.....25
4. Analyse statistique 27

RESULTATS…….28

1. Recueil des questionnaires…….....28
2. Description de la population étudiée.....28
3. Données en relation avec la grossesse 32
4. Données en relation avec les connaissances des femmes sur le PPB et la DPN.....36
5. Etat psychologique des parturientes en suites de couches 39
6. EPDS et intervention.....40
7. Facteurs de risques de DPN significatifs dans notre étude 42
8. Facteurs de risques de la DPN non significatifs dans notre étude. 45

DISCUSSION…….46

1. Forces de l'étude……...……...46
2. Limites de l'étude.....46
3. Résultats de l'étude 48
4. Projet d'action ...……..……..61

CONCLUSION……..63

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES……64

ANNEXES……..

INTRODUCTION

Devenir mère est un moment privilégié dans la vie d'une femme. Donner naissance ne doit pas se réduire à l'expression physique de l'acte mais doit être élargi à l'ensemble des modifications psychologiques qui accompagnent la naissance de cet enfant [1]. Trop souvent idéalisée par la société, le poids des mœurs et des stéréotypes, il est incompréhensible qu'une femme puisse être dans le désarroi à cet instant. Ainsi la mère se doit d'être parfaite et pleinement heureuse.

Néanmoins, de nos jours la société reconnait la légitimité du « baby blues », phénomène anodin et passager, trop souvent minimisé. Pourtant de nombreuses études démontrent que 10 % des femmes présentent ou présenteront un épisode dépressif dans le post-partum (PP). Face à cette problématique, peu de femmes osent se confier de peur d'être jugées, et restent ainsi dans leur souffrance.

Ces états limites sont fréquemment mal ou non diagnostiqués, du fait d'une mauvaise connaissance de ces différentes pathologies, des facteurs de risques et de la diversité des professionnels de santé intervenant dans le parcours de santé. Il en résulte que la femme ne sait plus à qui s'adresser et se renferme donc sur elle-même. Dès lors, la relation avec son enfant se dégrade et peut aller jusqu'à la maltraitance.

Face à ce problème, nous nous sommes interrogés : les mères ont-elles connaissance des différents troubles qu'elles peuvent rencontrer dans le PP ? Quel acteur est intervenu pour sensibiliser la femme ? A quel moment ?

Nous avons choisi pour notre étude de nous intéresser aux patientes avec pour objectifs d'évaluer leurs connaissances et appréhender l'information donnée.
De même, nous avons proposé aux femmes de remplir l'Edinbourg Post-natal Scale (EPDS) et ainsi aborder ce sujet parfois délicat.

Dans un premier temps, une revue de la littérature fait le point sur le sujet. Nous évoquons successivement la physiologie de la grossesse et l'accès à la maternité dans leur composante psychique, les différents troubles du post-partum et leurs conséquences sur l'enfant, sur la relation avec la mère et leurs moyens de dépistage. Puis nous présentons les matériels et méthodes utilisés ainsi que les résultats obtenus suite à notre enquête. Enfin les résultats sont discutés et un projet d'action est proposé avant de conclure sur notre questionnement.

REVUE DE LA LITTERATURE

1. Physiologie de la grossesse et accès à la maternité

1.1 Désir de grossesse et désir d'enfant

Le désir d'enfant est enraciné dans la triangulaire œdipienne, il s'agit d'avoir un enfant du père. Etre parent s'enregistre dans une dimension narcissique avec la capacité de donner la vie. Le désir de maternité est inscrit très tôt chez les enfants notamment chez les petites filles, qui veulent ressembler à leur mère. C'est ce désir d'être pleine qui apporte un sentiment de complétude [2].

Ces deux notions ont largement été développées par le psychiatre Delassus. Il crée en 1987 en France la première unité de maternologie. Il rapporte volontiers : « Lorsqu'on écoute les femmes, un mot revient souvent c'est le mot voyage. La maternité est du domaine de l'inconscient, c'est toute une série d'étapes » [3].

Avant d'être mère, on est femme. Celle qui se fait désirer, qui suscite l'envie chez l'homme. C'est le propre père de la femme qui lui reconnait sa capacité à être mère. La féminité prépare la maternité. Une fois femme, elle a alors la certitude de pouvoir concevoir un enfant, de le porter, à la différence de l'homme. L'homme va être l'instrument pour aboutir à cette plénitude. Elle entre alors dans la lignée des mères et revient à une mère générique qui l'a portée et ouverte au monde. Elle doit renoncer au statut de fille pour celui de mère et s'inscrire dans cette lignée [2].

Il est nécessaire de relier la grossesse à l'amour, notamment dans sa composante sexuelle. Elle permet d'entrer dans l'intimité du corps, concevoir et aboutir à une présence singulière recherchée tout au long de la vie d'une femme. Elle est constituée de trois étapes.

La première étape est celle du retour au corps avec l'envie de retrouver, pour la femme, cet état fœtal perdu de par sa naissance et ainsi rejoindre son enfant qui en fait l'expérience. C'est aussi pour elle le moyen de rejoindre sa mère en son sein. Etre enceinte est un chemin menant jusqu'à ses propres origines. L'accouchement est assimilé à un déchirement car l'esprit quitte le corps (l'esprit par le biais de l'enfant pendant la grossesse habitait le corps de la mère). Les femmes doivent se détacher de cet état prénatal. La maternité apparait alors comme la réparation de la déchirure à la

fois pour elle et son enfant. Cela passe par les soins à l'enfant et la totale disponibilité de la mère pour son enfant.

Ensuite, contrairement à d'autres mammifères, le petit humain est incapable de subvenir seul à ses besoins. La mère a pour rôle d'atténuer ce déficit moteur et d'ouvrir l'enfant sur le monde. Elle le fait naître une deuxième fois. La maternité, derrière ces apparences, résulte d'un chemin long et douloureux, une bataille contre la mort natale de l'enfant. Face à cela, il y a la mère, sans instinct, mais avec les capacités de comprendre son enfant.

Enfin, la mère devra donner naissance au psychisme du nouveau-né.

Delassus ajoute : « Devenir mère c'est l'histoire d'un désir, celui d'aller au bout de soi pour y rapporter ce qu'elle a été sous la forme d'un enfant nouveau, à la fois elle-même mais différent, ce n'est plus elle, elle a pu se délivrer. »[3]. Winnicott ajoute « La femme n'est pas nécessairement une mère mais peut le devenir » [1].

1.2 Transparence des femmes, un état nécessaire

Bydlowski, neuropsychiatre entend par « transparence psychique » un état psychique particulier, de susceptibilité où des fragments de l'inconscient viennent à la conscience conduisant à des réminiscences jusque-là gardées secrètes. On parle de « perméabilité de l'inconscient » nécessaire chez la femme enceinte. En effet, l'ensemble de ces remaniements permet de réaménager l'inconscient de la mère qui est ainsi à l'entière écoute de son enfant après la naissance. Au cours du premier trimestre, la femme est centrée sur elle-même et sur sa relation avec sa propre mère. Les représentations fantasmatiques de cet enfant dit imaginaire sont peu nombreuses et augmentent entre le quatrième et septième mois de grossesse [4].

En effet, le premier trimestre est un retour à l'image maternelle et aux expériences vécues dans la relation. Cela permet à la mère une identification aux parents archaïques et aux conflits non résolus.

Cependant, avec les changements de la société les femmes sont un peu perdues. Alors qu'autrefois leurs préoccupations concernaient l'enfant (le porter, le nourrir), de

nos jours, avoir un enfant est un choix délibéré souvent retardé à cause de la carrière professionnelle.

Pendant la grossesse, il existe un nouveau conflit entre les anciennes et les nouvelles représentations des rôles maternels (carrière, nécessité de travailler pour garder son emploi…). Cela amène la jeune femme à revoir les modèles mis en place tout au long de son développement [5].

Bydlowski affirme qu'au début l'enfant est une simple idée, ce qui explique que les femmes taisent l'enfant qu'elles portent au profit de la représentation de l'enfant imaginaire. Ce mécanisme est nécessaire pour l'investissement de la femme dans le nouvel objet. Après quelques semaines, la femme va ressentir les premières sensations de cet enfant, son enfant à elle, l'investissement est de type narcissique. Celui-ci va grandir jusqu'à l'accouchement. Ce silence concernant l'enfant réel correspond au silence de l'investissement amoureux et du bonheur. L'auteur affirme que la grossesse est une crise maturative. [4]

Ainsi, en relation avec l'ensemble des changements physiologiques que la femme peut observer pendant sa grossesse, il se produit des remaniements psychiques importants. La femme ne doit pas seulement devenir mère au niveau de son corps mais aussi au niveau de sa psyché, à ses yeux et aux yeux des autres notamment sous le regard de sa propre mère et celui de son enfant.

1.3 Mise en place du lien mère-enfant

Winnicott, psychiatre, affirme que durant la grossesse et à l'accouchement, les femmes se trouvent dans un état de « préoccupation maternelle primaire ». Il le définit comme une hypersensibilité accrue permettant à la mère de s'adapter aux besoins de l'enfant avec une sensibilité et une délicatesse qui ne durent que quelques semaines après le PP [1].

Bowlby, psychiatre, avance la théorie de l'attachement, évènement majeur dans le lien mère-enfant. En effet, la présence de la mère sans faille va permettre à l'enfant de développer un sentiment de sécurité au fur et à mesure qu'il s'aperçoit qu'elle est là pour répondre à ses besoins primaires. Elle lui permet une régularité des rythmes et il

peut ainsi s'appuyer sur cette prévisibilité [6]. De même, on sait que ce sont les capacités émotionnelles de la mère et sa possibilité de les exprimer qui sont les facteurs clés de la qualité de l'attachement de l'enfant. C'est en fonction de cet attachement qu'ont été décrits trois types d'enfants : Secure, In Secure évitant, In Secure résistant.

Brazelton, pédiatre, est le premier à évoquer les compétences du nouveau-né, montrant ainsi aux parents que cet être fragile est capable de communiquer et donc l'importance des interactions primaires essentielles au développement des premiers liens [7]. Ces premières interactions sont prédominantes pour le développement du « self », de cette individualité se formant précocement dans sa relation avec l'autre. Tout l'organisme féminin se met au service de la construction de cette nouvelle personne.

En pratique, le premier jour de la naissance la mère change de statut et renonce à cet enfant imaginaire pour laisser place à cet enfant réel. Elle le découvre, elle est particulièrement attentive aux périodes d'éveil calme. Tous ses sens sont en activité permanente, on dit qu'il existe une biodisponibilité biologique qui se met au service de l'enfant. Cela passe par le regard : la mère observe la moindre mimique, le toucher : elle le caresse, l'ouïe : elle repère vite que son enfant reconnait sa voix et elle sait reconnaitre les pleurs et leurs significations [8].

Puis la mère effectue le deuil de cette mère idéale qu'elle s'est imaginée et tente de répondre aux besoins de son enfant. Les premiers jours sont marqués par une grande anxiété où tous deux doivent apprendre à se connaitre [9].

Enfin, elle finit par s'épanouir en faisant de son mieux. Winnicott parle de « mère suffisamment bonne » [1].

1.4 Place du père

L'idée qui prédominait était que cette relation se faisait uniquement entre la mère et le bébé, le père demeurait loin derrière limité à un rôle de support pour la mère.

Cette interaction s'établit avec le père ou avec toute autre personne qui s'occupe régulièrement de l'enfant [5]. Dorénavant, les pères sont d'avantage impliqués dans le suivi de la grossesse, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP),

leur présence en salle d'accouchement, et les soins quotidiens à l'enfant. Ainsi, le père développe des liens d'attachement plus précoces par une participation accrue aux soins et par des activités variées tel que le portage. Si la mère demeure la principale figure de l'interaction, le père constitue un support permettant de créer chez la mère un sentiment de sécurité et donc de se laisser aller pleinement à cette préoccupation maternelle primaire dont parle Winnicott.

Néanmoins, pour les femmes qui n'ont pas eu d'attachement sécurisant avec leur mère mais ayant un partenaire sécurisant et étayant peuvent construire à travers leur relation avec leur conjoint un attachement sécurisant. Elles pourront le transférer à leur relation avec leur enfant. Le père assure deux fonctions : gérer l'excitation les premiers temps de l'arrivée de bébé et celle de séparation par la suite. Il a un rôle de contenant pour la relation mère-enfant, c'est un pôle sécurisant sur lequel la femme peut s'appuyer.

2. Troubles psychiques du post-partum

2.1 Post-partum blues (PPB)

Le PPB est une manifestation thymique, dysphorique, aigue, apparaissant le plus souvent entre le troisième et le dixième jour du PP. Environ 30 à 80 % des parturientes le développe. C'est un syndrome non pathologique [10].

2.1.1 Historique

Au milieu du IIème siècle, le psychiatre Marcé évoque pour la première fois la susceptibilité particulière de certaines femmes qui lors de l'état puerpéral, décrivent un état moral particulier et des céphalées. Moloney, en 1952, nomme ce syndrome pour la première fois : « blues du troisième jour ». Hamilton, 1962, propose de remplacer cette expression par la dénomination : « syndrome transitoire du post-partum », plus juste car elle prend en compte les affects délations qui peuvent accompagner cet épisode. Les travaux de Robin 1962, Klaus et col…1975, puis de Stein 1979 confirment que l'exaltation et la labilité émotionnelle sont constitutives du syndrome. Un consensus s'établit sur la prévalence entre le troisième et le cinquième jour du PP.

2.1.2 Sémiologie

- Prévalence :

Elle peut varier entre 50 et 75 % selon les études et auteurs [10].

- Caractéristiques cliniques :

La symptomatologie est diversifiée.

Pleurs

C'est le symptôme le plus constant, 50 à 70 % des femmes le décrivent. Il existe deux temps de survenue. Un premier pic précoce quelques heures après la naissance, 10 % des femmes éprouvent un sentiment de dépersonnalisation, de détresse. Un second pic entre le troisième et le dixième jour voir plus tardivement. Ces pleurs sont déclenchés par des désagréments mineurs ou déconvenues, soit par des évènements étrangers à l'histoire de la femme qui traduisent donc l'hyperesthésie des femmes en ces instants.

Humeur dépressive

Présente dans 20 à 54 % des cas. Les mères expriment un sentiment de lassitude ou d'abattement, plus rarement des variations de l'humeur. On note une alternance des phases d'exaltation et de tristesse.

Exaltation de l'humeur

Elle est présente chez 80 % des femmes le premier jour et 40 % au quatrième jour. La présence de ce symptôme rapproche le PPB d'un trouble grave de l'humeur du PP. La différence entre exaltation adaptée et symptomatique demeure difficile à différencier.

Labilité de l'humeur

La concomitance de crises de larmes et d'excitation, ou le passage de l'une à l'autre demeure une caractéristique indiscutable du PPB.

Confusion

Ce sentiment s'accompagne de troubles mnésiques discrets. Le déficit cognitif est rarement mis en évidence.

Dépersonnalisation

Deux pics semblent être distingués. Un durant le premier jour, le second plus tardif entre le quatrième et septième jour. Les femmes se sentent détachées de leur bébé et manifestent de la culpabilité en cas d'humeur dépressive ou de crises de rire expansives. Ce symptôme est souvent masqué à leur entourage. Elles expriment volontiers leur sentiment d'étrangeté ressenti vis-à-vis de leur propre corps ou celui du bébé.

Troubles du sommeil

Perturbées par les réveils de bébé, la douleur, la vigilance est exacerbée chez les femmes. La durée du sommeil est réduite. Elles sont troublées par des rêves intenses notamment des cauchemars qui les réveillent et qui parfois peuvent affecter leur réalité.

Autres symptômes

- Irritabilité : elle a très souvent pour objet le mari ou le personnel soignant. Elle est associée à une tendance dépressive.

- Epuisement : il est maximal le premier jour puis décroit. Son maintien peut être conjoint à une dépression de l'humeur.

- Anorexie : les femmes ont un manque d'appétit important au départ puis reprennent une alimentation allégée qui n'est pas toujours présente.

- Angoisse : peut accompagner la dépersonnalisation, les cauchemars.

- Agitation, céphalées, tendance à l'oubli, confusion peuvent être associées.

2.1.3 Chronologie

La durée du PPB est variable de quelques heures à quelques jours. Tous les symptômes ne sont pas présents au même moment. On note une accentuation de ceux-ci entre le troisième et le quatrième jour. Néanmoins, ils peuvent être précoces, dans les heures qui suivent la naissance.

Le plus souvent, les affects restent discrets. Ils peuvent être sévères, associant sentiment de dépersonnalisation, variation importante de l'humeur, confusion et

hallucination. La brièveté de l'épisode et son intensité réduites le distinguent de la psychose puerpérale.

2.1.4 Etiologie et facteurs de risques

Sa nature reste controversée entre réaction adaptative, voire trouble de l'humeur et réaction émotionnelle normale. On considère actuellement que le PPB représente un état adaptatif normal à la situation de naissance, « l'un des dispositifs biologiques » qui aide à la terminaison de la grossesse, à la mise en place de la relation et à la présentation réciproque des compétences de la mère et de l'enfant [11].

La survenue d'un PPB parait indépendante des difficultés propres à la mère, tel un travail long et douloureux, bien qu'ultérieurement elle puisse en garder un mauvais souvenir. En revanche, les troubles ou maladies de l'enfant, l'inquiétude des enfants laissés à la maison apparaissent au premier plan. Quant aux facteurs culturels, ils semblent jouer un rôle mineur, le PPB étant mis en évidence avec la même incidence aux Etats-Unis, en Europe et aux Caraïbes.

On notera une occurrence plus fréquente en cas d'antécédents de troubles anxieux-dépressifs en fin de grossesse, ou d'antécédents personnels et familiaux de dépressions qui constituent un réel facteur de risque.

2.1.5 Thérapeutiques

Le PPB ne nécessite pas de traitement particulier. Il invite néanmoins à proposer une écoute particulière de la part des professionnels de santé et un soutien à la parturiente permettant ainsi d'évaluer le risque évolutif [10].

2.2 Dépression post-natale (DPN)

On retient comme définition, celle de la classification du DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) : le diagnostic de dépression peut être posé si on note quotidiennement depuis au moins deux semaines consécutives, une humeur triste ou une perte du plaisir associée aux activités journalières, notamment lors des soins prodigués au nourrisson [12,14].

2.2.1 Historique

Esquirol en 1845 observe chez les parturientes des troubles psychiatriques modérés qui ne nécessitent pas d'hospitalisation. En 1858, d'après les travaux d'Esquirol, Marcé décrit dans son traité intitulé « de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices », deux types d'accidents nerveux. Ceux qui apparaissent pendant les huit ou dix premier jours et liés à la fièvre du lait (longtemps évoqués par de nombreux auteurs) ou l'ébranlement nerveux qui accompagne la naissance. Et ceux qui se développent vers la cinquième ou sixième semaine.

Talom et Coll..., introduisent pour la première fois, dans un article de presse, le terme de « post-partum blues », syndrome autonome et bénin sans relation avec les psychoses du post-partum. En 1968, Pitt dans son étude recherche un possible lien ou une forme intermédiaire entre le PPB et les psychoses puerpérales. Il décrit ainsi « la dépression atypique suivant la naissance ». Il distingue alors une dépression non psychotique sans idées suicidaires et ralentissement psychomoteur ni labilité de l'humeur [13].

C'est en 1980, que s'établit une dichotomie nette entre PPB et DPN. Enfin dans les années 90, se crée un consensus sur les quatre complications psychiatriques suivant l'accouchement avec comme ordre chronologique :

- Le stress post-traumatique : durant les 24 premières heures
- Baby-blues/ou PPB : du 1er au 10ème jours
- La psychose puerpérale : 1ère à 6ème semaines
- La DPN : à distance de l'accouchement (4 à 6 semaines)

2.2.2 Sémiologie

- Prévalence

La prévalence selon les études est différente, elle dépend de l'outil d'évaluation utilisé et du moment du PP : de 10 à 20 % des parturientes sont concernées [14]. C'est donc un problème de santé publique majeur. L'étude Tychey et Dolender en 2002 sur la prévalence de la DPN démontre que 52 % des femmes déprimées en prénatal le sont en postnatal et la moitié des femmes déprimées en postnatal ne l'est pas en prénatal [15].

- Clinique

Le tableau dominant se caractérise souvent par de l'anxiété, de l'irritabilité, des pleurs plus ou moins dissimulés et une tristesse générale [16]. D'autres symptômes tels que des difficultés d'endormissement, d'insomnie, de labilité émotionnelle, une perte de la libido, une phobie (elle concerne le plus souvent une crainte d'effectuer des gestes qui pourraient conduire à la mort de l'enfant) sont notables. On retrouve également de l'irritabilité, de l'agressivité (dirigée le plus fréquemment contre l'époux ou les autres membres de la fratrie), des troubles de la concentration et de la mémoire, une lassitude physique et intellectuelle.

Un sentiment d'épuisement ainsi qu'une asthénie secondaire à l'ensemble des soins dispensés au nouveau-né sont décrits. Toutefois, les mères évoquent aussi : l'impression d'être incapables de répondre aux besoins de l'enfant, une perte d'estime dans les capacités maternelles, une absence de plaisir à prodiguer les soins à l'enfant, des doléances répétées concernant l'enfant. Elles coïncident souvent avec l'émergence de véritables troubles chez le nouveau-né : sommeil difficile et décousu, pleurs prolongés, difficultés alimentaires….

L'ensemble de ces symptômes s'aggrave généralement le soir. Les femmes se rappellent clairement les prémices, la durée et le contenu des troubles dépressifs. Néanmoins, les symptômes qui poussent les femmes à consulter lorsqu'elles le font sont fréquemment les céphalées, les douleurs abdominales [17].

2.2.3 Chronologie

Le début est insidieux parfois sous la forme d'un PPB qui se prolonge ou suite à un blues sévère, ceci après une période de latence plus ou moins variable. Deux pics de fréquence sont notables : le premier autour de la 4ème- 6ème semaines du PP, c'est le plus fréquent et le second entre le 9ème et 15ème mois du PP. La DPN peut apparaitre dans les jours, voire dans la première année de vie de l'enfant. La durée constatée varie de 3 à 14 mois, mais la plupart aurait une résolution spontanée en 3 à 6 mois.

En ce qui concerne les troubles résolutifs spontanément, ils représentent le plus souvent des difficultés d'ajustement durant la période d'accès à la parentalité. (Néanmoins, au sens psychiatrique ils sont de véritables dépressions).

A l'opposé, on retrouve de réelles formes sévères de dépression. Elles sont diagnostiquées par des entretiens standardisés menés par des professionnels qualifiés (répondant à des critères stricts comme ceux du DSM IV), les autres par des questionnaires d'évaluation [16].

Si le trouble guérit en quelques mois, il perdure néanmoins plusieurs années sous forme chronique ou de récurrence jusqu'à l'entrée de l'enfant dans le système scolaire. La DPN dure plus longtemps que les autres dépressions.

Chez ces femmes, le risque de récidive n'est pas négligeable lors d'une future grossesse ou à une autre période de la vie.

2.2.4 Etiologie et facteurs de risques

Une hypothèse neuroendocrine de la dépression post-natale ?

Le bouleversement hormonal que subissent les femmes pendant la grossesse, à la naissance et dans le PP a conduit la communauté scientifique à étudier les facteurs endocriniens. Malgré de nombreuses études non concluantes sur l'implication des hormones stéroïdiennes dans la genèse de la DPN, il a été mis en évidence chez les femmes déprimées dans le PP des taux bas des précurseurs de ces métabolites. Le fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire peut être interrompu et les taux de

prolactine sont plus bas chez ces femmes. En revanche, elles ont démontré une association entre dysfonctionnement thyroïdiens et DPN. Elle concerne 1 à 3 % des accouchées.

Désormais, c'est le modèle biopsychosociale de Milgrom J (Annexe I) sur l'origine de la DPN qui fait référence [18].

Facteurs de risques socio-économiques

Le faible soutien social, le faible niveau d'éducation, l'absence d'emploi, les évènements de vie négatifs survenus pendant la grossesse, la violence et les abus sexuels pendant l'enfance constituent des facteurs de risques semblables à ceux des autres dépressions.

Au contraire, le faible niveau de revenus, l'instabilité professionnelle, représente un véritable facteur de risque de survenue d'une DPN. Plus que l'absence d'emploi, c'est la non reprise d'une activité professionnelle à la suite du congé maternité qui apparait comme un facteur de risque. Il affecte les femmes par l'isolement social et une faible estime de soi. Cela va en lien avec la mutation du statut des femmes autrefois valorisées par leur capacité à donner la vie, aujourd'hui préférentiellement par leur activité professionnelle.

Par ailleurs, il semblerait que l'on puisse mettre en évidence une association entre l'isolement maternel et la DPN. De même, la relation avec le partenaire représente un facteur de risque important. Ce sont les mésententes conjugales ainsi que les relations conflictuelles avec la mère qui sont délétères pour la femme en PP [19,16]. Actuellement le facteur prépondérant est l'impossibilité de trouver à cette période charnière, une mère à qui se confier et demander conseil. Le statut marital reste controversé.

En ce qui concerne l'âge, son rôle est mineur sauf aux extrêmes de la vie reproductrice (avant 18ans et après 40ans) [19,16].

Tous agissent en favorisant une faible estime de soi, une confiance réduite dans les capacités maternelles.

Facteurs de risques psychiatriques

Les antécédents de DPN ou autre dépression, les manifestations anxieuses pendant la grossesse constituent un facteur de risque important. L'intensité de celles-ci apparait corrélée à l'intensité de celle d'une future dépression. Concernant les facteurs familiaux, ils jouent un rôle mineur dans l'apparition d'une DPN. Quant aux évènements stressants : accouchement, complications ; ils rendent les femmes plus vulnérables.

Facteurs de risques obstétricaux

L'extraction par césarienne en urgence pendant le travail d'accouchement, les complications durant le travail (anomalie de rythme cardiaque foetal, hyperthermie, souffrance fœtale..), les accidents néonataux, les accidents mettant brutalement en jeu la vie des patientes telle l'hémorragie de la délivrance sont des facteurs de risques de DPN [19]. Sont aussi des facteurs de risques le rôle de l'anesthésie générale, l'absence de PNP ainsi que l'absence de planification de la grossesse. Globalement, l'existence de complications obstétricales est faiblement associée à une augmentation du risque de DPN.

En ce qui concerne la parité et l'allaitement, leur rôle n'a pas été clairement démontré.

De même l'absence d'une présence, d'un soutien émotionnel durant le travail semble être déterminante. Des études ont démontré que même la présence d'une personne jusqu'alors étrangère permet d'initier les sentiments de compétences maternelles [19]. A contrario, l'impact de la présence spécifique du père en salle de naissance n'a pas été évalué, et le lieu de l'accouchement ne semble pas influer.

Facteurs de risques liés à l'enfant

Les problèmes de santé de l'enfant, un retard du développement, une prématurité, une gémellité, une anomalie concernant le phénotype de l'enfant (sexe, faciès particulier), des pleurs inconsolables, une irritabilité représentent des facteurs de

risques. Ceux-ci renvoient au passé de la mère, la conforte dans sa mésestime de ses compétences maternelles [19].

En pratique les principaux facteurs de risques retenus sont psychiatriques et relationnels. Les facteurs obstétricaux et socio-économiques semblent minorés. On précise qu'un facteur de risque isolé ne joue un rôle déterminant dans l'étiologie de la DPN. Une seule exception est citée dans la littérature : l'absence de soutien social sous la forme d'un confident (un réseau amical ou un soutien professionnel).

2.2.5 Thérapeutiques

Elles sont variées et peuvent aller d'un simple soutien pharmacologique à des thérapies diverses.

2.3 Psychose puerpérale

Elle est décrite comme une bouffée délirante polymorphe avec des éléments confusionnels et thymiques, d'évolution fluctuante et de pronostic favorable. Les patientes sont très désorientées, agitées avec une intense labilité émotionnelle donnant ainsi des tableaux cliniques désorganisés.

2.3.1 Historique

Depuis Hippocrate, cette affection intéresse les médecins. On a longtemps attribué la cause au sang des lochies qui remonte au cerveau, ou à une congestion du sang des seins.

Esquirol puis Marcé, en France, débutent les premières études modernes sur ces cas. Magnan et Ballet incluent les psychoses puerpérales dans le cadre des dégénérescences. Sivadon ajoute dans sa thèse que les psychoses gravidiques sont « confusionnelles ou confus délirantes ». Henry Ey, en 1954 la rapproche des troubles paroxystiques du PP marqués par la primauté de la confusion et du délire. Putt et coll,

en 1987 en élaborent les caractéristiques. Malgré de nombreuses recherches, aucun argument ne permet à l'heure actuelle de comprendre l'origine de ce trouble.

2.3.2 Sémiologie

- Clinique

 La psychose aigue : elle se caractérise par un début brutal avec des difficultés à se repérer dans le temps et l'espace, associé à un délire habituellement centré sur l'enfant. L'agressivité est souvent dirigée vers soi-même ou l'enfant. Les femmes doivent être nécessairement hospitalisées. Le trouble régresse en quinze jours le plus souvent. L'absence de séparation mère-enfant, ou la réintroduction rapide de l'enfant après une séparation facilite grandement une évolution favorable.

 L'accès maniaque : il s'agit d'une agitation et excitation extrême accompagnée d'une fuite des idées, de propos incessants plus ou moins triviaux, d'actes peu cohérents et inachevés. Il peut être associé à des illusions ou des hallucinations pouvant aller jusqu'au délire. La mère manifeste une toute puissance, se sentant investie de missions divines ou d'un sentiment de persécution.

 L'accès mélancolique et accès dépressif majeur : Les sentiments d'incapacité, de culpabilité, de déshonneur, de ruine ou de mort dominent. Les mères sont convaincues de ne pas être à la hauteur, leur enfant étant voué à un destin malheureux. La mère se sent hantée par des visions funestes. Il s'agit aussi d'une urgence, le risque de suicide et d'infanticide est important, et nécessite donc une hospitalisation.

- Chronologie

L'incidence de cette pathologie est de un à deux cas pour 1000 naissances. Elle survient le plus souvent dans les deux à trois semaines qui suivent l'accouchement. Souvent l'hospitalisation est courte : deux à quatre semaines.

Néanmoins, le risque de rechute à court terme est important. En effet, le risque de récidive lors d'une prochaine grossesse est de l'ordre de 20 % et de 40 % en cas d'accès maniaque. Le risque augmente au fil des années et des grossesses.

2.3.3 Etiologie et facteurs de risques

Aucun consensus ne semble être admis à ce jour. Le délire puerpéral serait la résultante d'un conflit de représentations : conflit moraux insurmontables, deuils inachevés… D'autres évoquent une pathologie du lien de filiation. Le sentiment d'identité et de lien à la chaine des générations est troublé : parents morts prématurément, doute sur la paternité, frère ou sœur décédé dans l'enfance…

Les facteurs de risques retenus sont :

- Primiparité : plus de ¾ des psychoses surviennent lors de la naissance du premier enfant.
- Les antécédents psychiatriques personnels et familiaux ainsi que les troubles psychotiques lors d'une grossesse précédente sont des facteurs de risques majeurs.
- Violence et traumatisme pendant l'enfance.
- Le célibat des mères

La classe sociale, le sexe de l'enfant, le stress dû à des évènements pénibles, les facteurs culturels ne semblent jouer aucun rôle [20].

3. Conséquences sur l'enfant

Les nombreuses études menées à ce sujet ont permis de dégager une certaine sémiologie clinique chez les enfants de mères présentant des troubles psychologiques. Néanmoins, une observation clinique approfondie avec l'enfant est nécessaire pour identifier et mettre en évidence les troubles développés par chaque enfant.

3.1 De la psychose puerpérale

Le risque de geste suicidaire et d'agression envers l'enfant est très élevé et nécessite une hospitalisation en milieu spécialisé. C'est un état très inquiétant qui conduit à 5 % de suicides et 4 % d'infanticides [20].

Racamier, psychiatre, affirme qu'il existe de la part de la mère un rejet de l'enfant qui peut être inconscient. La mère est partagée entre amour et dépendance, haine et culpabilité. Emportée par des relations imaginaires, elle peut être incapable de reconnaitre son enfant, qu'elle considère comme une partie clivée d'elle-même. La mère comprend mal les besoins de son enfant, elle adopte donc un comportement inadéquat et se désinvestit dans la relation avec son enfant : peu de communication, gestes brusques et rapides [21].

3.2 De la dépression post-natale

3.2.1 Altération du lien mère-enfant

- Comportement maternel

On observe souvent un « désengagement maternel » définit par l'expression neutre du visage et le fait qu'elle n'interagisse pas avec son enfant : pas de sourire, ni de mimiques d'expression, tonalité de voix neutre. Elle n'éprouve aucun plaisir à prodiguer les soins à l'enfant et est vite ennuyée par son enfant. Ainsi, elle valorise peu ses actions et exprime moins d'affects positifs. Ces enfants sont peu stimulés tant sur le plan du jeu que sur le plan verbal. Le processus de socialisation n'est pas encouragé [15].

En cas de situation stressante, la mère est désorganisée face au malaise de son enfant, elle réagit avec retardement. Stern dans ces situations décrit un mauvais accordage affectif, les affects partagés entre l'enfant et son partenaire à travers des manifestations comportementales sont dissemblables [16].

La dépression inhibe le sentiment maternel et sa capacité de l'exprimer. Elle perd confiance en sa capacité d'aimer et de donner sécurité à cet enfant, se sentant dangereuse pour lui, elle le laisse donc à distance et éloigne aussi par la même occasion le père. Elle fige la dynamique des échanges : à l'inhibition dépressive de la mère

répond une inhibition motrice de l'enfant. Il est pris comme une partie d'un tout, il est fusionné. Face au comportement de détournement de l'enfant, ces femmes sont confortées dans leur idée d'être une mauvaise mère.

- Style interactif

La dépression provoque une disharmonie franche car le comportement maternel est incohérent ce qui force l'enfant à des réactions de retrait soit actif : détournement du regard, hypertonie ou passif : fuite dans le sommeil, hypotonie.

Le risque de maltraitance n'est pas augmenté en cas de DPN, c'est le style interactif qui est modifié [10]. Deux configurations sont présentes :

- Dominante : l'inhibition maternelle empêche l'adaptation du nouveau-né avec des mimiques peu expressives et la raréfaction des échanges affectifs et langagiers. L'enfant est « sage » et s'éveille seulement lors des périodes d'interactions positives.

- Agressive : un comportement maternel intrusif est souvent observé. L'agressivité est souvent verbale, accompagnée d'une brutalité des échanges physiques pouvant aller jusqu'à la maltraitance. Il règne un climat de rancune et de culpabilité.

3.2.2 Evolution du comportement de l'enfant

L'indisponibilité maternelle affecte plus le nourrisson que la séparation. Ce qui le conduit à trouver des moyens propres d'autorégulation qui s'avèrent infructueux pouvant aller ainsi jusqu'à des états de détresse et/ou des affects dépressifs.

- Bébé s'adapte

Le visage immobile de la mère a un effet désorganisateur sur l'enfant. Dans un premier temps l'enfant va protester (c'est le moment des pleurs « infinis » selon la mère). Après la tentative échouée d'induire une interaction, l'enfant se replie sur lui-même, détourne les yeux. S'en suit une expression fermée du visage et un affaissement

du corps. Il devient plus prudent en manifestant un retrait (fuite dans le sommeil, refus d'interaction). Il développe un style interactif déprimé avec une diminution des vocalises et des affects positifs, moins de protestations. Ce comportement se maintient avec des adultes non déprimés [22].

- L'adaptation évolue avec l'âge

Les deux premiers mois, l'enfant est capable de reconnaitre les moments favorables d'interaction et ainsi leur attribuer une valeur : câlin, hostilité…

Les mois suivants, il pourra varier ses interactions avec d'autres figures, c'est aussi le moment où il exprime avec plus d'intensité ses affects.

A partir de sept mois, l'enfant est capable de trouver des sources de satisfaction, il y a une recherche d'autonomie souvent très mal vécu par les mères déprimées.

3.2.3 Perturbation du développement de l'enfant

- Sur le plan moteur et cognitif

La DPN est un réel facteur de risque pour le développement de l'enfant, dans les modifications affectives, comportementales et sociales [10]. De plus, Murray démontre dans son étude que les petites filles sont plus sensibles à ces altérations que les petits garçons [23].

En ce qui concerne les troubles cognitifs, la qualité des interactions mère-enfant est prédictive de la performance cognitive à 9 mois et 18 mois. Néanmoins, ces troubles restent le plus souvent modérés : les nourrissons n'avaient pas de retard ni de problème de développement mental.

A trois mois, il présente selon la mère plus de troubles fonctionnels tels que difficultés alimentaires et troubles du sommeil, pleurs excessifs, de nervosité.

A huit mois, son comportement est semblable à celui des autres enfants (tonus et détresse identique….).

A 18 mois, les échanges vocaux et visuels sont réduits, ils sont moins souriants. Leurs capacités d'explorations de l'environnement sont minimes. Ils jouent seuls et adoptent un comportement d'évitement par rapport à leur mère, il en est de même avec leurs capacités de socialisation limitées. Ces enfants se fatiguent plus vite et possèdent un réel déficit d'attention. Souvent, on fait état d'un retard dans l'acquisition du langage [10].

- Sur le plan psychologique

Ce type de comportement va avoir des répercussions. Elle laisse un enfant insecure, créant une faille identitaire qui peut se révéler lors d'une prochaine maternité ou paternité. Ces enfants souffrent souvent de dépression chronique tenace et éprouvent de grandes difficultés de séparation [15].

L'enfant peut être aussi secourable, ce sont des enfants qui vont s'effacer quand la mère ose livrer ses angoisses, une manière de dire : peut-être que tu n'es pas la mère parfaite que tu souhaitais mais je t'ai faite mère, je suis là et je vais bien. Dans toutes ces situations la présence du père ou d'un tiers est essentielle pour casser ces relations duelles qui mènent à une impasse.

On souligne que le comportement de détresse du bébé persiste après le retour à la normale de celui de la mère. C'est alors un cercle vicieux qui s'engage, ce tempérament pourrait jouer un rôle dans l'aggravation de la DPN de la mère en renforçant son manque de confiance et d'estime d'elle-même.

4. Dépistage et place de la sage-femme

4.1 Prévention et rôle de la sage-femme

Le plan de périnatalité de 2007 souligne déjà la nécessité de prendre en compte l'environnement psychologique de la naissance notamment par l'entretien prénatal précoce (EPP), une meilleure collaboration des professionnels de santé hospitalier et libéraux, en promouvant l'action de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) [24].

Les objectifs sont de renforcer la prévention des troubles du développement psychoaffectif des enfants en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents et en mobilisant leurs ressources.

De même, la Haute Autorité de Santé (HAS) propose des recommandations et des outils visant à aider les professionnels de santé à préparer la femme enceinte et le couple à la naissance de leur enfant et à la parentalité [25]. Afin de développer au mieux les compétences parentales. Il s'agit d'une démarche de prévention, d'éducation. Elle est organisée en plusieurs temps :

 Durant le 1er trimestre de la grossesse : l'EPP, réalisé par une sage-femme ou un médecin. L'un des objectifs est de dépister d'éventuelles fragilités psychologiques et orienter la femme si nécessaire vers un professionnel [26].

 Durant la grossesse : des séances de PNP individuelles ou en groupe afin de répondre aux besoins de chaque femme.

 Après la naissance, à la maternité, à domicile en cas de sortie précoce ou après le retour au domicile : des séances individuelles ou en groupe permettent de mettre en pratique les compétences parentales développées lors des séances prénatales et de déceler chez la mère des signes de DPN.

Par ailleurs, le référentiel métier des sages-femmes énumère également les différentes missions des sages-femmes. Elles doivent repérer les difficultés éventuelles, et prodiguer les conseils adaptés à ces nouvelles mères. Mais aussi repérer les fragilités possibles dans la construction du lien mère-enfant et les situations de vulnérabilité [27].

La sage-femme est donc un acteur majeur de cette prévention des troubles de la parentalité à travers toutes ses compétences et mode d'exercice (hospitalière, libérale, PMI…).

De même, une fiche pratique élaborée par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) intitulée « Troubles émotionnels et psychiques en PP » est à disposition sur le net (Annexe II). Elle reprend brièvement la clinique de ces troubles, une partie des recommandations de l'HAS, l'ensemble des actions nécessaires pour une prévention. Les différents groupes de paroles et de soutien à la disposition des femmes enceintes (maison verte, maman blues) [28].

4.2 Outils de dépistage de la dépression post-natale

Chabrol et Teissedre par leur étude en 2003 mettent en évidence l'intérêt d'une prévention précoce en maternité avec un dépistage par l'EPDS [29, 30]. C'est l'occasion d'engager le dialogue entre la femme et le professionnel de santé. Il s'agit là d'outils de dépistage et non d'outils à visée diagnostic [31].

Les plus utilisées sont :

- EPDS : Edinburg Post-natal Dépression Scale, élaboré depuis 1987 par Cox dans le *British Journal Of Psychiatry* de la même année [32]. Cette échelle a été traduite et validée en français en 1995 par Nicole Guedeney, elle est constituée de 10 items remplis par la mère, elle doit être seule en dehors de toute présence familiale [33]. La cotation est ensuite effectuée par le professionnel de santé. Celle-ci est simple, chaque item se cote de 0 à 3 en fonction des réponses données. L'ensemble est additionné et donne des scores pouvant aller de 0 à 30. Lorsque cet outil est utilisé, Cox retient la note seuil de 13 sur 30 afin d'obtenir une sensibilité de 86 %, une spécificité de 78 % et une valeur positive de 73 %. Par ailleurs, il constate qu'une note seuil de 11 sur 30 permet d'obtenir moins de 10 %. C'est cette note qui sera retenue dans le cadre du dépistage (Annexe III).

- PDC : Post-partum Dépression Checklist, est proposé par Beck en 1995. Il a été élaboré à partir d'une liste de 11 symptômes. Il ne donne pas de score mais une indication sur les femmes qui peuvent présenter de possible troubles psychiatriques dans le PP.

L'ensemble de ces travaux nous ont conduit à cette étude, et en particulier à savoir quelles étaient les connaissances des femmes sur ces différents troubles.

MATERIELS

ET

METHODES

1. Le type d'étude

Pour répondre à nos objectifs, une étude d'observation descriptive transversale a été mise en place à l'aide d'auto-questionnaires.

2. Matériels

2.1 La population étudiée

La population étudiée était constituée des femmes hospitalisées en suites de couches (SDC) au CHU Estaing.

2.2 Echantillon

L'échantillon était composé de femmes enceintes hospitalisées en maternité A, B, C, D au CHU Estaing entre le 15 novembre et le 31 décembre 2011.

2.2.1 Les critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Les femmes ayant eu une grossesse simple ou multiple.
- Les femmes ayant accouché à terme, ou prématurément après 24 semaines d'aménorrhées.
- Les femmes ayant accouché d'un enfant vivant ou décédé, ayant fait l'objet ou non d'un transfert dans une unité de soins.
- Les femmes ayant accouché par les voies naturelles, ou par césarienne.
- Les femmes primipares ou multipares.

2.2.2 Les critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- Les femmes ne sachant pas lire le français.
- Les sorties précoces.
- Les femmes hospitalisées en grossesse à haut risque au moment du PP.

2.3 L'éthique

Le consentement des patientes étaient recueilli oralement par les sages-femmes ou les étudiants sages-femmes avant la distribution du questionnaire, l'anonymat étant ainsi préservé.

3. Méthodes

3.1 Les objectifs de la recherche

Les objectifs de cette étude s'intéressaient aux connaissances des femmes concernant le PPB et la DPN en suites de couches. Il s'agissait aussi d'évaluer l'information donnée aux patientes au cours de la grossesse et de leur séjour en maternité.

3.1.1 L'objectif principal

L'objectif principal était de comparer les connaissances des femmes à propos du PPB à contrario concernant la DPN. Cet objectif évaluait par conséquent la qualité de l'information donnée aux femmes ainsi que le moment où les différents sujets ont été abordés par les différents professionnels de santé.

3.1.2 Les objectifs secondaires

Un des objectifs secondaires était de savoir si les femmes étaient prêtes à remplir l'EPDS de façon complète et ainsi évaluer la cohérence des scores obtenus.

Le deuxième objectif secondaire consistait à mettre en évidence des facteurs de risque de DPN.

Le troisième objectif secondaire était de déterminer si la parité avait une influence sur les connaissances de ces femmes.

3.2 Critères de jugement

Notre critère de jugement principal était le taux de femmes affirmant pouvoir définir le PPB et/ou la DPN.

Nos critères de jugements secondaires étaient les suivants :

- le taux de femmes ayant remplit l'EPDS.

- le taux de primipares pouvant définir le PPB et/ou la DPN en comparaison avec le taux de multipares pouvant définir le PPB et la DPN.

- le taux de femmes ayant un score supérieur à 11 à l'EPDS et l'existence dans leur histoire d'évènement particulier.

3.3 Recueil de données

Afin de répondre aux objectifs de l'étude, des formulaires (Annexe IV) ont été distribués aux femmes enceintes afin d'évaluer leur connaissance du PPB et de la DPN.

Le questionnaire comprenait 44 questions dont 32 fermées, 11 questions semi-ouvertes, et 1 question ouverte.

Celui-ci était constitué de quatre parties :

- Une partie intitulée « données liées au statut social, histoire, environnement » dont le but était de caractériser l'échantillon étudié.

- Une partie nommée « données en relations avec la grossesse » afin de résumer le suivi de grossesse, recueillir l'opinion de ces femmes et évaluer l'information reçue.

- Une partie désignée « données en relation avec la naissance, le séjour en maternité » afin de connaitre le ressenti des femmes sur l'accouchement, leur séjour en SDC.

- Une partie appelée « données en relation avec l'état moral pendant les jours qui viennent de s'écouler » qui n'est autre que l'EPDS, outil de dépistage de la DPN.

L'étude s'est déroulée sur une période d'un mois et demi, soit du 14 novembre et 31 décembre 2011. Les autorisations nécessaires des cadres sages-femmes et du chef de pôle ont été préalablement recueillies à l'aide des formulaires, une phase de pré-test a pu ainsi être mise en place sur une période de deux jours les 25 et 26 octobre 2011. Elle avait permis de tester 10 questionnaires.

Au final, 200 questionnaires ont été distribués par mes soins directement aux patientes dans les différents services de maternité à raison de deux fois par semaine. Les questionnaires remplis étaient récupérés par le personnel soignant puis déposés dans des pochettes laissées à cet usage dans les services.

4. Analyse statistique

Les données récoltées ont été saisies avec le logiciel Microsoft Excel et les résultats ont été analysés grâce au logiciel R.

Pour mettre en évidence un lien statistique entre deux variables qualitatives, nous avons utilisé le test du Khi carré lorsque les effectifs du tableau de contingence étaient supérieurs à 5 et le test de Fischer lorsque ceux-ci étaient inférieurs à 5.

Lorsque nous disposions d'une valeur du « p », celui-ci permettait d'exprimer si les différences observées étaient liées ou non au hasard avec un seuil de 5 %.

Si $p < 0.05$, la différence observée était statistiquement significative tandis que si $p > 0.05$, la différence observée n'était pas statistiquement significative.

RESULTATS

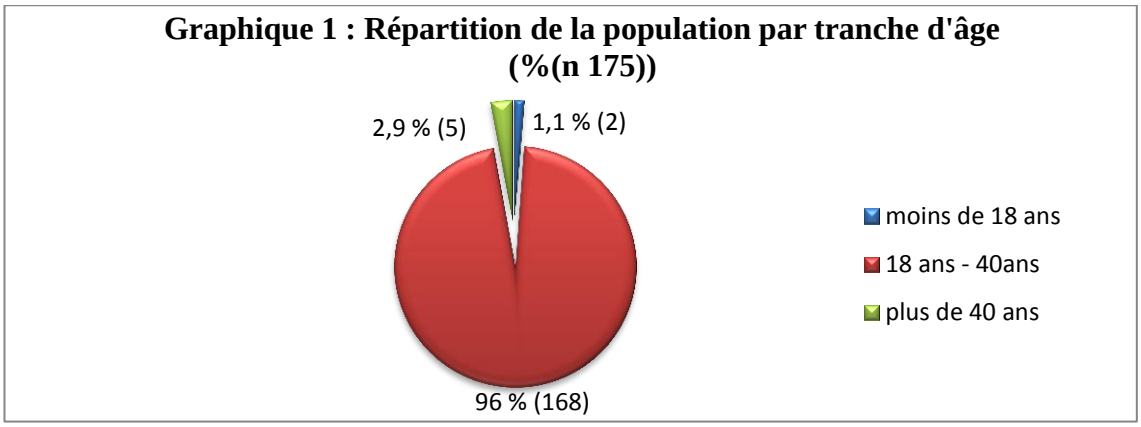
1. Recueil des questionnaires

Au total, 185 questionnaires ont été récoltés parmi les 200 distribués, soit un taux de retour de 92,5 %. Parmi les 185 questionnaires récupérés, 10 ont été exclus car incorrectement remplis, 175 d'entre eux étaient réellement exploitables. L'analyse a porté sur 175 questionnaires soit 87,5 % des questionnaires initialement distribués.

2. Description de la population étudiée

➢ Age

Graphique 1 : Répartition de la population par tranche d'âge (%(n 175))

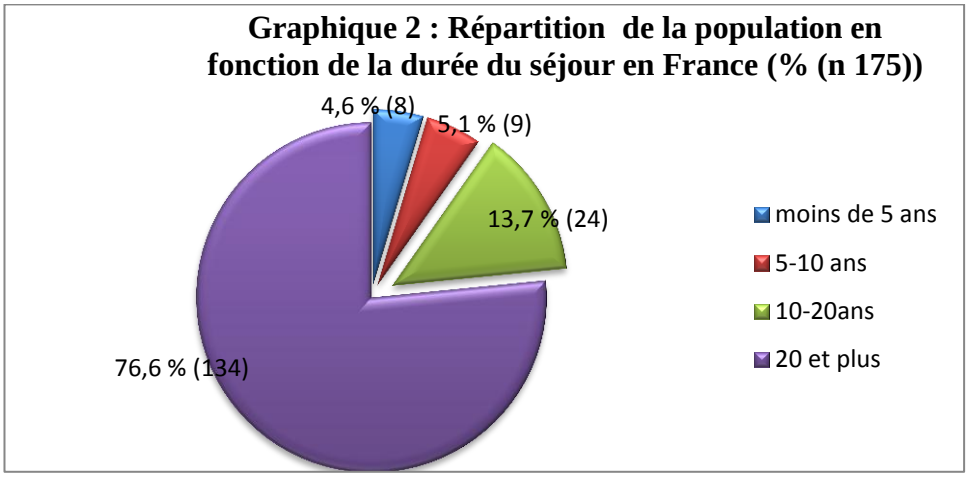


L'âge moyen de la population était compris entre 18 et 40 ans (96 % ; n=168).

➢ Durée du séjour

Toutes les femmes vivaient sur le territoire français au moment de l'étude (n=175).

Graphique 2 : Répartition de la population en fonction de la durée du séjour en France (% (n 175))



La plupart des femmes étaient installées en France depuis plus de 20 ans (76,6 % ; n=134). A l'inverse 4,6 % des femmes (n=8) ont immigré en France il y a moins de cinq ans.

- **Eloignement familial**

Tableau I : Durée de séjour et sentiment d'éloignement (% (n 175))

Durée de séjour	< 5ans	5-10 ans	10-20 ans	>20ans	total
Pas éloignement	1	4	17	88	110
Eloignement	7	5	7	46	65
Total	8	9	24	134	175

62,9 % des femmes (n=110) ne se considéraient **pas éloignées** de leur famille. Au contraire 37,1 % des femmes (n=65) estimaient être loin de leurs proches. Une relation statistiquement significative a été retrouvée entre la date d'arrivée en France et l'éloignement familial avec p = 0,01131 (p<0,05).

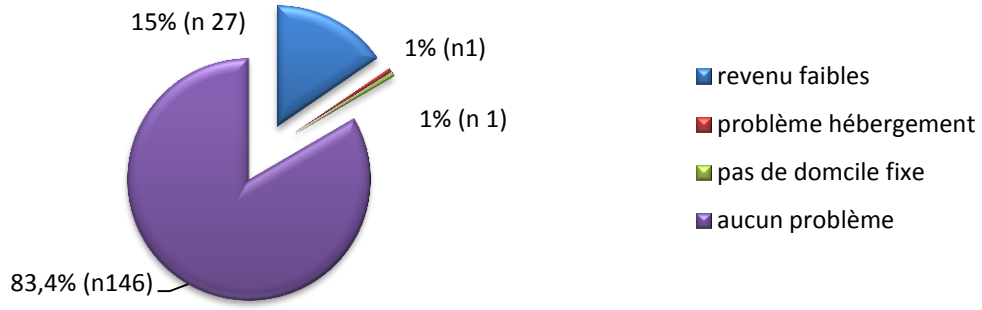
- **Situation conjugale**

97,1 % des femmes (n=170) vivaient en **couple,** 2,9 % des femmes (n=5) vivaient seules. Parmi celles-ci, quatre femmes ont été délaissées par le conjoint à l'annonce de la grossesse et une l'a été pendant la grossesse.

- **Conditions socio-économiques**

Une grande partie des femmes interrogées soit 83,4 % (n=146) affirmaient avoir un statut socio-économique satisfaisant (revenu stable, hébergement fixe).

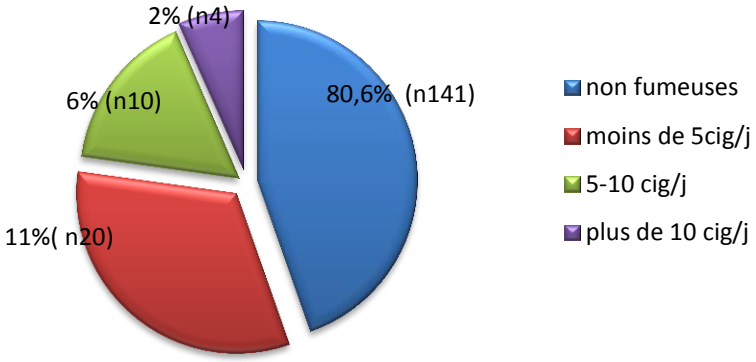
Graphique n°3 : Répartition de la population en fonction des conditions socio-économique (%(n 175))



Au contraire**, 15,4 %** des femmes (n=27) reconnaissaient avoir **des revenus faibles**. De même, une femme déclarait avoir des problèmes d'hébergement tandis qu'une autre n'avait pas de domicile fixe.

- **Statut tabagique**

Graphique n°4 : Statut tabagique de la population (%(n175))

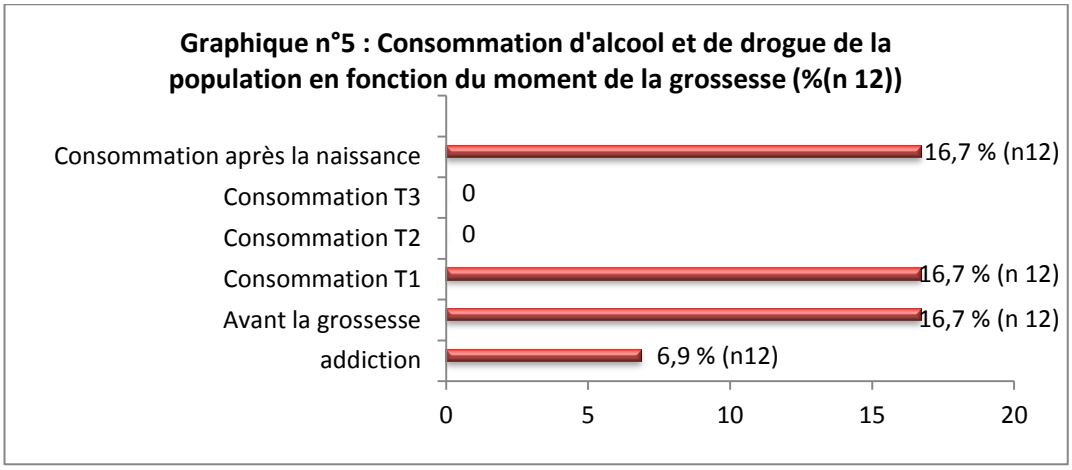


19,4 % des femmes de l'étude (n=34) avait un **statut tabagique positif**, contre 80,6 % de femmes non fumeuses (n=141).

Parmi les fumeuses, 11 % des femmes (n=20) fumaient moins de cinq cigarettes par jour. 6 % des femmes (n=10) fumaient entre cinq et dix cigarettes par jour. 2 % des femmes (n=4) fumaient plus de dix cigarettes par jour.

➢ Addiction

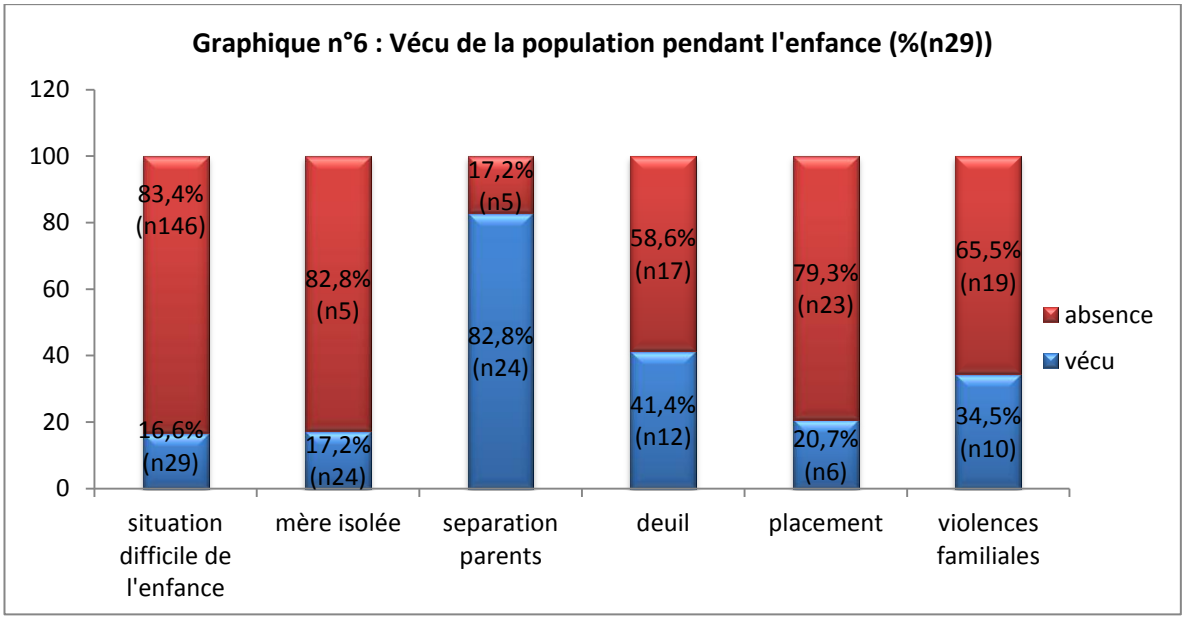
La majeure partie des femmes **93,1 % (n=163) n'avaient aucune addiction**.



6,9 % femmes (n=12) reconnaissaient boire de l'alcool ou prendre de la drogue avant la grossesse.

Deux d'entre elles (16,7 %) ont continué pendant le premier trimestre de la grossesse. Toutes ont arrêté leur consommation pendant le deuxième et le troisième trimestre de la grossesse. Seul deux d'entre elles ont recommencé après la naissance de l'enfant.

➢ Difficultés pendant l'enfance



La majorité des femmes (83,4 % ; n=146) n'ont pas vécu de situations difficiles au cours de leur enfance.

Parmi les femmes ayant des difficultés, 29 femmes (16,6 %) ont connu des difficultés lors de leur enfance. 24 femmes (82,8 %) ont connu la séparation des parents, le deuil concernait 12 femmes (41,4 %), 10 femmes (34,5 %) ont connu des violences familiales, 5 femmes (17,2 %) ont eu une mère isolée et 6 femmes (20,7 %) ont été placées dans leur enfance.

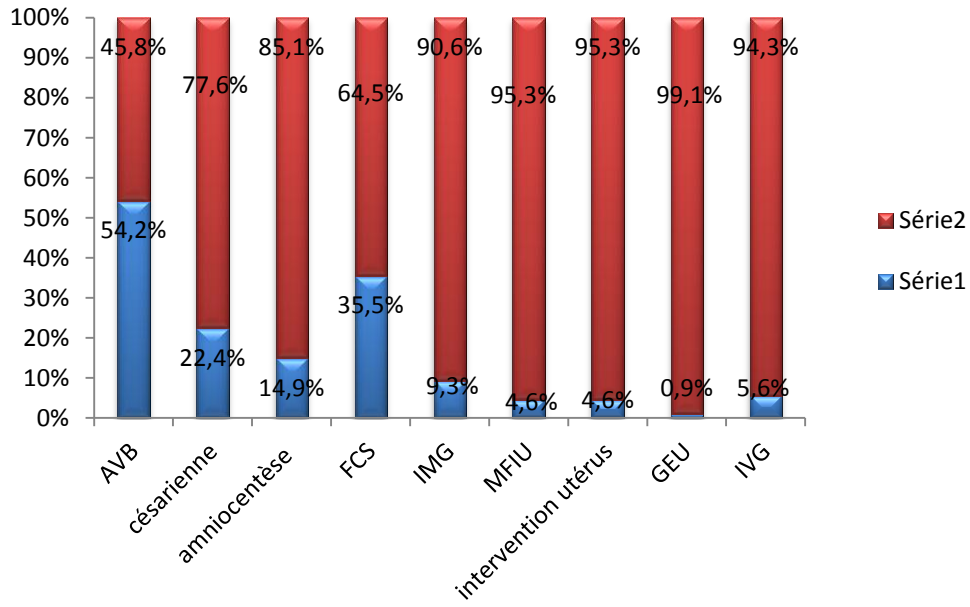
3. Données en relation avec la grossesse

➢ Antécédents

Parmi les femmes interrogées, **61,1 % d'entre elles (n=107) avaient des antécédents gynéco-obstétricaux** contre 38,9 % des femmes (n=68) sans antécédents.

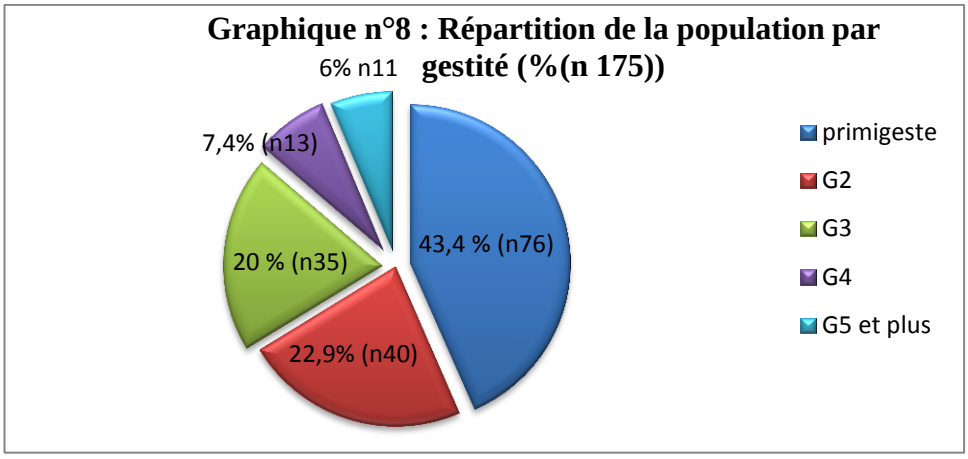
Les antécédents les plus fréquemment retrouvés parmi cette question à choix multiples étaient : l'accouchement voie basse 54,2% (n=58), la césarienne 22,4% (n=24), l'amniocentèse 14,9 % (n=16), la FCS 35,5 %, (n=38), l'IMG 9,3 %, (n=10).

Graphique n°7 : Antécédents de la population (%(n106))



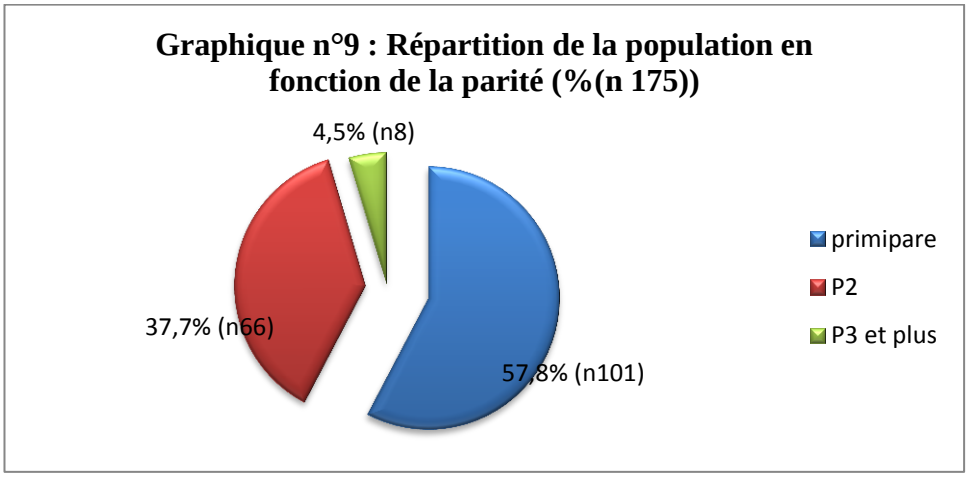
Les antécédents moins retrouvés chez ces femmes étaient : l'interruption volontaire de grossesse (IVG) 5,7 % (n=6), les interventions sur l'utérus 4,7 % (n=5), la MFIU 4,7 % (n=5), la GEU (n=1).

➢ Gestité



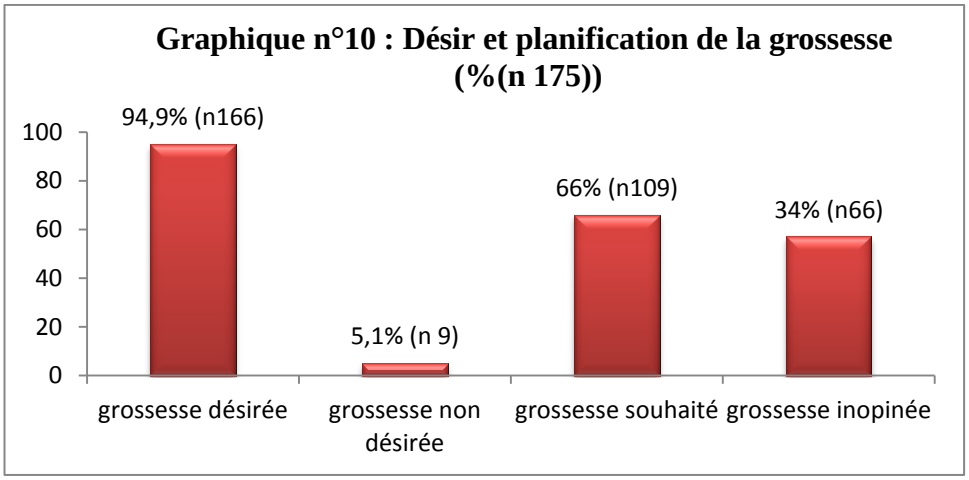
La majorité des femmes interrogées : 43,4 % (n=76) étaient primigestes. On note que 22,9 % (n=40) des femmes étaient enceintes pour la deuxième fois contre 20 % (n=35) qui l'étaient pour la troisième fois. Seul 13,7 % (n=24) des femmes étaient à leur quatrième grossesse et plus.

➢ Parité



57,8 % des femmes interrogées (n=101) étaient **primipares**. A l'inverse 37,7 % des femmes (n=66) étaient hospitalisées à la maternité pour la naissance de leur deuxième enfant. 4,5 % des femmes (n=8) ayant participé à l'étude étaient troisième pare et plus.

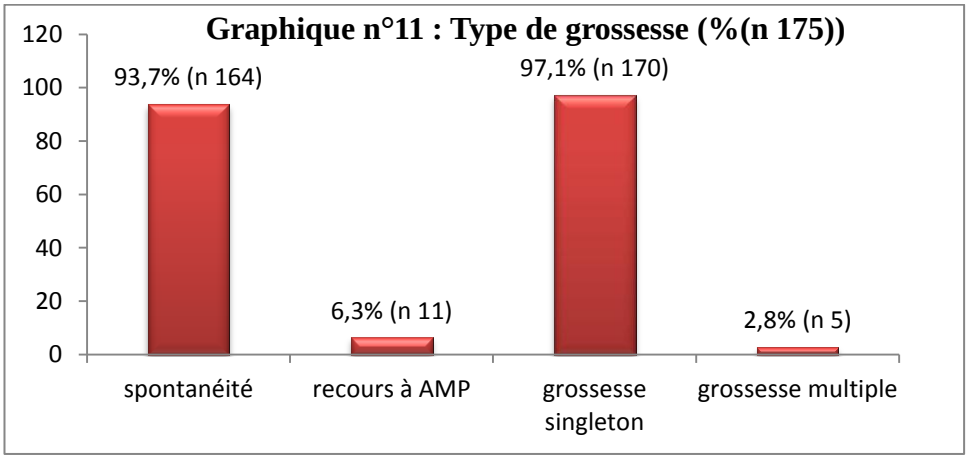
➢ **Désir et planification de la grossesse**



La plus grande partie des femmes enquêtées **94,9 %** (n=166) **désiraient leur grossesse**. Pour 5,1 % d'entre elle (n=9) ce désir n'était pas présent.

66 % des grossesses souhaitées (n=109) ont été planifiées. 34 % des grossesses (n=66) étaient inopinées. Parmi les grossesses non désirées, six femmes ont fait initialement une demande d'IVG n'ayant pas abouti, l'une d'entre elle a été tardive après 14 semaines d'aménorrhées.

➢ **Modalités de la grossesse**



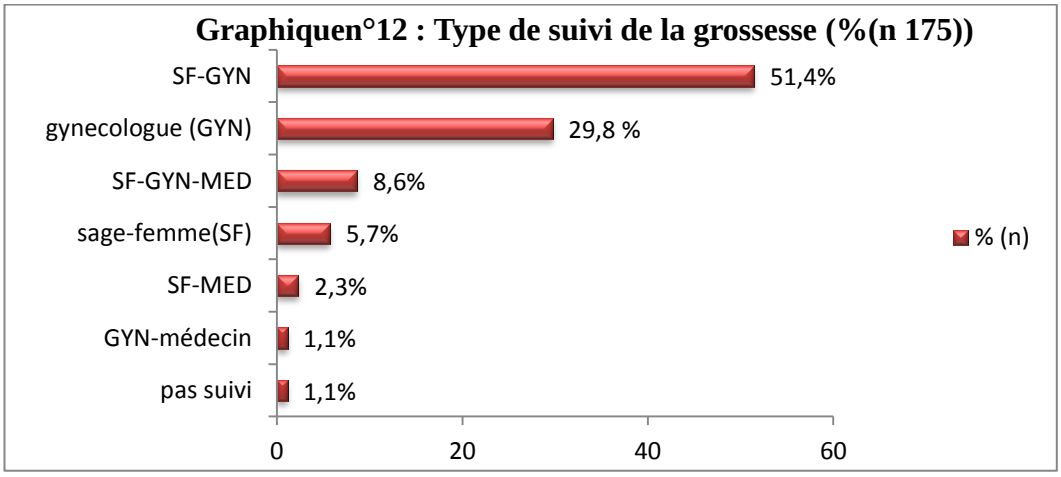
Pour **93,7 %** des femmes (n=164) il s'agissait d'une **grossesse spontanée**. A l'inverse 6,3 % femmes (n=11) ont eu recours à des techniques d'assistance médicale à la procréation (AMP).

2,9 % femmes (n=5) ont eu une grossesse multiple mais pour 97,1 % des femmes il s'agissait d'une grossesse simple (n=170).

- **Suivi de la grossesse**

Deux femmes n'ont pas fait suivre leur grossesse. 173 femmes soit 98,9 % ont bénéficié d'un suivi régulier (défini par une consultation tous les mois). Par ailleurs, toutes les femmes suivies affirmaient l'avoir été dans plusieurs établissements (n=175).

- **Type de suivi pendant la grossesse**



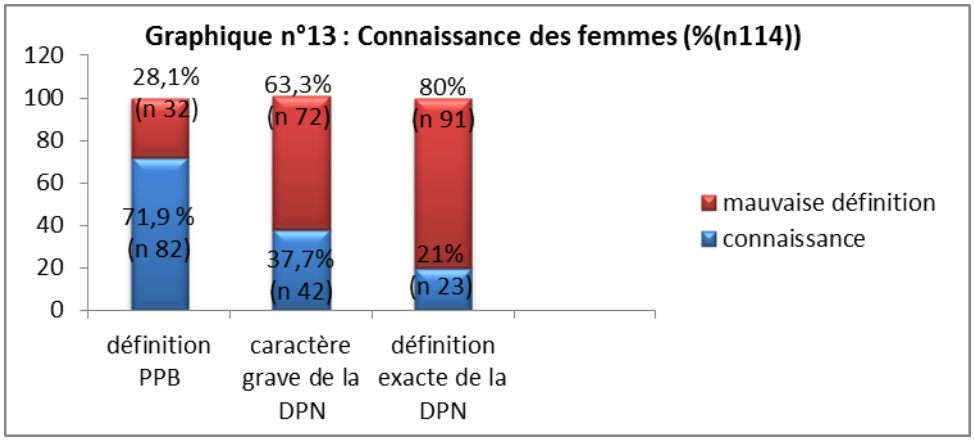
Les types de suivi fréquemment retrouvés étaient : le suivi par une sage-femme et un gynécologue (n=90 ; 51,4 %), le suivi par un gynécologue uniquement (n=52 ; 29,8 %), le suivi par une sage-femme, un gynécologue et un médecin traitant (n=15 ; 8,6 %).

Les autres types de suivi retrouvés avec un taux moindre étaient : le suivi par une sage-femme uniquement (n=10 ; 5,7%), un suivi partagé entre un gynécologue et un médecin traitant (n=2 ; 1,1 %), le suivi partagé entre une sage-femme et un médecin traitant (n=4 ; 2,3 %).

4. Données en relation avec les connaissances des femmes sur le PPB et la DPN

➢ Connaissances

La majorité des femmes 65,1 % (n=114) avaient connaissance à la fois du PPB et de la DPN. A la différence 34,8 % (n=61) des femmes n'ont jamais entendu parler de ces deux sujets.



71,9 % (n=82) des femmes informées étaient en mesure de définir le PPB. En ce qui concerne la DPN, 37,7 % (n=42) des femmes déclaraient supposer le caractère « plus grave ». Seul 21 % (n=23) des femmes étaient réellement en mesure de proposer une définition exacte de la DPN.

➢ Connaissances et information

34,3 % (n=61) des femmes n'avaient aucune connaissance du PPB et de la DPN, elles n'avaient pas reçue d'information sur ces sujets.

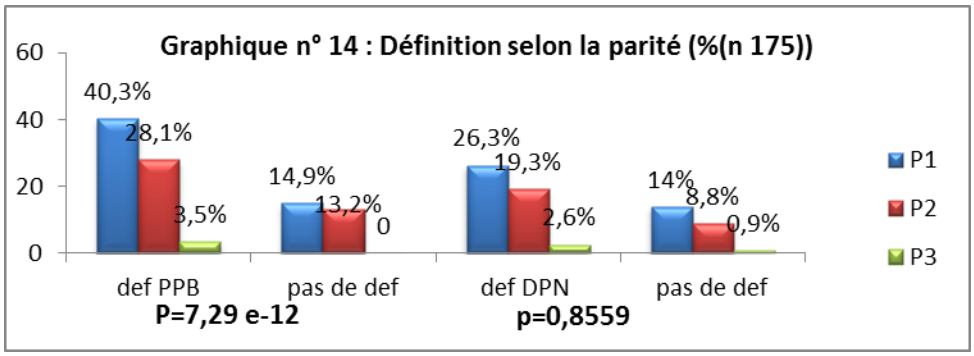
65,7 % (n=114) des femmes affirmaient connaitre ces deux pathologies. Un lien statistiquement significatif a pu être mis en évidence car $p < 0,05$ ($p= 2,2^{e}$-16).

➢ Parité et connaissances des femmes

37,1 % des primipares (n=63) avaient des connaissances sur la DPN et le PPB, contre 27,7 % pour les deuxièmes pares (n=47) et 2,4 % des troisièmes pares (n=4). La proportion des femmes ayant entendu parler de la DPN et du PPB diminuait au fur à mesure que la parité augmentait. Cette tendance était identique pour les femmes n'ayant

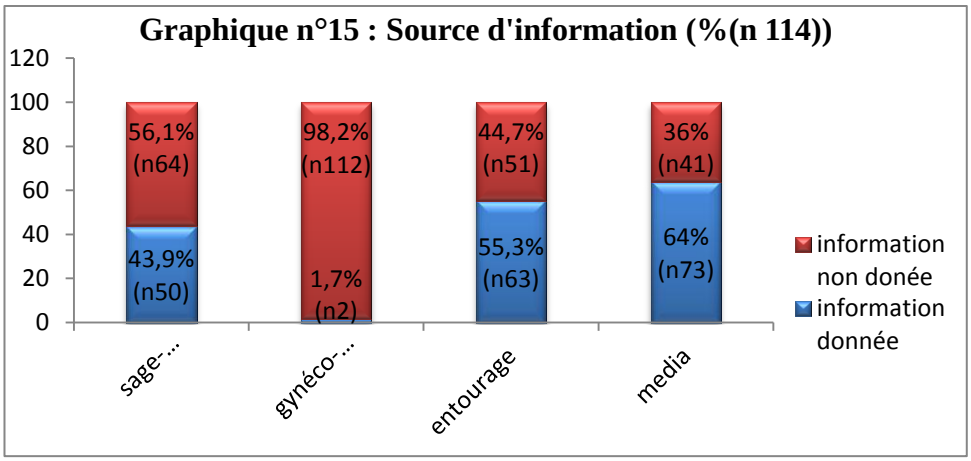
pas eu connaissance de ces deux pathologies. Aucun lien statistiquement significatif n'a pu être retrouvé entre ces deux variables avec un p=0,5048 (p > 0,05).

- **Définition du PPB et de la DPN selon la parité**



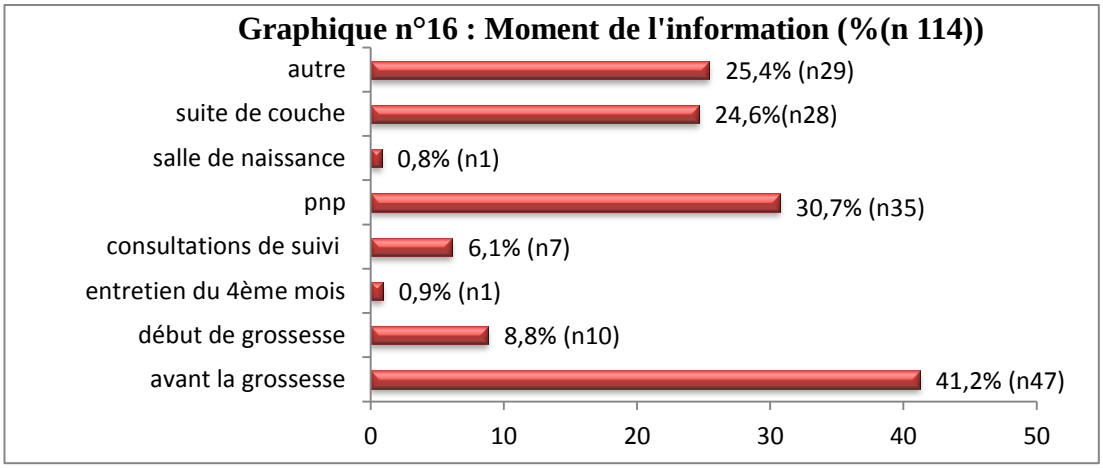
40,3 % des primipares (n=46) avaient donné une définition exacte du PPB, 26,3% (n=30) avaient défini la DPN. Un lien statistiquement significatif a été établi entre le fait de pouvoir définir le PPB et la parité (p<0,05). Ce même lien n'a pu être établi pour la DPN (p>0,05).

- **Source d'information de la population**



Parmi les réponses proposées, le sujet était le plus souvent évoqué par les **médias 64 %** (n=73), avec l'entourage 55,3 % (n=63), puis par la sage-femme 43,9 % (n=50). Pour deux femmes uniquement le gynécologue a abordé le thème.

➢ Les différents temps de l'information



Les troubles psychiques du PP avaient été abordés à différents moments de la grossesse et du per-partum : **avant la grossesse** 41,2 % (n=47), au cours des **séances de PNP** 30,7 % (n=35), en **SDC** 24,6 % (n=28), en début de grossesse 8,8 % (n=10), au moment des consultations de suivi 6,1 % (n=7). Une femme déclarait avoir été informée en salle de naissance et une autre au moment de l'EPP.

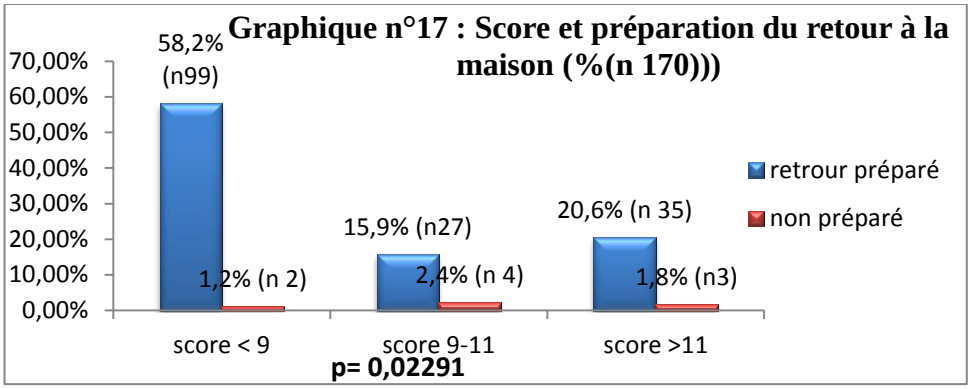
25,4 % femmes (n=29) avaient bénéficié de l'information à un autre moment : au cours du cursus scolaire (n=20), au cours de leur précédente grossesse (n=9).

➢ Initiative

La majeure partie des femmes avaient pris **l'initiative personnelle** d'aborder ces différents troubles **57 %** (n=65). Pour 38,6 % des femmes (n=44), le professionnel de santé avait spontanément évoqué le sujet. Enfin, pour 4,4 % des femmes (n=5) la demande était venue des deux parties (n=5).

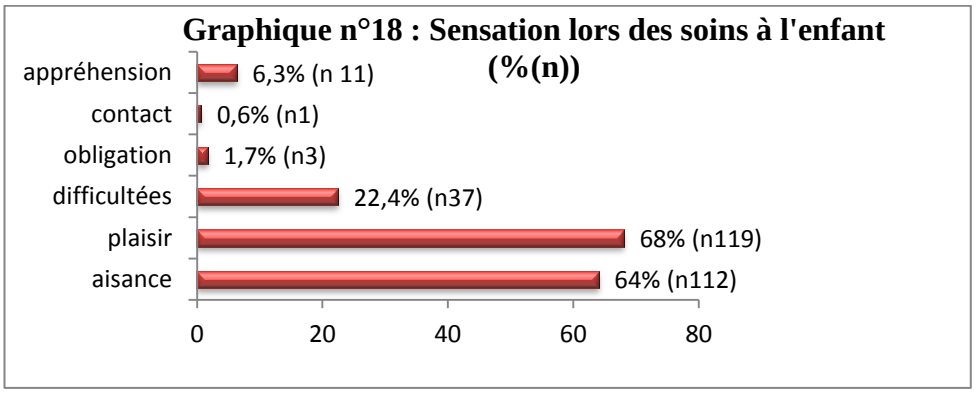
5. Etat psychologique des parturientes en suites de couches

➢ Préparation du retour à la maison



58,2 % des femmes (n=99) ayant préparé leur retour à la maison ont un score <9 à l'EPDS. A l'inverse 20,6 % des femmes (n=35) ne l'ayant pas fait avaient un score >11 à l'EPDS. Un lien statistiquement significatif a été mis en place (p <0,05).

➢ Sensations éprouvées par les mères au moment des différents soins à l'enfant



Parmi les propositions faites, c'était les sensations de **plaisir** (68 % ; n=119) et **d'aisance** (64% ; n=112) qui ressortaient majoritairement. 22 % des femmes (n=37) évoquaient des difficultés techniques et 6,3 % des femmes (n=11) notaient une appréhension exagérée. Une femme notait un contact au corps de son enfant difficile tandis que trois femmes se sentaient obligées d'effectuer les soins à leurs enfants.

➢ **Participation à la réunion sur « le retour à la maison » proposé par le NHE**

28 femmes participaient à la réunion d'information (16 %). 147 femmes n'assistaient pas à cette réunion (84%). Deux raisons étaient invoquées : certaines n'en avaient pas le souhait, d'autres n'avaient pas reçu l'information.

➢ **Réunion et thèmes abordés**

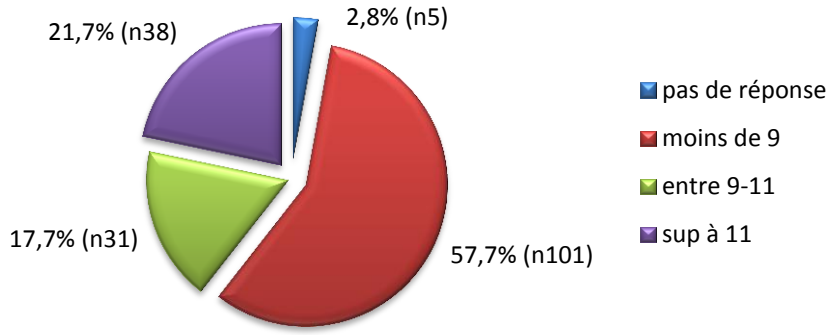
15 participantes étaient **satisfaites** de l'information apportée au cours de cette réunion (53,6 %) tandis que pour **13** d'entre elles, le contenu de la réunion **ne correspondait pas à leur attente** (46,4 %).

Les thèmes traités au cours de ces réunions étaient : **l'alimentation du nouveau-né** (89,3 % ; n=25), **l'allaitement maternel** (85,7 % ; n=24), **les soins du nouveau-né** (64,3 % ; n=18), **le suivi pédiatrique de l'enfant** (53,6 % ; n=15), l'organisation à la maison (46,4 % ; n=13), la mort subite du nourrissons (MSN) (21,4 % ; n=6), le PPB (10,7 % ; n=3), la DPN (3,6 % ; n=1).

6. EPDS et intervention

➢ **EPDS**

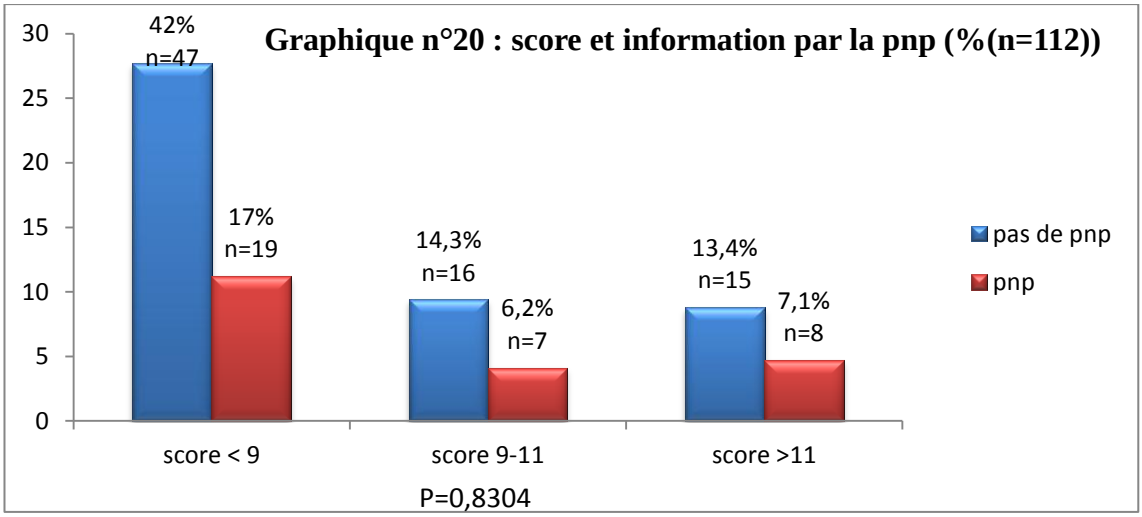
Graphique n°19 : Score obtenu à l'EPDS (%(n 170))



Cinq femmes ne souhaitaient pas remplir la dernière partie du questionnaire le trouvant trop intrusif.

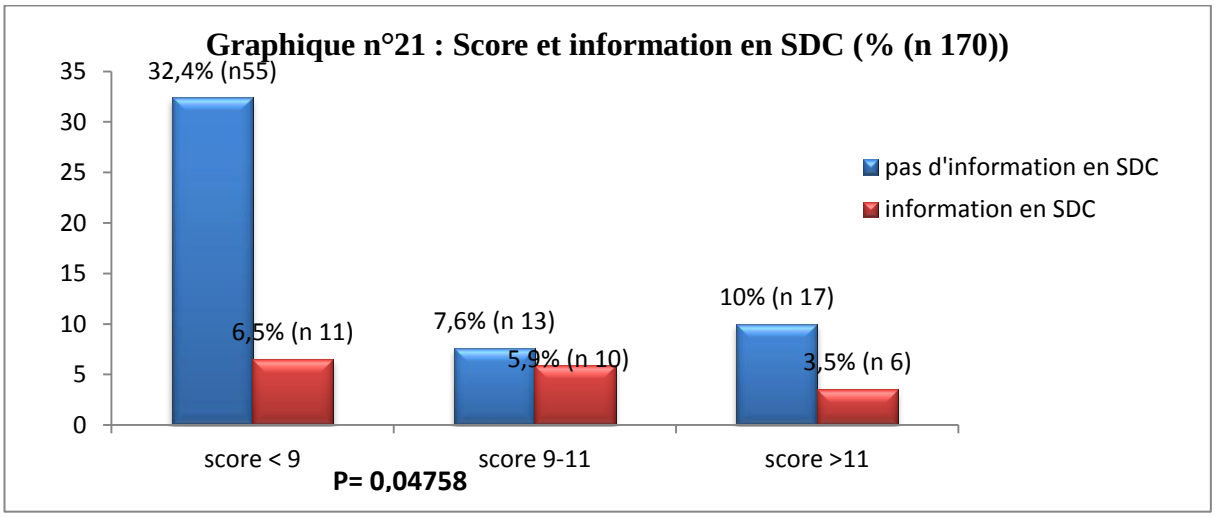
97,2 % des femmes (n=170) avaient rempli entièrement l'auto-questionnaire de dépistage de la DPN. Plus de la moitié des femmes **57,7 %** avaient un **score <9** (n=101) alors que **21,7 %** des femmes avaient un **score >11** (n=38).

➢ **Information par la PNP et score en SDC**



23,2 % des femmes (n=47) ayant **reçu une information** au moment de la PNP avaient obtenu des **scores <11** et n'étaient pas à risque de DPN (17 % et 6,2 % soit n=26). Parmi les femmes informées 7,1 % d'entre elles (n=8) avaient un score >11 et étaient à risque de DPN. Des pourcentages similaires étaient observés pour les femmes n'ayant pas eu l'information au moment de la PNP et les scores obtenus en SDC. Aucun lien statistiquement significatif n'a été mis en évidence (p >0,05).

➢ **Score et Information sur la DPN/PPB en suites de couches**

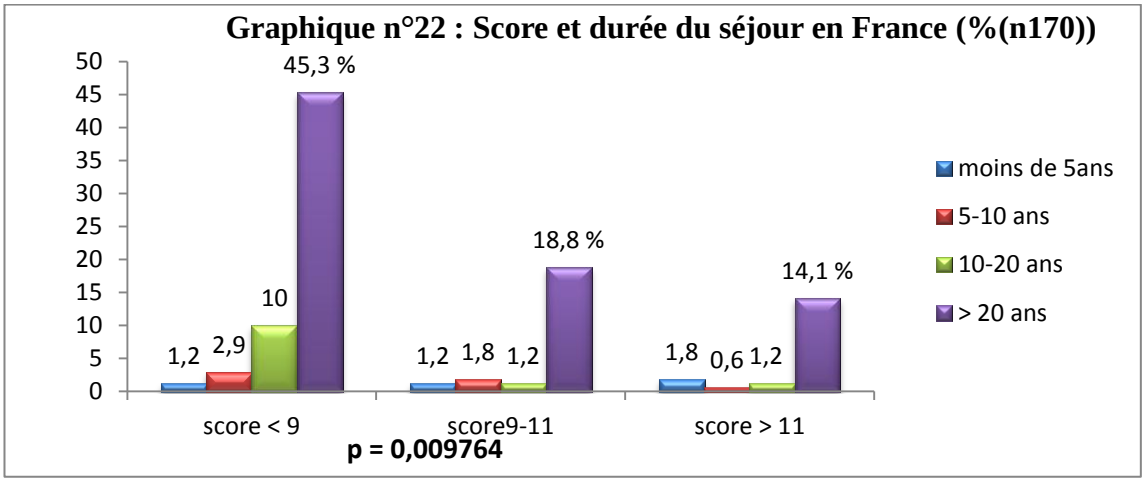


12,4 % des femmes (6,5% + 5,9 % soit n=21) informées en SDC avaient un score <11 à l'EPDS. **3,5 %** des femmes (n=6**) ayant reçue une information en SDC avaient un score >11**. 10 % des femmes (n=17) non informées obtenaient un score >11 en SDC.

Un lien statistiquement significatif a pu être retrouvé (p<0,05) : l'information en SDC sur le PPB et la DPN réduit les scores obtenus par les femmes à l'EPDS.

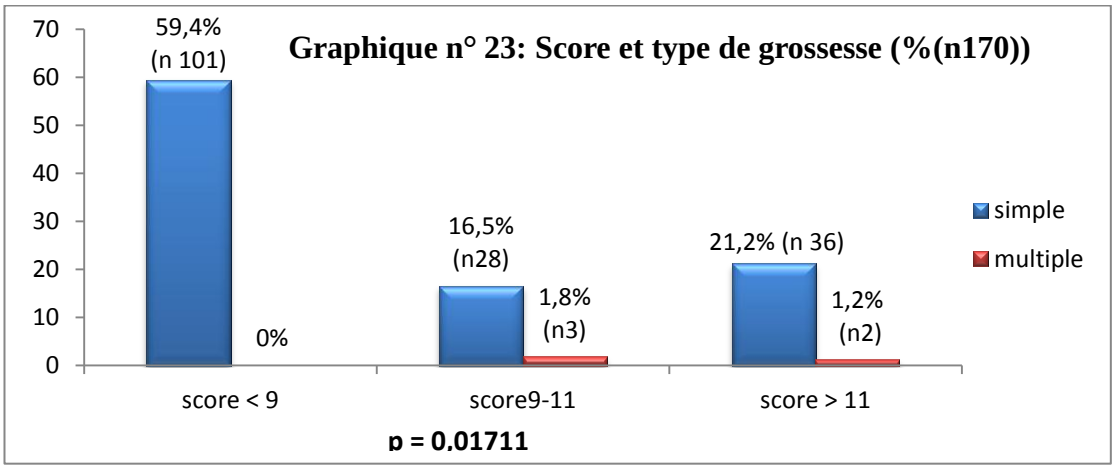
7. Facteurs de risques de DPN significatifs dans notre étude

➢ Durée du séjour en France



55,3 % des femmes ayant un score < 9 vivaient en France depuis plus de 10 ans (45,3% + 10% soit n=94). **Un lien statistiquement significatif a été mis en évidence** : plus la date d'arrivée en France était ancienne, plus le risque de développer une DPN était réduit (p < 0,05).

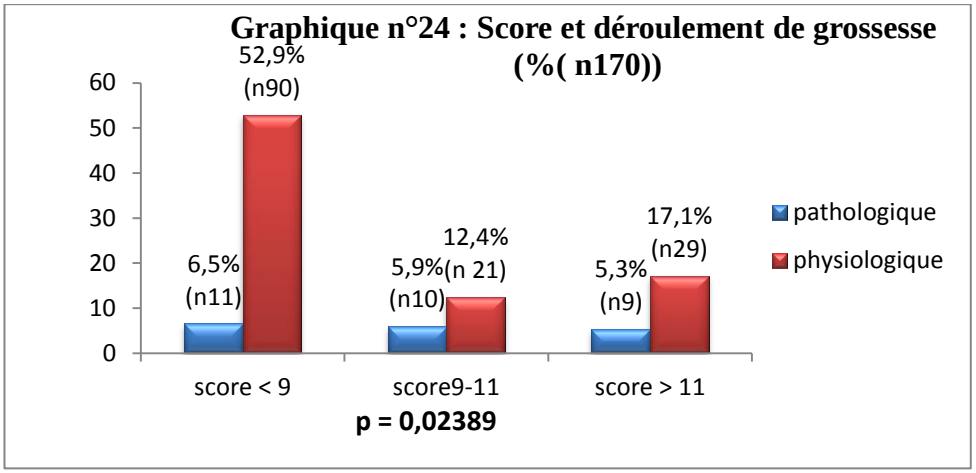
➢ Type de grossesse



59,4 % des femmes (n=101**) non à risque de DPN** avaient eu une **grossesse unique** dans le groupe « score < 9 » et 16, 5 % des femmes (n=28) dans le groupe « score 9-11 » contre 1,8 % de grossesses multiples (n=3) dans ce même groupe. **Un lien**

statistiquement significatif était retrouvé (p<0,05) : les femmes ayant des grossesses multiples avaient des scores à l'EPDS plus élevé.

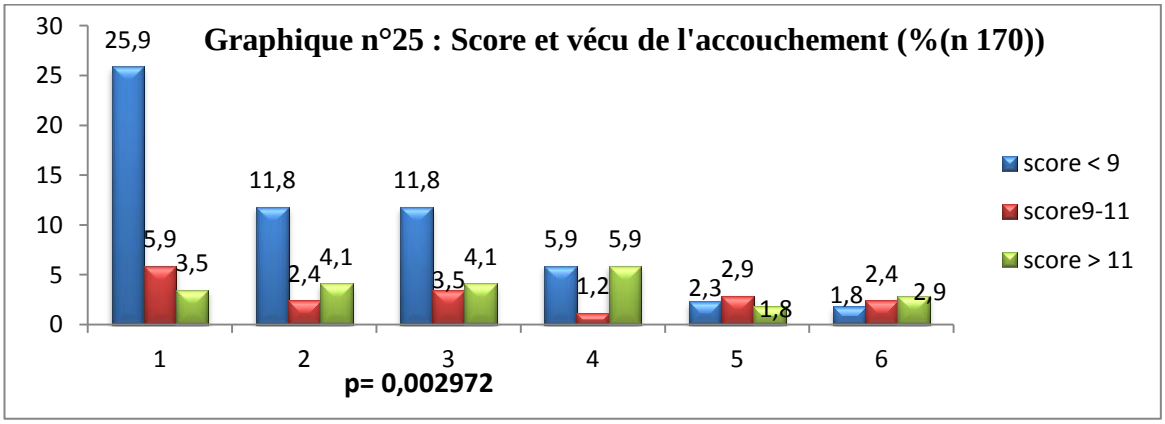
- **Déroulement de la grossesse**



52, 9 % des grossesses physiologiques (n=90) avaient un score inférieur à 9. Pour 12,4 % (n=21) ce score était compris entre 9 et 11, et à l'inverse 17,1 % des femmes (n=29) appartenaient au groupe à risque de DPN (score supérieur à 11).

La proportion des femmes ayant eu une grossesse pathologique était quasiment identique dans les trois groupes (6,5 % ; 5,9% ; 5,3 %). **Un lien statistiquement significatif a été retrouvé** (p<0,05) : le fait d'avoir une grossesse pathologique augmentait le score obtenu à l'EPDS.

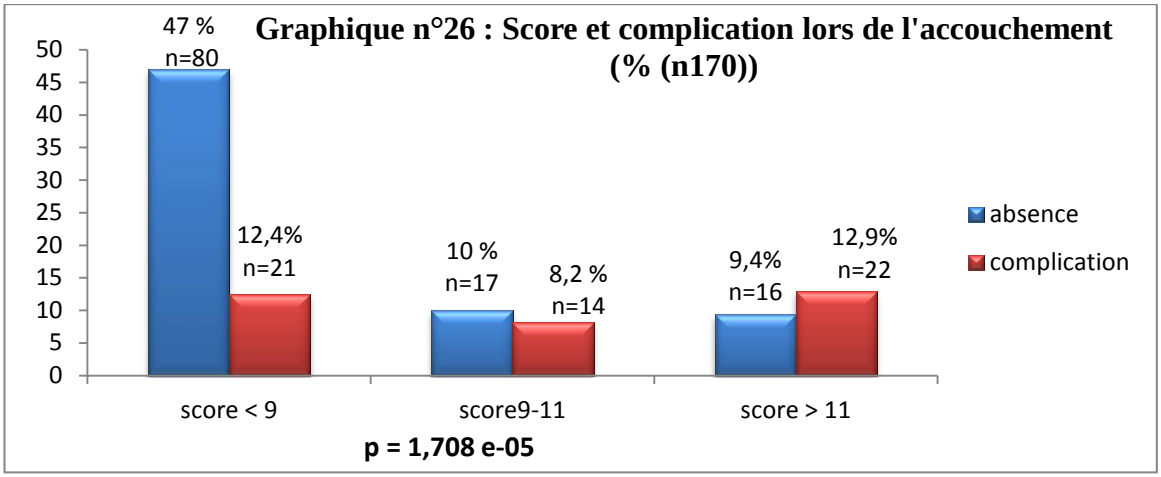
- **Vécu de l'accouchement**



25,9 % des femmes (n=44) ayant un très bon vécu de leur accouchement avaient un score à l'EPDS inférieur à 9. A l'inverse **2,9 %** des femmes (n=5) ayant un très **mauvais vécu** obtenaient un **score supérieur à 11. Un lien statistiquement significatif**

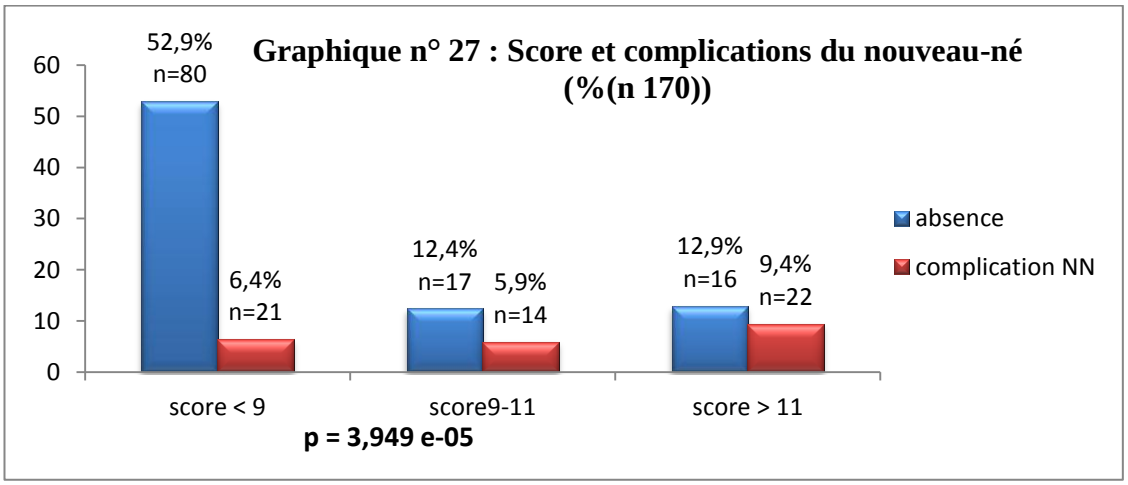
a été retrouvé (p <0,05) : le vécu de l'accouchement influait sur la valeur du score de l'EPDS.

➢ **Complication lors de l'accouchement**



47 % des femmes (n=80) n'ayant eu aucune complication lors de leur accouchement avaient un score <9, ce taux diminuant dans les deux secondes catégories (10 % n=17 ; 9,4 % n=16). 12,9 % des femmes (n=22) ayant eu des complications lors de leur accouchement appartenaient au groupe à risque de développer une DPN. **On notait un lien statistiquement significatif** (p<0,05) entre les complications survenant lors de l'accouchement et l'appartenance à un groupe à risque de DPN.

➢ **Complications du nouveau-né**



65,3 % des femmes (52,9 % + 12,4 % soit n=97) donnaient naissance à un nouveau-né ne nécessitant aucune prise en charge spécifique, elles n'appartenaient à

aucun groupe à risque. 9,4 % des nouveau-nés ayant eu des complications à la naissance avaient une mère (n=22) appartenant à un groupe à risque de DPN. Un lien statistiquement significatif a été retrouvé entre le score obtenu à l'EPDS et l'existence de complications néonatales ($p<0,05$).

8. Facteurs de risques de la DPN non significatifs dans notre étude.

➢ Conditions socio-économiques

7,1 % des femmes (n=12) ayant des conditions socio-économiques précaires avaient un score à l'EPDS <9, tout comme 52,4 % des femmes (n=89) admettant avoir des conditions socio-économiques satisfaisantes. Aucun lien statistiquement significatif n'a été retrouvé entre des conditions socio-économiques précaires et un score positif à l'EPDS ($p >0,05$).

➢ Vécu de la grossesse

76 % des femmes (n=133) déclaraient ne pas avoir de vécu particulier. 24 % des femmes (n=42) avaient vécu une situation particulière pendant la grossesse : un deuil (n=13 ; 30,9 %), un évènement stressant type accidents, des violences conjugales (n=6 ; 14,3 %), la découverte d'un handicap ou d'une anomalie concernant l'enfant (n=3 ; 7,1 %), un autre vécu (n=20 ; 47,6 %) lié au stress de la grossesse.

➢ Anxiété

La majorité des femmes (38,3 % soit n=65) anxieuses en fin de grossesse n'étaient pas à risque de DPN (score inférieur à 11). Les femmes appartenant à la même catégorie de risque sans être anxieuses en fin de grossesse étaient représentées dans les mêmes proportions (n=67). Aucun lien statistiquement significatif n'a été retrouvé entre l'état anxieux des femmes en fin de grossesse et le score obtenu à l'EPDS ($p>0,05$).

➢ Etat dépressif et score

Les femmes exprimant un état déprimé en fin de grossesse étaient deux fois plus nombreuses dans le groupe non à risque que dans celui à risque soit : 14,8 % (n=25) / 8,2 % (n=14). Il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre l'état déprimé des femmes en fin de grossesse et un score positif à l'EPDS.

DISCUSSION

1. Forces de l'étude

La principale force de l'étude est certainement le versant sous lequel elle a été traitée. En effet, la DPN est un réel problème de santé publique, ainsi de nombreuses études ont étés menées afin d'identifier des facteurs de risques, d'évaluer sa prévalence, mettre en place une prévention… Néanmoins, au cours de nos recherches nous n'avons pas trouvé d'étude concernant l'information des femmes enceintes.

De même, l'important taux de réponse obtenu 92,5 % révèle l'intérêt des femmes pour le sujet et confirme leur volonté d'être informées. Ceci est soutenu par les commentaires libres laissés à la fin de nombreux questionnaires qui n'ont pu être exploités.

Enfin, l'étude a démontré que les suites de couches sont le temps idéal pour l'information des femmes à ce moment souvent plus réceptives.

2. Limites de l'étude

2.1 Recueil des questionnaires

Alors que nous dénombrons sur la durée de l'étude environ 300 accouchements, seuls 200 questionnaires ont été distribués à raison de deux fois par semaine. Il aurait fallu augmenter la fréquence de distribution des questionnaires.

Enfin, nous avons fait face à de nombreux refus de la part des parturientes en raison des d'autres études simultanées menées par des étudiants sages-femmes.

2.2 Choix de la population

La principale limite de l'étude réside dans le fait que la population est majoritairement constituée de primipares, les deuxièmes pares et plus sont sous représentées. Cela peut être expliqué par les sorties précoces au troisième jour de SDC

concernant souvent cette population. Notre questionnaire devait être distribué au quatrième jour, les accouchées avaient quitté le service lors de notre passage.

Parallèlement nous n'avons pas établi de lien statistiquement significatif entre l'âge des femmes et divers facteurs tels que le score obtenu à l'EPDS en SDC, la parité, l'état psychique des femmes en SDC. En effet, notre population est constituée à 96 % de femmes âgées entre 18 et 40 ans.

2.3 Recueil des données

Notre outil de recueil présentait certains désavantages. Notre questionnaire comprenait 44 questions. Le temps de l'information et de lecture était estimé à 15 minutes lors des phases de pré-tests. Néanmoins, devant l'importance des taux de réponses, il ne constituait pas un frein.

C'est pourquoi nous avons choisi de ne pas interroger les parturientes item par item sur les signes cliniques, l'incidence, la durée, le caractère grave de la DPN et le PPB. Cela a justifié l'emploi d'une question ouverte pour notre objectif principal. Il consistait à évaluer les connaissances des femmes concernant ces deux troubles.

Bien que notre objectif ne fût pas le dépistage des femmes à risque de DPN, il aurait été pertinent d'observer la relation mère-enfant au cours du séjour en maternité afin de distinguer des facteurs de risques.

Pour des raisons pratiques, nous n'avons pu mettre en place la seconde phase de notre étude qui consistait à distribuer l'EPDS aux femmes ayant déjà participé au premier versant de l'étude en SDC au moment de la visite post-natale (VPN). Ceci aurait permis de dépister les éventuelles femmes dépressives et ainsi comparer les scores obtenus avec ceux du PP et exclure les faux positifs. En effet la plupart des femmes n'avaient pas encore prévu leur VPN et toutes n'auraient pas lieu au sein du CHUE.

3. Résultats de l'étude

3.1 Description de la population étudiée

➢ Age

L'âge moyen de la population était compris entre 18 et 40 ans (96 %). En 2010, le bilan démographique de la population de l'Institut National de la statistique et des Etudes Economiques n'étudiait pas ce taux par des tranches d'âge, nous regrettons ainsi ce choix [34].

➢ Séjour et durée sur le territoire français

Toutes les femmes résidaient de façon stable sur le territoire français au moment de l'étude. 76,6 % des femmes étaient installées depuis plus de 20 ans. Seul huit femmes étaient arrivées en France depuis moins de cinq ans, pour neuf d'entre elles la durée du séjour était comprise entre 5 à 10 ans.

➢ Eloignement familial

Un quart de la population vivant en France depuis plus de 20 ans reconnaissaient un éloignement familial (50,3 %). Au sein des huit femmes arrivées en France depuis moins de cinq ans, sept d'entre elles confirmaient cet éloignement familial. La relation entre la date d'arrivée en France et le fait d'être éloignée de sa famille est admise ($p<0,05$).

➢ Situation conjugale

97,1 % des femmes vivaient en couple durant la grossesse et au moment de l'étude. Ce taux est comparable au bilan démographique de la population émis par l'INSEE qui est de 92,8 % [34]. Nous avons choisi de ne pas étudier le statut de ces unions sachant qu'il ne constitue pas de facteurs de risques.

Uniquement cinq femmes vivaient seules au moment de l'étude. On ne peut écarter ce facteur de risque, l'échantillon concerné étant minime.

➢ Conditions socio-économiques

Les conditions socio-économiques de la majorité de la population étaient satisfaisantes (83,4 %). 15 % des femmes affirmaient au contraire avoir des revenus faibles, ce taux est comparable à celui retrouvé par l'INSEE (10%) [34].

➢ Statut tabagique

La population étudiée était constituée de 81 % de femmes non fumeuses, ce résultat est majoré lorsqu'on le compare à celui de l'INSEE (69,5%). A l'inverse seulement 2 % de femmes fumaient plus de 10cig/J dans notre population contre 19,6 % dans le rapport de 2010 [34].

➢ Addiction

La population étudiée ne présentait aucune addiction pour 93,1% des femmes. Elles étaient 6,9 % à consommer de l'alcool ou de la drogue avant la grossesse. Le bilan démographique édité par l'INSEE différencie la consommation d'alcool et de drogue, nous ne pouvons dons pas comparer notre population [34]. De même, lors de notre étude, nous n'avons pas effectué de différence entre ces deux addictions, l'impact étant le même sur la DPN.

➢ Difficultés dans l'enfance

La majorité des femmes n'avaient vécu aucune situation difficile pendant leur enfance (83,4 %). A l'inverse on note que la séparation des parents, le deuil et les

violences familiales étaient plus souvent rencontrées. Ce vécu ne semble pas majorer le risque de DPN.

3.2 Données en relation avec la grossesse

- **Gestité**

La majorité de la population étudiée était constitué de primigeste (43,4%), pour 22,9 % des femmes il s'agissait d'une deuxième grossesse, 20 % d'entre elles avaient été enceinte trois fois. Notre population diffère de la population générale étudiée par l'INSEE qui retrouve des taux de : 31,4 %, 18,4 %, 9 % pour ces catégories de gestité [34].

- **Parité**

La population était constituée majoritairement de primipares (57,8 %) discordant avec le bilan de l'INSEE (34,5%) [34]. Cela peut s'expliquer par les refus rencontrés de répondre au questionnaire. Il s'agissait avant tout d'accouchées ayant déjà des enfants et se disant sensibilisées.

C'est un facteur de risque controversé dans la littérature quant à son impact sur la DPN. Nous n'avons retrouvé aucun lien significatif entre la parité et le score obtenu à l'EPDS, ce résultat coïncide avec ceux de Perdereau, mais aussi avec ceux de Willinck et Cotton [31,35].

- **Désir et planification de la grossesse**

La plupart des femmes ont exprimé un désir de grossesse (94,9 %), parmi celles-ci plus de la moitié avaient planifié leur grossesse (66 %). Au contraire, 34 % des grossesses étaient inopinées. Aucune corrélation significative n'a été établie entre cette absence de désir et/ou de planification, et un score anormalement élevé à l'EPDS. Ces

résultats sont en adéquation avec ceux de Willinck et Cotton qui retiennent une grossesse non désirée comme facteur de risque anténatal de DPN [35].

Seul six femmes ne désirant pas leur grossesse avait fait une demande d'IVG qui n'a pas abouti, une seule a été tardive après 14 SA (5,1 %). Ce taux est similaire à celui émis par l'INSEE (3,1 %) [34]. Néanmoins aucun lien n'a pu être mis en évidence entre l'isolement social, l'absence de soutien d'un partenaire ou de l'entourage et cette demande préalable, la population n'étant pas suffisamment conséquente.

➢ Modalités de la grossesse

Seul 6,3 % des femmes ont eu recours à l'AMP, pour 93,7 % des femmes il s'agissait d'une grossesse spontanée. Seules cinq femmes de notre étude étaient concernées par une grossesse multiple. Il semble que le fait d'avoir eu ce type de grossesse soit un facteur de risque de DPN ($p<0,05$).

➢ Suivi de la grossesse

Seules deux femmes de notre étude n'ont pas fait suivre leur grossesse.

En ce qui concerne les professionnels de santé intervenants, les types de suivi plus fréquents étaient en première place le suivi partagé entre une sage-femme et un gynécologue-obstétricien (51,4 %), en deuxième place un suivi unique par un gynécologue-obstétricien (29,7%), enfin celui réalisé par une sage-femme, un gynécologue-obstétricien en association avec le médecin traitant (8,6%). Ces résultats correspondent au schéma organisé au sein du CHUE, le suivi est souvent assuré par une sage-femme et un gynécologue-obstétricien.

En dernière position nous retrouvons le suivi seul par une sage-femme (5,7 %). Alors que ces dernières possèdent toutes les compétences légales pour assurer le suivi des grossesses physiologiques, elles n'apparaissent pas comme le professionnel de santé majeur. Le suivi est bien souvent partagé avec un gynécologue-obstétricien lorsque les sages-femmes exercent de plein droit leurs compétences.

On peut l'expliquer par la méconnaissance du métier de sage-femme par la population générale qui associe cette dernière uniquement au temps de la naissance et des suites de couches.

De même, la plupart des femmes étant suivies sur le plan gynécologique par un gynécologue-obstétricien avant leur grossesse, c'est le premier acteur de santé consulté en début de grossesse. Il serait nécessaire de demander aux femmes dans quelle mesure ce dernier recommande à sa patiente d'avoir recours à une sage-femme et peut-être les interroger sur leurs connaissances concernant les compétences des sages-femmes.

Enfin, il aurait été pertinent de connaître le nombre de consultations dont les femmes avaient bénéficié pour le suivi de leur grossesse et déterminer l'impact du suivi sur la DPN.

D'autre part, la participation à des séances de PNP n'a été évoquée au cours de notre étude que chez les femmes ayant des connaissances sur le PPB et la DPN. Il aurait été approprié de s'intéresser à ce critère pour l'ensemble de la population, sachant que l'absence de PNP est un facteur de risque de DPN [10].

3.3 Connaissances des femmes

Plus de la moitié des femmes interrogées sur leurs connaissances du PPB et de la DPN affirmaient avoir déjà entendu ces deux termes. Néanmoins, toutes n'étaient pas en mesure de pouvoir les définir.

En effet 71,9 % d'entre elles étaient capables de proposer une définition du PPB et 20 % uniquement de ces femmes définissaient exactement la DPN. On remarque que 37,7 % des femmes citaient le caractère « plus grave » de la DPN.

Au vu des résultats nous supposons que les femmes ayant répondu oui à la question « avez-vous eu connaissance du baby-blues et de la dépression post-natale » n'étaient pas en mesure de différencier leurs connaissances selon les deux thèmes.

On constate que les primipares étaient majoritairement informées, cette proportion tendait à diminuer à mesure que la parité augmentait. Cependant aucun lien statistiquement significatif n'a été établi, certainement en raison de groupes d'accouchées non homogènes. Il aurait fallu recruter plus de deuxièmes et troisièmes pares.

Alors que la parité semble influer sur le fait de caractériser le PPB, ce lien n'a pas été retrouvé concernant la DPN. En effet, les primipares apparaissent plus sensibilisées à ces troubles psychiques du post-partum.

Très souvent, les sources d'information sont diverses pour une même femme. On retrouvait majoritairement les médias, l'entourage puis l'information donnée par la sage-femme. L'intervention des gynécologues-obstétriciens restait minime pour la population étudiée. Ces résultats concordent avec la société d'aujourd'hui, notamment avec l'émergence d'internet et la démocratisation des émissions parentales (beaucoup ont cité la quotidienne « Les maternelles » diffusée sur France 5).

Nous nous interrogeons sur le rôle de prévention de la sage-femme au moment des séances de PNP et en SDC. Elle doit s'assurer que la femme est informée qu'elle dispose d'alternatives et de personnes à qui s'adresser si elle le souhaite, une fois le retour à la maison effectué.

De même, quelques femmes avaient reçu cette information au cours de leurs cursus scolaire ou lors d'une précédente grossesse. Fréquemment c'est avant la grossesse, au moment des séances de PNP et enfin au moment des SDC que le sujet est abordé.

Ces résultats coïncident donc avec le type de suivi de grossesse effectué pour 51,4 % des femmes par une sage-femme et un gynécologue-obstétricien. Mais aussi avec les sources d'information, majoritairement par les médias.

Enfin, l'entourage semble être très présent aussi bien avant la grossesse qu'au moment du post-partum. Nous pouvons nous demander si les renseignements donnés sont exacts, de même sur la place accordée au PPB et à la DPN dans notre société où le dogme général est celui d'une maternité heureuse « quand tout va bien ». La DPN est-

elle réellement considérée comme une pathologie ? Comment est-elle perçue par l'entourage ?

L'initiative personnelle de la patiente prime le plus souvent (57 %) : se renseigner elle-même ou via un professionnel de santé.

3.4 Etat psychologique des parturientes en suite de couches

- **Préparation du retour à la maison**

Dans la moitié des cas, les femmes avaient répondu oui à la question « avez-vous préparé la fratrie à la venue de l'enfant », or les primipares représentants 96 % de notre population, ces résultats discordent.

Nous supposons que la question a été mal comprise par les participantes ou qu'une partie de celles-ci appartenait à une famille recomposée, situation très courante de nos jours.

- **Sensations éprouvées par la mère au moment des soins**

C'était le plaisir et l'aisance (68 % et 64 %) qu'éprouvaient majoritairement les répondantes au moment des soins avec leur enfant. 22,4 % d'entre elles évoquaient les difficultés techniques.

Avec un pourcentage faible, l'appréhension exagérée, le contact au corps difficile et l'obligation ont été citées. A posteriori, il apparait nécessaire de confronter ces items aux transmissions des dossiers médicaux de ces patientes afin de rendre compte de la relation mère-enfant perçue par l'équipe soignante. Les autorisations n'ayant pas été demandées, nous n'avons pu effectuer cette démarche.

➢ Réunion et thèmes

Au CHUE, une réunion d'information sur le retour à la maison est proposée, seules 28 femmes y ont participé au cours de notre étude. Pour 147 d'entre elles, soit l'existence de la réunion n'a pas été portée à leur connaissance, soit elles la jugeaient inutile.

Nous évoquons plusieurs hypothèses quant à l'absence de participation à cette réunion : la femme n'a pas été informée par l'équipe soignante, la femme pouvait recevoir des visites, il pouvait s'agir du moment de la tétée pour l'enfant, elle a oubliée au cours de la journée l'information donnée plus tôt.

Une femme sur deux était satisfaite du contenu de l'information, pour la seconde moitié l'information ne correspondait pas à leur attente. Face à ce résultat, nous concevons maintenant la nécessité d'inclure à cet item une question ouverte afin qu'elles puissent exprimer leur mécontentement.

Par ailleurs, on remarque qu'au cours de ces réunions le PPB a été abordé à trois reprises et une seule fois pour la DPN. Pour autant nous ne pouvons pas exclure le biais de mémorisation, les thèmes abordés étant divers, leur attention a pu être accaparée par un autre sujet.

La DPN touchant 10 à 15 % des femmes dans le PP, il faudrait rappeler l'importance de la prévention en SDC auprès des équipes soignantes [30, 31].

3.5 EPDS

Afin de savoir si les femmes sont réellement prêtes à évoquer ces sujets en SDC, moment où elles sont davantage centrées sur leur enfant et l'allaitement, elles devaient dans une dernière partie remplir l'EPDS.

Uniquement cinq femmes ont refusé, le trouvant trop intrusif. Nous remarquons que ce questionnaire pourrait être proposé par les sages-femmes après une brève explication de son intérêt auprès des femmes concernées. Nous ne devons pas oublier

que c'est avant tout un outil de dépistage et non de diagnostique qui permet d'engager le dialogue entre les deux protagonistes [36].

La majorité de la population à savoir 57,7 %, n'appartenaient pas à un groupe à risque de développer une DPN puisque le score obtenu est inférieur à 11. A l'inverse elles étaient 38 femmes (21,7 %) à obtenir un score supérieur à 11 et demeuraient donc à risque de DPN.

Ces résultats concordent avec ceux obtenus par Perdereau où son étude retrouve une prévalence de la DPN à 17,6 % au troisième jour du PP [31]. Mais également avec l'étude en 2004 de Teissedre et Chabrol, qui valide l'utilisation de l'EPDS dans le cadre d'une prévention primaire au troisième jour du PP [30].

Ces résultats sont à nuancer car la dynamique mère-enfant et l'interférence possible pour certaines femmes d'un baby blues intense n'ont pas été étudiées.

➢ EPDS et intervention

20 % des femmes dépistées ont eu une information au moment de leurs séances de PNP, parmi elles 4,7 % avaient un score supérieur à 11 à l'EPDS. Aucune relation n'a pu être mise en évidence entre le score obtenu à l'EPDS et une information en PNP.

A l'inverse, l'information pour ces deux pathologies en SDC semble réduire le score obtenu à l'EPDS. En effet seul 3,5 % des femmes informées en SDC avaient un score supérieur à 11. Alors que trois femmes sur quatre ayant reçue une information en SDC ont un score inférieur à 11. Il semble donc que les femmes aient besoin d'être sensibilisées de nouveau en SDC même si elles l'ont déjà été au cours de la PNP.

3.6 Facteur de risques significatifs dans notre étude

➢ Séjour

La majorité de notre population non à risque de DPN (score <11) était présente sur le territoire français depuis plus de 20 ans (64,1%). Au contraire, au sein des femmes à risque de DPN, la date d'arrivée en France était récente pour la majorité

d'entre elles, et les femmes dont le séjour était supérieur à 20 ans était minoritaires (14,1%). Une dépendance entre ces deux variables a été mise en évidence.

Par ailleurs, on s'aperçoit que ce sont ces mêmes femmes qui ressentaient le plus l'éloignement familial. Un lien statistiquement significatif a pu être mis en évidence. Notons, que même si en pratique nous avons pu observer que les sages-femmes sont attentives à la fréquence des visites auprès de ces femmes, aux différences de mœurs, peu retiennent la date d'arrivée en France comme un facteur de risque de DPN.

Il serait intéressant d'étudier la relation entre l'ethnie de la patiente et le score obtenu à l'EPDS afin de savoir si les différences de mœurs ont un impact sur le ressenti des femmes et donc leur bien être en SDC.

- **Type de grossesse**

On s'aperçoit que les femmes ayant une grossesse multiple ont des scores plus élevés à l'EPDS. Une corrélation significative existe, la naissance de jumeaux semble augmenter les scores obtenus par la mère. Elle n'a pas été retrouvée dans l'étude de Willinck et Cotton qui ne contenait dans leur échantillon aucune naissance multiple [35].

- **Déroulement grossesse**

Le taux de femmes ayant eu une grossesse dite pathologique était quasi identique dans les trois groupes de scores pris en compte pour cette étude (moyenne = 5,9 %). La majorité des femmes ont eu une grossesse physiologique (82,3 %) et ne se situait pas dans un groupe à risque de DPN.

Une corrélation entre le déroulement pathologique de la grossesse et le score prédictif d'une DPN dans le post-partum a été démontrée. Ces données correspondent avec celle de Voquer qui retrouvait cette même corrélation en retenant une hospitalisation d'une semaine dans le service des grossesses pathologiques [37].

➢ Vécu accouchement

Nous n'avons pas distingué le mode d'accouchement : voie basse/ voie haute car l'important était le vécu des femmes.

Globalement les femmes sont satisfaites de leur accouchement au CHUE et avaient des scores inférieur à 11 à l'EPDS (49,5%). Néanmoins, plus le vécu de l'accouchement est mauvais plus la proportion de femmes ayant obtenu des scores inférieur à 11 diminue.

Le vécu de l'accouchement semble influer sur le score obtenu à l'EPDS, cette corrélation est significative. Simeoni aboutit à la même conclusion concernant cette variable dans son étude [8].

Par ailleurs il serait intéressant de questionner les femmes sur la personne présente en salle de naissance et leur satisfaction concernant leur soutien et prise en charge par les équipes soignantes retenu comme facteur de risque de DPN par Willinck et Cotton [35].

➢ Complications lors de l'accouchement

Pour 65,1 % des femmes interrogées, l'accouchement était eutocique. Parmi elles seul 12,9 % soit une femme sur cinq a un score supérieure à 11 à l'EPDS. A l'inverse 34,9 % des accouchements ont été suivis de complications, au sein de cette population c'est environ une femme sur quatre qui obtient un score supérieur à 11 à l'EPDS.

Un lien significatif a été mis en évidence entre l'impact des complications au moment de l'accouchement sur le score obtenu à l'EPDS. C'est résultats concordent avec les différentes situations rencontrées au cours des divers stages. Les femmes ayant connu de telles situations apparaissent plus fragiles, se dévalorisent elle-même de ne pas avoir pu accoucher de façon physiologique. Elles remettent en question très souvent leurs capacités maternelles et expriment souvent une incompréhension face à la situation. Il apparait nécessaire qu'une personne présente au moment des faits tel le gynécologue-obstétricien ou la sage-femme puissent expliquer à la femme le déroulement des évènements et leur laisser un temps de parole.

➢ Complications des nouveau-nés

Seul 22,9 % des nouveau-nés sont concernés dans la population générale. En ce qui concerne leur mère, 9,4 % des femmes ont un score supérieur à 11 à l'EPDS. On remarque que la proportion de femmes dont l'enfant a vu sa naissance compliquée augmente de façon simultanée avec l'augmentation du score obtenu.

Une relation significative a été retrouvée, l'existence de complications lors de la naissance de l'enfant augmenterait significativement le score obtenus à l'EPDS.

3.7 Facteurs de risques non significatifs dans notre étude

➢ Conditions socio-économiques

4,1 % des femmes ayant des conditions socio-économiques précaires appartenaient à un groupe à risque de DPN (score >11). Au contraire, la majorité de la population affirmaient avoir des conditions satisfaisantes.

Alors que Willinck et Cotton retiennent le statut socio-économique comme facteur de risque de DPN, nous n'avons pas pu admettre une dépendance entre ces deux variables [35]. Nous pouvons expliquer la discordance de ces résultats par le fait que l'ensemble des items pour définir des conditions socio-économiques n'avait pas été proposé. Nous n'avons aucun renseignement sur l'exercice d'une profession par les intéressées.

➢ Vécu de la grossesse

Par vécu, nous avons voulu refléter les évènements de vie négatifs que peut vivre toute femme durant sa grossesse, véritable source d'anxiété. La grande majorité des répondantes ne faisait état d'aucun vécu particulier : deuil, handicap, stress, violences conjugales, accident soit 76 %.

Parmi les réponses positives à cette question, elles étaient plus de la moitié soit 47,6 % à évoquer le stress lié à la grossesse. Même si ces évènements ont été décrits par des auteurs comme facteurs de risques, ils ne semblent pas être prépondérants dans

l'étiologie de la DPN [35]. De plus, l'étude n'a pu mettre en évidence la dépendance entre les évènements de vie négatifs et un score plus élevé à l'EPDS.

➢ Anxiété

Seul 14,7 % des femmes anxieuses en fin de grossesse avaient un score supérieur à 11 à l'EPDS. Même si ce facteur de risque n'apparait pas significatif lors de notre étude, celle de Milgrom en 2007 retient l'anxiété comme l'un des six facteurs de risques anténataux de DPN [38].

Alors que nous avions simplement posé la question aux femmes il aurait été nécessaire qu'elles remplissent en fin de grossesse un questionnaire d'anxiété. Ne faisant pas l'objet de notre étude, nous avons choisi de le demander en PP aux femmes, cette anxiété pouvant être minorée par la naissance de leur enfant et le retour prochain à leur domicile.

➢ Dépression

Au sein de notre population, 22,9 % de femmes exprimaient un état dépressif en fin de grossesse. Parmi les femmes ayant un score supérieur à 11 à l'EPDS, 8,2 % se sont senties plus déprimées en fin de grossesse.

Retrouvée comme facteur de risque prépondérant dans l'étude de Milgrom, nous n'avons pu établir de corrélation entre une dépression en fin de grossesse et un score plus élevé à l'EPDS [38]. Nous pouvons aussi nous interroger face à l'exactitude des renseignements délivrés par les femmes, il est possible qu'elles n'aient pas eu envie de retranscrire certains détails de leurs vies personnelles. De plus, chaque personne peut avoir une définition différente de l'état déprimé.

Nous aurions aussi du inclure une question concernant les antécédents de dépression personnelle et familiale, véritable facteur de risque de la DPN.

4. Projet d'action

La synthèse de ces questionnaires permet de mieux appréhender les connaissances des femmes concernant le PPB et la DPN et ainsi cibler l'utilité de développer l'information faite aux femmes et émettre alors un projet d'action pour sensibiliser les professionnels de santé.

Il s'agirait d'abord de sensibiliser les professionnels de santé à la DPN, souvent peu abordée au cours de la grossesse et du post-partum. Afin qu'ils puissent repérer les difficultés maternelles et à leur tour en informer les parturientes, les faire prendre conscience de la gravité de la DPN contrairement à celle du PPB tout à fait bénin. L'objectif étant d'aider les femmes à déculpabiliser et dédramatiser les sentiments ressentis.

Devant la démocratisation de l'EEP et la volonté croissante des femmes de l'effectuer, c'est le premier temps idéal pour dépister d'éventuelles fragilités psychologiques et attirer leur attention sur les différents troubles du post-partum.

L'étude démontre que les femmes sont plus réceptives à l'information réalisée au moment des SDC qu'à celle réalisée en PNP. Cette information devra être donnée personnellement à chaque femme la veille du retour à domicile. Nous avons d'abord pensé à inclure celle-ci dans le cadre des réunions d'information sur le retour à domicile proposées par le NHE.

De même, lorsque le professionnel a des doutes sur l'état psychique de la femme, il est nécessaire qu'il lui propose de remplir l'EPDS. Cet outil pourrait être présenté aux équipes soignantes avec une petite fiche explicative comprenant les conditions de réponse à l'EPDS par la patiente ainsi que les modalités de cotation par les sages-femmes en SDC.

Ce questionnaire a pour but de dépister des femmes à risque de DPN. Il permet avant tout pour le professionnel de santé d'aborder par la suite le sujet avec la patiente. Il faut

garder en mémoire que dans notre société c'est un sujet tabou et encore plus dans certaines cultures.

De plus, une fois le score coté, si celui-ci est supérieur à 11, c'est un argument légitime pour l'élaboration d'une fiche de liaison PMI après information de la patiente. En effet, le professionnel aura préalablement expliqué à la femme, la signification de ce score et ainsi sa décision d'orientation vers la PMI. De même, il peut lui proposer, si elle le souhaite, la visite d'un psychologue au cours de son séjour.

Les professionnels de PMI souvent confrontés aux refus des femmes, le score obtenu à l'EPDS constitue un motif plus pertinent de non refus de ces visites. En outre, ceci permettrait aux équipes de PMI d'être encore plus vigilantes quant à la relation mère-enfant et l'état psychique des femmes.

Par ailleurs, face à ces femmes à risques, il sera pertinent de formuler sur ICOS « une note », qui sera obligatoirement consultée par le professionnel effectuant la VPN, lorsque celle-ci a lieu au NHE. Au contraire, lorsque celle-ci est prévue avec un autre professionnel, un courrier pourra lui être adressé en précisant le score obtenu à l'EPDS et l'éventuelle fragilité psychologique pouvant affecter leur patiente.

Nous avons élaboré une fiche intitulée « Maman pourquoi tu pleures ? ». Elle a pour objectif d'informer les femmes sur les deux pathologies principales étudiées lors de nos travaux. Nous avons choisi de faire figurer des adresses de sites internet tels que maman blues, école des parents que les femmes pourront consulter.

Enfin, notre étude ayant montré des forces et des faiblesses, il serait intéressant de la reconduire en incluant un dépistage des femmes au moment de la VPN accompagné d'un entretien semi-directif. Elle permettrait de prendre en compte l'évolution du cas de ces femmes et évaluer leur ressenti à posteriori concernant leur prise en charge en SDC.

CONCLUSION

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la Santé comme un « état de complet bien-être physique, mental et social et non pas uniquement l'absence de maladie ou d'infirmité ».

Bien que la médecine périnatale ait réalisé de nombreuses avancées notamment l'émergence de la maternologie, les troubles psychotiques restent encore sous-estimés. Les pressions sociales, le poids des mœurs sont importants et tendent à nier la souffrance de certaines femmes dans le post-partum.

Néanmoins, la dépression post-natale constitue un réel problème de santé publique, par son impact maternel, infantile, familial et conjugal. Son dépistage et sa prise en charge médicaux- psychologique est donc d'actualité.

Ce n'est que par une prise de conscience collective des professionnels de santé que nous pourrons apporter l'aide et le soutien nécessaires à ces femmes afin d'éviter les faits divers de plus en plus courant dans l'actualité.

REFERENCES

[1] Winnicott DW. La préoccupation maternelle primaire. Dans : De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot ; 1969.

[2] Delassus J-M. Le sens de la maternité, cycle du don et genèse du lien. Paris : Dunod ; 2002.

[3] Delassus J-M. Devenir mère : histoire secrète de la maternité. Paris : Dunod ; 2001.

[4] Bydlowski M. La dette de vie. Paris : PUF ; 1997.

[5] Mazet P. Psychiatrie périnatale, parents et bébés : du projet d'enfant aux premiers mois de la vie. Paris : Presses universitaires de France ; 1998. p.39-110.

[6] Bowlby J. La théorie de l'attachement. In psychopathologie du bébé. Paris : PUF ; 1989. p.165-170.

[7] Brazelton TB. Comportement et compétence du nouveau-né. Dans : la psychiatrie de l'enfant, 1981 ; 24(2) : 375-396.

[8] Simeoni V. La dépression post-natale : dépistage au cinquième jour et mise en évidence de facteurs de risques. Mémoire Sage-femme : Med : université Clermont-Ferrand I. 2004.

[9] Delassus JM, Bradan S,Galley F et al. Dépression maternelle du post-partum. Vocation sage-femme 2002 ; 92 : 9-15.

[10] Dayan J, Andro G, Dugnat M. Psychopathologie de la périnatalité. Paris : Masson ; 1999. p.53-122.

[11] Sutter A-L., Dallay. Traité d'obstétrique: la dépression post-natale. Paris : Elsevier Masson ; 2010. p.502-507.

[12] DSM IV. Mini DSM IV critères diagnostiques. Paris: Masson; 1996. p.384.

[13] Pitt B. Atypical depression following Childbirth. Brit Jr Psychiatry 1968 ; 136 : 339-346.

[14] Guedeney N, Fermanian J, Guelfi JD et al. Premiers résultats de la traduction de l'Edinbourg postnatal depression scale sur une population parisienne. Devenir 1995 ; 7(2) : 69-92.

[15] Tychey C. La prévention des dépressions. Paris : l'Harmattan ; 2004. p.19-96.

[16] Dayan J. Les dépressions périnatales. Evaluer et traiter. Issy-les-Moulineaux : Masson ; 2008.

[17] Page L. Le nouvel art de la sage-femme. Paris : Elsevier Masson ; 2004.

[18] Milgrom J. Dépistage et traitement de la dépression postnatale, une approche cognitiviste et comportementale. Devenir 2001 ; 4(13) : 27-50.

[19] Persini C. Du baby blues à la psychose puerpérale. Vocation sage-femme 2009 ; 74 : 10-15.

[20] Dayan J. Maman, pourquoi tu pleures ? Les désordres émotionnels de la grossesse et de la maternité. Paris : Odile Jacob ; 2002. p.101-246.

[21] Racamier P. La mère et l'enfant dans la psychose du post-partum. In L'évolution psychiatrique 1961 : 525-570.

[22] Lebovici S. L'arbre de vie, éléments de la psychopathologie du bébé. Ramonville-Sainte-Agne : Erès ; 1998. p.86-96.

[23] Murray L, Hatzinikolaou K. Infant sensivity to negative maternal emotional shifts: effects of infant sex, maternal postnatal depression and interactive style. Infant Mental Health Journal 2010; 31(5) : 591-610.

[24] PLAN «Périnatalité» 2005-2007: Humanité, proximité, sécurité, qualité ; novembre 2004. [Consulté le 14/11/2011]. Disponible à partir de l'URL:< **http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf**>
Dernière consultation le 6 mars 2012.

[25] HAS/Service des recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité ; novembre 2005.
[Consulté le 6/03/2012]. Disponible à partir de l'URL :
<**http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_rap.pdf**>

[26] HAS/ Service des recommandations professionnelles. Comment mieux informer les femmes enceintes ; avril 2005.
[Consulté le 10/03/2012]. Disponible à partir de l'URL : <**http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes**>

[27] Référentiel métier des sages-femmes ; janvier 2010.
[Consulté le 10/03/2012]. Disponible à partir de l'URL :
<**http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice de_la profession/lescompetences/gpexecomplereferentiel_metier/index.htm**>

[28] Troubles émotionnels et psychiques en post-partum. Fiche action 16. INPES
[Consulté le 12/02/2012]. Disponible à partir de l'URL :
<**http://www.inpes.sante.fr/default.asp**>

[29] Chabrol, Teissedre, Saint Jean et coll. Dépistage, prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude contrôlée chez 859 sujet. Devenir 2003 ; 15 : 5-25.
[Consulté le 6/03/2012]. Disponible à partir de l'URL :
<**http://www.cairn.info/revue-devenir-2003-1-page-5.htm**>

[30] Teissedre F, Chabrol H. Detecting women at risk for postnatal depression using the EPDS at 2-3 days post-partum. Can J Psychiatry January 2004 ; 49 : 769-772.

[31] Peraudeau Laure. Dépression post-natale : l'EPDS un moyen efficace de dépistage précoce ? Mémoire Sage-femme: Med: université de Nantes. 2008.

[32] Cox JL, Holden JM, Sagowsky R. Direction of postnatal depression. Development of the ten item Edinbourg post-natal depression scale. Brit J Psychiatry 1987 ; 150 : 782-786.

[33] Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. European Psychiatry 1998 ; 13 : 83-89.

[34] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Enquête nationale périnatale 2010.

[Consulté le 3/03/2012]. Disponible à partir de l'URL : <**http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/menu/communiques_de_presse/11102011__resultats_de_lenquete_perinatale_2010_/index.htm**>

[35] Willinck, Cotton. Risk factors for postnatal depression. Australian Midwifery J ACM 2004 ; 17(2) : 10-15.

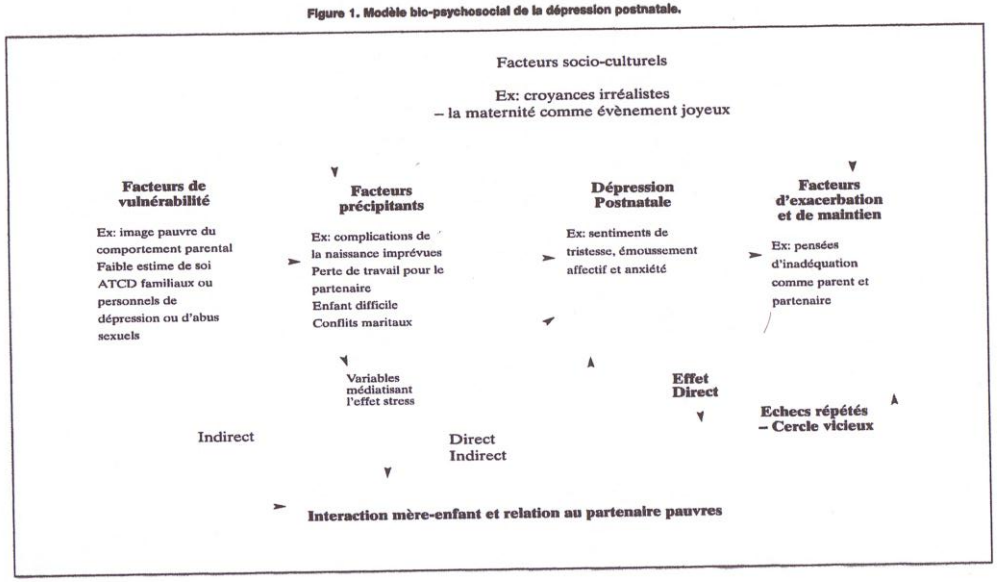
[36] Jardri R, Maron M, Pelta J. Impact of training on postnatal depression screening in the first week post-delivery : a quality of improvement report. Vocation Sage-femme 2011 ; 93 : 46-47.

[37] Voquer 0. Dépistage en maternité de la dépression du post-partum : étude d'une population à risque obstétrical ; proposition de prise en charge. Thèse : Med : Université de Clermont-Ferrand I. 1997 ; 66.

[38] Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL et coll. Antenatal risk factors for postnatal depression : A large prospective study. Journal of Affective Disorders 2008 ; 108 : 147-157.

ANNEXES

Figure 1. Modèle bio-psychosocial de la dépression postnatale.



ANNEXE I

ANNEXE II

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

Comprendre pour agir

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

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

- **Le baby blues** est caractérisé par des pleurs et une labilité émotionnelle souvent associés à des sentiments d'incompétence, d'incapacité à faire face et d'inquiétude. Ces symptômes apparaissent entre le 3e et le 5e jour du *post-partum* et disparaissent vers le 9e ou 10e jour. Le baby blues est relativement fréquent (30 à 70 % des accouchées) et assez bénin. Il n'est pas corrélé avec une psychopathologie sous-jacente de la mère. Il ne nécessite pas de traitement particulier. Sa prise en charge par le professionnel consiste essentiellement à écouter, rassurer et réconforter la mère. En revanche, si les symptômes persistent au-delà de ces deux semaines, la question d'une difficulté maternelle émergente doit se poser et éventuellement celle d'un diagnostic de trouble dépressif caractérisé.

- **La dépression du *post-partum*** (DPP) est le trouble psychiatrique post-natal le plus fréquent et concerne 10 à 15 % des mères. Son diagnostic repose sur les critères d'un épisode dépressif majeur, avec comme spécificité une apparition des symptômes dans les 4 (DSM-IV) ou 6 semaines (CIM-10) suivant l'accouchement. Les études reconnaissent néanmoins une fenêtre d'apparition plus longue (jusqu'à un an après l'accouchement). Les symptômes les plus fréquents sont des difficultés à s'endormir, des conduites hyperactives, des difficultés de concentration, de l'irritabilité, de l'anxiété, une fatigue permanente, etc. Des troubles de l'interaction mère-bébé peuvent également survenir.

  L'étiologie de la dépression postnatale n'est pas consensuelle. L'approche anglo-saxonne met plutôt en avant des facteurs prédisposants d'ordre biologique (fluctuations hormonales), démographique (âge, situation matrimoniale, statut socio-économique) ou encore social (événements négatifs de vie, conflit/insatisfaction au sein du couple). En France, plusieurs études et ouvrages indiquent qu'il n'y a pas de profil particulier pour les femmes qui présentent des troubles psychiques. Les facteurs précédents ne feraient que majorer le risque de difficultés maternelles, qui trouvent plutôt leur origine dans le vécu de la grossesse, le vécu de l'accouchement, l'impression qu'en a gardé la femme, une insatisfaction dans le lien établi avec le bébé, etc.

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

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

- **La psychose puerpérale** apparaît brutalement, la plupart du temps entre le 3e et le 14e jour après l'accouchement ; elle concerne 1 à 2 naissances pour 1000. Les symptômes sont des idées délirantes, des hallucinations, une perception altérée de la réalité ; ils sont généralement centrés sur l'enfant et sa naissance (négation de la maternité, sentiment de non-appartenance ou de non-existence de l'enfant, conviction que l'enfant est mort, qu'il a été substitué, etc.). Le DSM-IV ne reconnaît pas, contrairement au CIM-10, de diagnostic spécifique à la psychose puerpérale qu'il inclut parmi les troubles psychotiques brefs. Les mères souffrant de psychose puerpérale ont besoin d'être hospitalisées dans des unités spécialisées mère-bébé avec la mise en place d'un traitement psychotrope. Le pronostic immédiat est très bon mais les rechutes lors des grossesses suivantes sont fréquentes.

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

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

Axes d'intervention possibles	Exemples
Favoriser l'expression/ proposer une écoute	Encourager l'expression de la mère sur les éventuelles difficultés et insatisfactions rencontrées : ▪ au cours de la grossesse (recours à la PMA, dépistage T21, échographie avec signe d'appel) ; ▪ pendant la naissance (pratiques des soignants, relations avec eux, accompagnement et vécu de la douleur, accueil de l'enfant) ; ▪ pendant les premiers jours de l'enfant (sentiment d'incompétence, d'insuffisance). *Comment avez-vous vécu cette grossesse/cette naissance ?* *Comment est-ce que ça se passe avec votre bébé depuis le retour de la maternité ?*
Aborder/évaluer une situation	Repérer les signes d'alerte : plaintes somatiques, anxiété/angoisse, troubles du sommeil persistants, inquiétudes/doutes quant à ses capacités maternelles ou au développement du bébé, manque de confiance, maternage hésitant, hyperactivité maternelle, crainte d'être perçue comme une mauvaise mère, sentiment d'avoir raté son accouchement, etc.[3]
	Être particulièrement vigilant vis-à-vis des mères qui consultent fréquemment, sans motif apparent ou pour des troubles liés à l'enfant.
	Repérer les principaux facteurs majorant le risque de rencontrer des difficultés maternelles : antécédents de dépression, difficultés conjugales, événements stressants récents, faible soutien social, etc.
	Chez les femmes ayant présenté une dépression pendant la grossesse ou lors d'une grossesse précédente, rechercher les signes évocateurs d'une dépression du *post-partum* (utiliser par exemple l'EPDS[4]).
Informer/expliquer	Informer de la possibilité de vivre, avant et après l'accouchement, des émotions inattendues, des difficultés d'ordre psychique, non systématiques mais fréquentes, de durée et de gravité variables. *La grossesse, l'accouchement et l'arrivée de l'enfant s'accompagnent de profonds bouleversements psychiques. Certains parents se trouvent en difficulté face à des émotions nouvelles pour eux.*
	Détailler les formes de soutien possibles pour le couple. *Devenir parents procure beaucoup de joie mais aussi des difficultés. On peut avoir parfois une baisse de moral, être angoissé(e) : n'hésitez pas à demander de l'aide à vos proches (famille, amis) et aux professionnels de santé. Ces derniers pourront vous indiquer des lieux et des personnes vers qui vous tourner en cas de difficultés.*
Accompagner la réflexion	Aider le couple à se préparer de manière réaliste au fait de devenir parents.
	Aider les femmes à mobiliser leurs propres ressources, internes ou externes.
S'engager	Informer le couple de sa disponibilité après la grossesse pour parler de ces difficultés. *Surtout n'hésitez pas à venir me voir si vous ne vous sentez pas très bien après la naissance. Nous pourrons prendre du temps pour discuter de ce que vous ressentez.*
	En fonction de ses compétences, proposer un soutien psychologique ou orienter vers un autre professionnel. Une psychothérapie voire un traitement médicamenteux peuvent s'avérer utiles dans les formes les plus sévères de l'effondrement maternel.
	Prendre en compte la présence du père et le soutenir également.
Faire le lien avec les autres acteurs (professionnels, entourage)	Solliciter, si possible, le soutien des membres de l'entourage et en particulier du père.
	Mentionner l'existence des associations de soutien au rôle parental. Elles permettent le contact avec d'autres mères/d'autres couples ayant rencontré ce type de difficultés. Elles peuvent être utiles en prévention et parfois dans la prise en charge (entretiens individuels par des psychologues).
	En cas de besoin, orienter vers un psychologue ou un psychiatre.

Ressources pour les femmes/les parents

Réseaux/groupes de soutien

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

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

- Le réseau des Écoles des parents et des éducateurs (EPE)
  http://www.ecoledesparents.org/

  Les EPE visent principalement 3 objectifs :
  - contribuer à rendre acteurs de leur vie les parents et les jeunes, en renforçant leurs ressources propres et leurs compétences personnelles ;
  - participer à la formation et à l'accompagnement des partenaires de l'éducation et du secteur sanitaire et social ;
  - mettre en relation les parents et les professionnels des secteurs éducatif, sanitaire et social.

- Les Maisons Vertes

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

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

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

Ressources pour approfondir le sujet

Ouvrages

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

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

[8] Bydlowski M. Psychopathologie périnatale : du « blues » à la dépression maternelle postnatale (DPN) [page Internet]. s.d. En ligne : http://www.gynoweb.fr (dernière consultation le 22/06/09).

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

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

Mai 2010

ANNEXE III

QUESTIONNAIRE EPDS D'EVALUATION D'UN ETAT DEPRESSIF

« EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE »

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est à dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui.

Voici un exemple :

Je me suis sentie heureuse :

-oui tout le temps

-oui la plupart du temps

-non pas très souvent

-non pas du tout

Cela signifiera « Je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui de s'écouler ».

Merci de bien vouloir répondre aux autres questions.

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER

1-J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté

-Aussi souvent que d'habitude

-Pas tout à fait autant

-Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci

-Absolument pas

2-Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

-Autant que d'habitude

-Plutôt moins que d'habitude

-Vraiment moins que d'habitude

-Pratiquement pas

3-Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal

-Non, pas du tout

-Presque jamais

-Oui, parfois

-Oui, très souvent

4-Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs

-Non, pas du tout

-Presque jamais

-Oui, parfois

-Oui, très souvent

5-Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons

-Oui, vraiment souvent

-Oui, parfois

-Non, pas très souvent

-Non, pas du tout

6-J’ai eu tendance à me sentir dépassée par les évènements

-Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations

- Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d’habitude

-Non, j’ai pu faire face à la plupart des situations

-Non, je me suis sentie aussi efficace que d’habitude

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

-Oui, la plupart du temps

-Oui, parfois

-Pas très souvent

-Non, pas du tout

8-Je me suis sentie triste ou peu heureuse

-Oui, la plupart du temps

-Oui, très souvent

-Pas très souvent

-Non, pas du tout

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

-Oui, la plupart du temps

-Oui, très souvent

-Seulement de temps en temps

-Non, jamais

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

-Oui, très souvent

-Parfois

-Presque jamais

-Jamais

Les items 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se cotent de 3 à 0.

Les items 1 et 2 se cotent de 0 à 3.

Pour la détermination d’un score-seuil, Nicole Guedeney évalue 3 caractéristiques :

-la sensibilité qui est le reflet de la capacité de l’échelle à repérer les états dépressifs.

-la spécificité qui est la capacité de discrimination des sujets non déprimés.

-la valeur prédictive positive qui prédit, pour un sujet donné, le risque qu’avec un score supérieur à la note-seuil, ce sujet soit déprimé / la valeur prédictive négative qui prédit, pour un sujet donné, le risque qu’avec un score inférieur à la note-seuil, ce sujet ne soit pas déprimé.

L’étude de Nicole Guedeney définit le score-seuil à 11 (pour une logique clinique) avec une sensibilité égale à 0,80, une spécificité égale 0,92, une valeur prédictive positive à 0,92 et une valeur prédictive négative à 0,81. On considère une dépression post-natale avérée quand le score est supérieur ou égal à 11.

ANNEXE IV

FERNANDES Cindy

26 rue Charles Bruyant

63000 Clermont-Ferrand

06.15.15.68.20

fernandescindy@live.fr

Clermont-Ferrand, le 28 septembre

Mesdemoiselles, Mesdames, Messieurs,

Actuellement étudiante en 5ème année de cursus maïeutique à l'école de Clermont-Ferrand, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur « La connaissance des femmes des pathologies du post-partum. »

Je souhaiterai que vous participiez à ce travail en répondant au questionnaire ci-joint. Les objectifs de cette étude étant :

- Comparer les connaissances des femmes sur la dépression post-natale versus sur le baby blues.

- Evaluer l'information donnée aux patientes sur ces deux maladies par les différents professionnels de santé.

- Mise en évidence de facteurs de risques de développer une de ces deux pathologies.

- Dépister en maternité les femmes à risques par un auto-questionnaire.

Ce questionnaire respecte l'anonymat de chacun.

Monsieur le Docteur RABANEL, mon directeur de mémoire, et moi-même vous remercions par avance pour l'aide que vous apporterez à ce travail. Je reste à votre disposition pour toute information supplémentaire.

Veuillez agréer, Mesdemoiselles, Mesdames, Messieurs, l'expression de mes salutations distinguées.

Cindy Fernandes.

DONNEES LIEES AU STATUT SOCIAL, HISTOIRE, ENVIRONNEMENT

1.Quel âge avez-vous ?

☐Moins de 18 ans ☐Entre 18 et 40 ans ☐Plus de 40 ans

2. Vivez-vous en France ?

☐Non ☐Oui, si oui depuis combien de temps :…….

3.Habitez-vous loin de votre famille ?

☐Non ☐Oui

4.Vivez-vous en couple ?

☐Oui ☐Non, si non depuis combien de temps ……

5.Avez-vous :

☐Des revenus faibles (RSA, Allocations familiales, pas de revenus)

☐Des problèmes d'hébergements (vétuste, logement chez de la famille)

☐Pas de domicile fixe

6.Fumez-vous ?

☐Non ☐Oui, si oui combien : ……..

7.Prenez-vous de l'alcool ou de la drogue ?

☐Avant la grossesse ☐Au second trimestre

☐Au premier trimestre ☐Au dernier trimestre

☐Après la naissance

8.Avez- vous des difficultés pendant l'enfance ?

☐Mère isolée ☐Séparation des parents ☐Deuil

☐Violences familiales ☐Placement dans l'enfance

DONNEES EN RELATION AVEC LA GROSSESSE

9.Dans vos antécédents gynéco-obstétricaux, il existe :

☐Mort fœtale in utéro, nombre……..

☐Grossesse extra-utérine, nombre……

☐Interruption volontaire de grossesse(IVG), nombre……..

☐Fausse couche, nombre……

☐Interruption médicale de grossesse(IMG), nombre……..

☐Intervention sur utérus, nombre……

☐Amniocentèse, nombre…….

☐Accouchement, nombre……

☐Césarienne, nombre……

10.Combien de fois avez-vous été enceinte ?

☐Indiquez par un chiffre……

11.S'agit-il d'une grossesse désirée ?

☐Non ☐Oui

12. A-t-elle été planifiée ?

☐Non ☐Oui

13.Une demande d'IVG a-t-elle été faite pour cette grossesse ?

☐Non ☐Oui, si oui a-t-elle été tardive après 14 semaines d'aménorrhées ?

☐Oui ☐Non

14.La grossesse est :

☐Spontanée ☐Fait suite à une FIV

15.La grossesse est :

☐Simple ☐Multiple

16. S'agit-il d'une grossesse :

☐Bien suivie : au moins une fois par mois ☐Pas suivie

☐Dans plusieurs établissements ☐Autre

17.Par qui avez-vous été suivie ?

☐Sage-femme ☐Gynécologue-obstétricien

☐Médecin traitant ☐Autre

18.Avez-vous eu connaissance du baby blues et de la dépression post-natale ?

☐Non

☐Oui, si oui définissez en quelques lignes les deux maladies citées ci-dessus

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

19.Ce sujet a-t-il abordé par :

☐La sage-femme ☐L'entourage, la famille

☐Le gynécologue-obstétricien ☐Internet, livre…

☐L'auxiliaire de puériculture, l'aide-soignante

20.A quel moment :

☐Avant la grossesse

☐Au début de la grossesse

☐Lors de l'entretien du 4ème mois

☐Au cours d'une consultation

☐Lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité

☐En salle d'accouchement

☐A la maternité

☐Autre, précisez l'endroit

21.Est-ce une demande :

☐De votre part ☐A l'initiative du professionnel de santé

22.La grossesse s'est-elle déroulée normalement ?

☐Oui ☐Non, si non pour quelle raison :

☐Hospitalisation

☐Maladie nécessitant un repos obligatoire

☐Nausée persistant après le 3ème mois de grossesse

23.Vous êtes-vous sentie déprimée pendant la grossesse ?

☐Non ☐Oui

24.Etiez-vous plus anxieuse en fin de grossesse ?

☐Non ☐Oui

25.Pendant votre grossesse avez-vous vécu :

☐Un deuil dans votre entourage

☐Un évènement stressant type accident, violences conjugales

☐Handicap ou anomalie du bébé découvert pendant la grossesse

☐Autre (précisez)……

DONNEES EN RELATION AVEC LA NAISSANCE, LE SEJOUR EN MATERNITE

26.Aviez-vous un projet de naissance ?

☐Non ☐Oui

27.Comment avez-vous vécu votre accouchement ?

☐Très bien ☐Passable

☐Satisfaisant ☐Mauvais

☐Bien ☐Très mauvais

Précisez en quelques lignes :

……

……

……

……

……

……

……

28.Y a-t-il eu une complication ?

☐Césarienne en urgence, précisez la raison

☐Hémorragie de la délivrance

☐Extraction instrumentale

☐Prise en charge urgente de votre enfant

29.Votre enfant est-il :

☐Placé en couveuse plus de 2h ☐Né prématurément

☐Transféré en néonatalogie, réanimation ☐Découverte d'un handicap

☐Décédé à la naissance ☐Autre……..

30.Votre retour à la maison a-t-il été préparé ?

☐Installation de la chambre ☐Achats pour l'enfant

☐Nécessaire pour les soins ☐Accueil du bébé par la fratrie

31.Lorsque vous effectuez les soins à votre enfant, vous vous sentez :

☐A l'aise ☐Obligation

☐Du plaisir ☐Contact au corps difficile

☐Difficultés techniques ☐Appréhension exagérée

☐Autre……

32.Avez-vous assisté aux réunions d'information sur le retour à la maison pr la maternité ?

☐Non ☐Oui, si oui pour quelle raison……

33.A-t-elle comblée vos attentes ?

☐Oui ☐Non, pour quelle raison…….

34.A-t-on évoqué au cours de cette réunion :

☐Alimentation du nouveau-né ☐Allaitement maternel

☐Soins au nouveau-né ☐Mort subite du nourrisson

☐Suivi par le pédiatre ☐Organisation à la maison

☐Post-partum blues ☐Dépression post-natale

DONNEES EN RELATION AVEC L'ETAT MORAL PENDANT LES JOURS QUI VIENNENT DE S'ECOULER

35.J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté :

☐Aussi souvent que d'habitude ☐Pas tout à fait autant

☐Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci ☐Absolument pas

36.Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir :

☐Autant que d'habitude ☐Pas tout à fait autant

☐Plutôt moins que d'habitude ☐Pratiquement pas

37.Je me suis reproché, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal :

☐Non, pas du tout ☐Presque jamais

☐Oui, parfois ☐Oui, très souvent

38.Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs :

☐Non, pas du tout ☐Presque jamais

☐Oui, parfois ☐Oui, très souvent

39.Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons :

☐Oui, vraiment souvent ☐Oui, parfois

☐Non, pas très souvent ☐Non, pas du tout

40.J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les évènements :

☐Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations

☐Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude

☐Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations

☐Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

41.Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil :

☐Oui, la plupart du temps ☐Oui, parfois

☐Pas très souvent ☐Non, pas du tout

42.Je me suis sentie triste ou peu heureuse :

☐Oui, la plupart du temps ☐Oui, très souve

☐Pas très souvent ☐Non, pas du to

43.Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré :

☐Oui, la plupart du temps ☐Oui, très souvent

☐Seulement de temps en temps ☐Non, jamais

44.Il m'est arrivé de penser à me faire mal :

☐Oui, très souvent ☐Parfois

☐Presque jamais ☐Jamais

Si vous souhaitez formuler un commentaire, quelques lignes sont à votre disposition :

……
……
……
……
……
……
……

Merci de votre participation.

RESUME

Introduction : Devenir mère ne doit pas se réduire à l'expression physique de l'acte et doit être élargi à l'ensemble des modifications psychologiques.

Revue de la littérature : Le PPB est une manifestation dysphorique, aigüe apparaissant entre le 3ème jour et le 5ème jour du PP. Il est transitoire associant des pleurs, des troubles de l'humeur et du sommeil. La clinique de la DPN associe de l'anxiété, de l'irritabilité, des pleurs, une tristesse générale et de l'asthénie. A la différence du PPB, la DPN peut avoir des répercussions néfastes sur la relation mère-enfant. L'EPDS permet de dépister les femmes à risque de DPN.

Matériels : Une évaluation des connaissances aux femmes hospitalisées au CHU Estaing. Elle avait pour objectifs d'évaluer les connaissances des femmes sur le PPB et la DPN mais aussi la qualité de l'information donnée.

Résultats : Parmi la population interrogée (175 cas), 71,9 % des femmes définissaient le PPB contre 20 % pour la DPN. Les femmes ont reçu une information par les médias (64 %), l'entourage (55,3 %).

Discussion : Les résultats ont démontrés que les femmes sont peu informées sur la DPN. Il semble que l'information apportée en SDC réduirait le score obtenu à l'EPDS d'où le rôle majeur de prévention des sages-femmes. 21,7 % des femmes ont obtenu un score supérieur à 11 à l'EPDS donc à risque de DPN.

Conclusion : La DPN constitue un réel problème santé publique. Son dépistage et sa prévention est donc d'actualité. C'est là que prend toute l'ampleur du rôle de la sage-femme.

Mots clés : Baby-blues, Dépression post-natale, EPDS.

ABSTRACT

Introduction: Becoming a mother should not be reduced to the physical action and has to be extended to all psychological changes.

Literature Review: The PPB is an acute dysphoric manifestation appearing between the third and the fifth day of PP. It is transient associating crying, mood and sleep. The clinic of PND combines anxiety, irritability, crying, sadness and general asthenia. Contrary to PPB, PND can have fatal effects on mother-child relationship. The EPDS can identify women with a risk of PND.

Materials: A knowledge assessment was submitted to hospitalized women at the University Hospital Estaing. Its objectives were to assess women's knowledge about PPB and DPN but also the information's quality.

Results: Among the surveyed population (175 cases), 71.9 % of women defined PPB against 20 % for DPN. Women received information through medias (64 %), family and friend circles (55.3 %).

Discussion: Results showed that women are poorly informed about DPN. It seems that the information provided by TCS would reduce the score on the EPDS. Thus the midwives' role of prevention is really important. 21.7% of women scored above 11 on the EPDS therefore at risk of PND.

Conclusion: The DPN is a real public health issue. Its detection and its prevention are still relevant today. It is there that midwife's role takes its scope.

Keywords: Post-partum blues, Post-natal Depression, EPDS.