



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : **2015**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Etats des lieux de la prise en charge de la dépression postnatale par les
professionnels de premier recours sur la ville de Lille.**

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 11 Février 2015 à 14h

Par Marie LECOMPTE-ANTOINE

JURY

Président:

Monsieur le Professeur Pierre DELION

Assesseurs:

Madame le Professeur Véronique HOUFFLIN-DEBARGE

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Monsieur le Docteur Mathieu CALAFIORE

Directrice de Thèse:

Madame le Docteur Patricia DO DANG

Liste des abréviations

DPN	Dépression Postnatale
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
PMI	Protection Maternelle et Infantile
UTPAS	Unité Territoriale de Prévention et d'Action Sociale
EPDSAE	Etablissement Public Départemental de Soins, d'Adaptation et d'Education
OMBREL	Organisation Maman Bébé de la REgion Lilloise
CLSM	Conseil Lillois de Santé Mentale
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CMP	Centre Médico-Psychologique
CAC	Centre d'Accueil et de Crise
CPAA	Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission
UHME	Unité d'Hospitalisation Mère Enfant
USPPAD	Unité de Soins Psychothérapeutiques Précoces A Domicile
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

Table des Matières

INTRODUCTION.....	15
PRÉAMBULE: ÉLÉMENTS DE RÉPÉRAGE DE LA DPN.....	19
I.Eléments du tableau clinique.....	19
A.Les symptômes chez la mère.....	19
B.Les signes de souffrance chez l'enfant.....	20
C.Les troubles des interactions mère-enfant.....	20
II.Facteurs de risques.....	21
III.Signes de sévérité.....	22
IV.EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale).....	23
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	24
I.Population étudiée.....	24
II.Méthode de recueil des données.....	26
III.Analyse.....	28
A.Analyse descriptive.....	28
B.Analyse multivariée.....	28
RÉSULTATS.....	30
I.Analyse descriptive.....	30
A.Identification du professionnel de premier recours.....	30
1.Données sociodémographiques.....	30
2.Professions et lieux d'exercice. (N=284).....	31
3.Formation en psychothérapie.(N=283, VM=1).....	32
4.Appartenance à un réseau de soins dans le champ de la périnatalité.....	32
B.Repérage de la DPN.....	33
1.Proportion de femmes touchées par une DPN. (N=244, VM=40).....	33
2.Recherche systématique d'un trouble psychique chez les mères de nourrisson. (N=271 VM=13).....	34
3.Origine de la DPN. (N=282, VM=2).....	34
4.Connaissance de la DPN. (N=278, VM=6).....	35
5.Connaissance de l'EPDS et utilisation. (N=284).....	35
6.Facteurs de risques de DPN. (N=282, VM=2).....	35
7.Signes de sévérité. (N= 282, VM=2).....	37
C.Prise en charge et orientation.....	38
1.Expérience de prise en charge d'une DPN.(N=282; VM=2).....	38
2.Prise en charge d'une mère présentant des facteurs de risque de DPN,	

sans symptôme: Situation A (N=280; VM=4).....	38
3.Prise en charge d'une mère présentant des symptômes de DPN sans signe de sévérité: Situation B (N=277;VM=7).....	39
4.Prise en charge d'une mère présentant des symptômes de DPN avec des signes de sévérité: Situation C (N=275; VM=9).....	39
5.Lieux et outils de communication utilisés pour la prise en charge.....	40
6.Structures sollicitées pour une orientation.....	42
7.Structures de psychiatrie sollicitées pour une orientation.....	43
8.Difficultés rencontrées lors de l'orientation.....	45
9.Souhait d'une information. (N=274; VM=10).....	45
10.Propositions pour améliorer le dépistage et/ou la prise en charge.....	46
II.Analyse multivariée.....	47
DISCUSSION.....	48
I.Résultats principaux.....	48
II.Forces et faiblesses de l'étude.....	49
A.Faiblesses.....	49
B.Forces de l'étude.....	50
III.Résultats.....	50
A.Données socio-démographiques (Q1 à 8).....	50
B.Repérage.....	51
1.Evaluation de la prévalence de la DPN selon l'expérience du professionnel (Q 9).....	51
2.Recherche d'un trouble psychique chez les mères de nourrisson(Q 10)..	52
3.Représentation des causes de la DPN par les professionnels (Q11).....	52
4.Connaissance de la DPN (Q12) et de l'EPDS (Q13 et 14).....	53
5.Facteurs de risques (Q15).....	54
6.Signes de sévérité (Q16).....	54
C.Prise en charge et orientation.....	55
1.Expérience de prise en charge d'une DPN (Q17).....	55
2.Stratégies thérapeutiques (Q18 à 23).....	56
3.Lieux et outils de communication (Q24 et 25).....	58
4.Connaissance du réseau (Q 26 à 28).....	59
5.Difficultés rencontrées (Q29 à 32).....	60
IV.Ouverture.....	62
CONCLUSION.....	65
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	67
ANNEXES.....	70

«D'abord l'accouchée doit faire le deuil de son état de grossesse et de l'enfant imaginaire, parfait, idéal et conforme à chacun de ses désirs, y compris à leurs contradictions.

Ensuite elle doit faire le deuil inverse, celui d'attacher à l'enfant nouveau des désirs, des espoirs et des sentiments, en définitive elle doit faire le travail de faire de la place dans sa vie mentale à ce nouveau venu»

Lebovici 1983

INTRODUCTION

Chez la femme la période qui suit l'accouchement entraîne des remaniements personnels, familiaux et environnementaux importants et, de ce fait, présente un risque d'apparition de troubles psychiques. Les troubles psychiques du post-partum sont distingués en quatre entités: le post-partum blues, l'état de stress post-traumatique, la psychose puerpérale et la dépression postnatale (DPN).

La dépression peut être définie comme un trouble psychique marquant une rupture avec l'état et le fonctionnement antérieurs, associé à une baisse de l'humeur.

(1) La DPN est définie comme tout événement dépressif survenant dans la première année suivant l'accouchement.(2) Sa prévalence est élevée, elle est estimée selon les études de 10 à 20 % (13 % selon la métaanalyse d'O Hara en 1996(3)). (4) (5) On note deux pics de survenue: les DPN précoces entre six et douze semaines du post-partum et les DPN tardives lors du deuxième semestre. (6) (1)

Ses conséquences sont multiples.(7)

Elle entraîne une souffrance importante et parfois durable chez la mère. Elle perturbe l'établissement des premiers liens mère-enfant et peut avoir un impact défavorable sur le développement cognitif, comportemental, affectif et social de celui-ci. (8) Elle retentit également sur le couple et la famille.(9) Enfin, le risque de récurrence dépressive en post-partum a été évalué à environ 25 %.(10)

Son dépistage et sa prise en charge précoces sont essentiels pour prévenir ces complications et sont ainsi un enjeu de santé publique. Cependant, les DPN restent trop souvent méconnues ou mal traitées; en effet certaines études ont constaté qu'environ la moitié de ces dépressions ne sont pas reconnues par le médecin généraliste ou les autres professionnels de santé intervenant auprès de la mère. De plus, parmi les mères diagnostiquées, près d'un tiers ne suivent pas le traitement proposé.(11)

Plusieurs éléments peuvent expliquer ces difficultés de repérage; la définition même de la dépression postnatale n'est pas clairement établie:

- Elle ne correspond pas à une entité spécifique dans les classifications internationales: la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) (12) et le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM IV)(13).

- Ses facteurs étiologiques sont nombreux.(14)

- Les symptômes de la DPN sont multiples et peu spécifiques; en 1968, Pitt la décrit d'ailleurs comme une dépression atypique.(15)

- L'intensité de la dépression est le plus souvent légère à modérée, elle peut alors passer inaperçue(6).

- Sa gravité est variable: elle va du trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, à la dépression mineure, jusqu'à l'épisode dépressif majeur.(10)

- De plus, l'idéalisation de la maternité par notre société favorise la culpabilisation des mères en souffrance et leur fait taire leur détresse par crainte d'incompréhension ou de réprobation de la part de leur entourage.

- Par ailleurs, le système de soin est tel que, lors de la grossesse, la femme est au centre des attentions, alors que, lors de la période postnatale, les soins sont plutôt centrés sur le bébé; en effet après l'accouchement, l'enfant bénéficie de

consultations spécifiques tous les mois alors qu'une seule consultation postnatale est dédiée à la mère.

L'Agence Régionale de Santé (ARS) a défini les missions des soins de premier recours. Ils comprennent : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; l'éducation pour la santé.(16) Dans ce contexte, les professionnels de premier recours, dont le médecin généraliste fait partie, par leur proximité avec la mère et son enfant, semblent être les plus à même d'écouter ces femmes, et donc de dépister une éventuelle dépression postnatale.

L'enjeu est ensuite de proposer une prise en charge adéquate à la mère et à son enfant. Une des données majeures des DPN est que toutes ne nécessitent pas une prise en charge spécialisée. Dans la plupart des cas, la disponibilité du professionnel, son rôle de soutien émotionnel et son attention à proposer des solutions d'aide pratique suffisent.(3) (17)Se pose alors la question des indications de l'orientation à un professionnel ou à une structure, qu'il s'agit de choisir efficacement. La prise en charge de la DPN nécessite donc un partenariat étroit entre tous les professionnels en lien avec la mère et le bébé.

Depuis sa création en 2009, un des groupes de travail du Conseil Lillois de Santé Mentale (CLSM), réfléchit à cette problématique du parcours de soin des femmes souffrant de DPN sur la ville de Lille : quel parcours est proposé et comment peut-on l'améliorer?

Un Conseil local de santé mentale est un lieu de concertation et de coordination entre les services de psychiatrie publics, les élus locaux du territoire concerné,

les usagers et les aidants. Il requiert donc une volonté politique locale de promouvoir la santé mentale. Ses principaux axes de travail sont: l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins, l'inclusion sociale et la lutte contre l'exclusion, la lutte contre la stigmatisation et l'éducation en santé mentale.

A Lille, le groupe de travail de pédopsychiatrie du CLSM est composé de pédopsychiatres de Lille, d'élus de la mairie de Lille (service petite enfance, service famille-parentalité, service santé), de membres d'associations (EPDSAE, Réseau OMBREL) et de médecins de PMI.

Le CLSM, dans le cadre d'une mission de service public, m'a sollicitée pour réfléchir à la problématique du parcours de soin des femmes souffrant de DPN. Ainsi, nous a-t-il paru intéressant de faire une étude pour réaliser un état des lieux de la prise en charge de la DPN par les professionnels de premier recours sur la ville de Lille.

L'objectif principal de cette étude était de savoir si les professionnels de premier recours connaissent et repèrent la DPN et de vérifier l'hypothèse qu'il existe un repérage insuffisant de la DPN.

Les objectifs secondaires étaient de savoir quelle est la stratégie de prise en charge de la DPN des différents professionnels, d'évaluer quelles sont les difficultés rencontrées lors de l'orientation et enfin de connaître les déterminants de l'expérience de prise en charge d'une femme souffrant de DPN.

Pour répondre à ces objectifs une étude descriptive observationnelle a été réalisée.

PRÉAMBULE: ÉLÉMENTS DE RÉPÉRAGE DE LA DPN

I.Éléments du tableau clinique.

Les symptômes de la DPN sont difficiles à repérer. Les symptômes peuvent être assimilés à une anxiété normale, socialement acceptée et réactionnelle au stress de la grossesse et de l'accouchement, à la difficulté d'assumer le nouveau-né et aux remaniements psychologiques spécifiques de cette période.(1)

A.Les symptômes chez la mère.

Dayan décrit certaines spécificités cliniques des symptômes présentés par les femmes souffrant de DPN:(10)

- Pleurs quasi quotidiens et ordinairement cachés.
- Labilité émotionnelle.
- Sentiment d'épuisement.
- Perte d'estime de ses capacités maternelles.
- Anxiété fréquente, déplacée vers le bébé.
- Perte de plaisir à prodiguer les soins au bébé.
- Irritabilité ou parfois franche agressivité généralement dirigée vers l'époux ou les autres enfants de la fratrie.
- Phobies d'impulsion.
- Aggravation symptomatique le soir, difficultés d'endormissement.

B. Les signes de souffrance chez l'enfant.

Il est important également de rechercher des signes de souffrance chez l'enfant qui signent un diagnostic de sévérité.(18)

- **Les troubles à expression somatique:** troubles durables du comportement alimentaire; troubles du sommeil persistants; pleurs inconsolables; spasmes du sanglot; manifestations somatiques entraînant des consultations répétées.
- **Les troubles émotionnels et de la relation:** contact visuel difficile, voire absent; visage immobile, triste et figé; retrait relationnel, pauvreté interactive; difficultés dans la séparation; bébé trop sage; désintérêt pour le jeu; absence de recherche de l'objet disparu et du jeu de coucou.
- **Les troubles du développement:** retard d'acquisition dans les principaux secteurs; particularités tonico-motrices; particularités dans le contact; mouvements stéréotypés.

C. Les troubles des interactions mère-enfant.

L'observation des interactions mère-enfant apporte également des informations importantes pour le repérage de la DPN.(18) Lorsque des troubles des interactions sont présents cela oriente également vers un diagnostic de sévérité.

- Interactions visuelles: peu de regards partagés, de sourires, visages figés de la mère et de l'enfant.
- Interactions corporelles: réactions motrices ralenties et pas toujours adaptées.
- Interactions vocales: peu de verbalisations, peu de vocalisations.
- Stimulation: peu de stimulations tactiles et kinesthésiques; stimulations à connotations négatives; peu d'engagements, peu d'ajustements au bébé, peu de sensibilité.
- Accordage: asynchronie, interactions peu prolongées, difficultés de régulation.

II. Facteurs de risques.

Depuis les années 1980, de nombreuses études épidémiologiques ont cherché à mettre en évidence les facteurs de risques associés à l'apparition d'une DPN. (19) (3) (5) (20) (21) (13) (23). Tandis que certains sont unanimement reconnus (comme les antécédents personnels de DPN, les antécédents personnels de dépression et le faible soutien social), d'autres sont encore discutés et controversés (comme le faible statut économique). Les facteurs de risques peuvent être regroupés en six catégories:

FACTEURS DE RISQUES DE LA DPN	
Psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents de dépression postnatale • Antécédents personnels de dépression • Manifestations anxieuses ou dépressives pendant la grossesse, • Antécédents d'autres pathologies psychiatriques • Conduites addictives
Relationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Faible soutien social • Isolement (social, culturel) • Carences affectives • Violences et abus sexuels dans l'enfance • Mécontentement conjugal • Relations conflictuelles et/ou de dépendance à la mère
Socio-économiques	<ul style="list-style-type: none"> • Faible niveau d'éducation, • Absence d'emploi ou emploi peu valorisant, • Faible statut social, • Événements de vie négatifs lors de la grossesse ou le post-partum.
Obstétricaux	<ul style="list-style-type: none"> • Complications de la grossesse (pré-éclampsie, vomissements incoercibles, accouchement prématuré, grossesse non désirée), • Complications liées à l'accouchement (césarienne, extraction instrumentale, accouchement prématuré, hémorragie de la délivrance), • Arrêt de l'allaitement pour des raisons non médicales, • Intensité du baby-blues.
Biologique	<ul style="list-style-type: none"> • Dysfonction thyroïdienne.
Liés au Bébé	<ul style="list-style-type: none"> • Bébé difficile (irritabilité, inconsolabilité, incompréhensibilité) • Pathologie néonatale du bébé • Troubles de l'alimentation et du sommeil.

Tableau 1: Facteurs de risques de la dépression postnatale.

En pratique, la recherche des facteurs de risques se fait dès la grossesse (entretien du quatrième mois) et consiste en une évaluation psycho-sociale de la mère, du couple et de la famille(24). Le but de cette évaluation n'est bien sûr pas de stigmatiser une catégorie de mères, mais de recueillir de façon bienveillante les besoins spécifiques et les facteurs de stress qu'elles expriment. (22) La recherche des facteurs de risques et l'action sur ceux-ci représentent une part importante de la prévention primaire des maladies psychiques.(26)

III. Signes de sévérité.

Dans son article consacré aux DPN et aux décisions d'orientation thérapeutique, N. Guédeney propose de repérer l'existence de signes de sévérité pour choisir le mode de prise en charge approprié:(6)

SIGNES DE SEVERITE DE LA DPN	
Dépression maternelle	<ul style="list-style-type: none"> • Score élevé à l'EPDS • Idées suicidaires • Ralentissement psycho-moteur
Impact sur la relation mère-enfant et sur le bébé	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés à assurer les besoins du bébé • Troubles importants des interactions mère-enfant • Signes de souffrance chez l'enfant
Facteurs de risques associés ayant un impact par eux-mêmes sur le bébé	<ul style="list-style-type: none"> • Relations conflictuelles avec le partenaire • Isolement • Statut socio-économique bas
Absence de facteurs protecteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de support familial • Absence d'aide concrète • Absence de figures substitutives pouvant s'occuper du bébé

Tableau 2: Signes de sévérité de la dépression postnatale

IV.EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale).

En 1987, Cox et coll. ont conçu une échelle de dépistage, l'EPDS, afin de faciliter le dépistage de la dépression postnatale.(27) En 1995, elle a été traduite et validée en France par Guédeney et Fermanian,(28) puis dans de nombreux autres pays au monde (cf Annexe 1). C'est l'outil de dépistage le plus étudié et le plus utilisé pour la DPN. L'EPDS est un autoquestionnaire composé de 10 items, coté de 0 à 30 avec une formulation très simple. Il associe plusieurs questions: cinq concernent l'humeur, deux concernent l'anxiété, les trois dernières ciblent la culpabilité, le sentiment d'incapacité et les idées suicidaires. Son utilisation permet, d'une part, le dépistage dans les premiers jours du post-partum des sujets à risque de dépression (valeur seuil 9.5 (5)) et, d'autre part, le dépistage des mères déprimées dans les semaines et mois suivants. Une DPN est probable si le score est supérieur ou égal à 11, elle est sévère si le score est supérieur à 13. Une réponse positive à la question 10 oriente immédiatement vers un diagnostic de sévérité. (14)

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I. Population étudiée.

Les professionnels concernés étaient ceux de la petite enfance, au contact des mères et des nourrissons et exerçant sur la ville de Lille et ses communes associées, Hellemmes et Lomme. Les professionnels de premier recours étaient définis comme ceux ne nécessitant pas d'intermédiaire. Les professionnels de premiers recours inclus dans l'étude sont identifiés dans le tableau 1.

Les psychologues exerçant en libéral étaient exclus de l'étude car n'étant pas considérés comme professionnels de premier recours. Les médecins généralistes exerçant exclusivement une autre activité (angiologie, médecine esthétique...) étaient exclus.

Le nombre de sujets nécessaires a été défini au préalable: 150 réponses étaient requises pour une analyse statistique exploitable.

Groupe	Professionnels	Lieux d'exercice
Médical	Médecin Généraliste	<ul style="list-style-type: none"> • Libéral • Crèche • PMI (Protection Maternelle et Infantile)
	Pédiatre	<ul style="list-style-type: none"> • Libéral • Maternité • Service de pédiatrie ou de néonatalogie
	Gynécologue-Obstétricien	<ul style="list-style-type: none"> • Libéral • Maternité • PMI
	Sage-Femme	<ul style="list-style-type: none"> • Libéral • Maternité • PMI
Paramédical	Psychologue	<ul style="list-style-type: none"> • Maternité • Service de pédiatrie ou de néonatalogie • PMI • Centre maternel
	Puéricultrice	<ul style="list-style-type: none"> • Crèche • Maternité • Service de pédiatrie ou de néonatalogie • PMI • Centre maternel
	Auxiliaire de puériculture	<ul style="list-style-type: none"> • Maternité • Crèche • Service de pédiatrie ou de néonatalogie • Centre maternel
	IDE (Infirmière Diplômée d'Etat)	<ul style="list-style-type: none"> • Maternité • Crèche • Service de pédiatrie ou de néonatalogie • PMI
Social	Educateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Crèche • Centre social • Centre maternel
	Educateurs de Jeunes Enfants	<ul style="list-style-type: none"> • Crèche • Centre social • Centre maternel
	Assistante Sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Maternité • Service de pédiatrie ou de néonatalogie • Centre social • Centre maternel • UTPAS (Unité Territoriale de Prévention et d'Action Sociale)

Tableau 3: Professionnels de premier recours inclus dans l'étude et lieux d'exercice

II.Méthode de recueil des données.

Le recueil des données a été réalisé du 15 août au 15 octobre 2014, à l'aide d'un questionnaire fermé, adressé par courrier ou par mail. Le questionnaire était accompagné d'une présentation brève de l'étude. La version papier était accompagnée d'une enveloppe réponse pour les envois individuels. L'envoi du questionnaire par mail permettait de répondre en ligne directement via le site Google Drive. Toutes les réponses étaient anonymes. Le recrutement se voulait exhaustif sur la ville de Lille.

Le questionnaire a été déposé en version papier en plusieurs exemplaires, après accord des différents chefs de service:

- à l'hôpital Jeanne de Flandres à Lille: dans les services de suites de couches, de néonatalogie et de pédiatrie;
- à l'hôpital St Vincent de Paul à Lille: dans le service de suites de couches, les services de néonatalogie et de pédiatrie;
- à la maternité de la Polyclinique Dubois à Lille;
- au centre maternel de Lambersart (EPDSAE), au centre maternel d'Hellemmes (dépendant de l'EPDSAE de Lambersart), au service d'accueil immédiat de Lille et au centre maternel Hera à Lille.

Le questionnaire a été envoyé par mail:

- aux crèches, centres sociaux, maisons de quartier de la ville de Lille, par l'intermédiaire de la Direction de la petite enfance de la mairie de Lille;
- aux 6 UTPAS de Lille (Hellemmes, Lomme-Lambersart, Lille-Moulins, Lille-Vauban, Lille-Sud et Lille-Fives), par l'intermédiaire du Dr Anne Huc et du Dr Corinne Monnier;
- au service social de l'hôpital St Vincent de Paul.

Les professionnels libéraux ont été contactés par téléphone au préalable, en se basant sur l'annuaire des pages jaunes. Si un accord était obtenu, le questionnaire était envoyé par courrier ou par mail à la convenance du professionnel.

Pour optimiser le nombre de réponses, le questionnaire a été diffusé également par l'intermédiaire de la mailing-list du réseau OMBREL aux professionnels concernés exerçant sur les villes de Lille, Hellemmes et Lomme.

Un mail de relance a été envoyé à mi-période.

Le questionnaire était constitué de 3 parties. (cf annexe 2)

La première partie (questions 1 à 8) permettait d'identifier le professionnel: profession, lieu d'exercice, âge, sexe, formation en psychothérapie, appartenance à un réseau de périnatalité.

La deuxième partie (questions 9 à 16) concernait le repérage de la DPN: évaluation de la fréquence de la DPN, recherche d'un trouble psychologique, représentation de l'origine de la DPN, connaissance de l'EPDS, évaluation des facteurs de risques et des signes de sévérité.

Enfin, la troisième partie (questions 17 à 31) portait sur les modalités de prise en charge de la DPN et sur l'orientation de la patiente: description de la prise en charge dans différentes situations, modalités de cette prise en charge, structures sollicitées, difficultés rencontrées, souhait d'information.

Les questions 1 à 31 étaient des questions fermées.

La dernière question (32) était une question ouverte permettant des suggestions sur les pistes d'amélioration de la prise en charge de la DPN.

Le questionnaire a été établi avec l'aide du Dr CHARREL, de la Fédération de Recherche en Santé Mentale (F2RSM).

III. Analyse.

A. Analyse descriptive.

Dans un premier temps, une analyse descriptive variable par variable a été réalisée. Les variables qualitatives ont été décrites par leur effectif et leur pourcentage, les variables quantitatives par leur moyenne et leur écart type. Les différentes variables ont ensuite été étudiées selon trois groupes de professionnels: médical, paramédical et social.

Le groupe médical comprenait les médecins généralistes, les pédiatres, les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes.

Le groupe paramédical comprenait les IDE, les puéricultrices, les auxiliaires de puériculture et les psychologues.

Enfin, le groupe social comprenait les éducateurs, les éducateurs de jeunes enfants et les assistantes sociales.

B. Analyse multivariée.

Un modèle de régression logistique a été construit afin de déterminer les facteurs associés à l'expérience de prise en charge d'une DPN.

Pour la réalisation du modèle multivarié, une analyse bivariée intermédiaire a été utilisée. Les variables explicatives potentielles ont été testées par un test de Student pour les variables quantitatives et par un test du Chi-2 pour les variables qualitatives. Le seuil du p pour ajouter une variable au modèle était de 0.2. Elle a permis de sélectionner les variables d'ajustement à inclure dans le modèle multivarié.

Le modèle de régression logistique multivarié finalement retenu incluait l'expérience de prise en charge d'une DPN comme variable à expliquer; et l'âge, le sexe, le groupe de professions, la formation en psychothérapie et le réseau comme variables explicatives.

L'analyse statistique des données a été effectuée par la plateforme d'aide méthodologique du CHRU de Lille à l'aide du logiciel R version 3.1.1 (R Core Team (2014). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <http://www.R-project.org/>).

RÉSULTATS

Au total 284 questionnaires ont été reçus.

Toutes les réponses ont pu être exploitées pour les calculs statistiques.

(cf Annexes 3 et 4)

I. Analyse descriptive.

A. Identification du professionnel de premier recours.

1. Données sociodémographiques.

a) Âge. (N=267; VM=17)

La moyenne d'âge des personnes interrogées était de **41,21** ans (OR:11.112; IC 95% [39.874-42.552]).

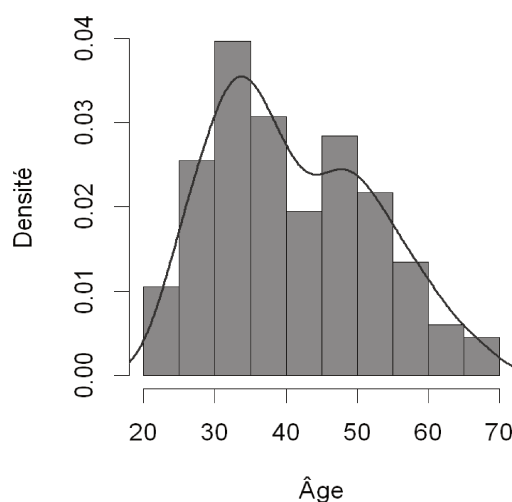


Figure 1: Histogramme âge.

La moyenne d'âge était de 42,91 ans dans le groupe médical, 40,79 ans dans le groupe paramédical et 37,33 dans le groupe social.

b) Sexe. (N=283, VM=1)

Il y avait 248 femmes, soit 88% (IC 95% [83.09-91.12]) et 35 hommes, soit 12% (IC 95% [8.88-16.91]).

2. Professions et lieux d'exercice. (N=284)

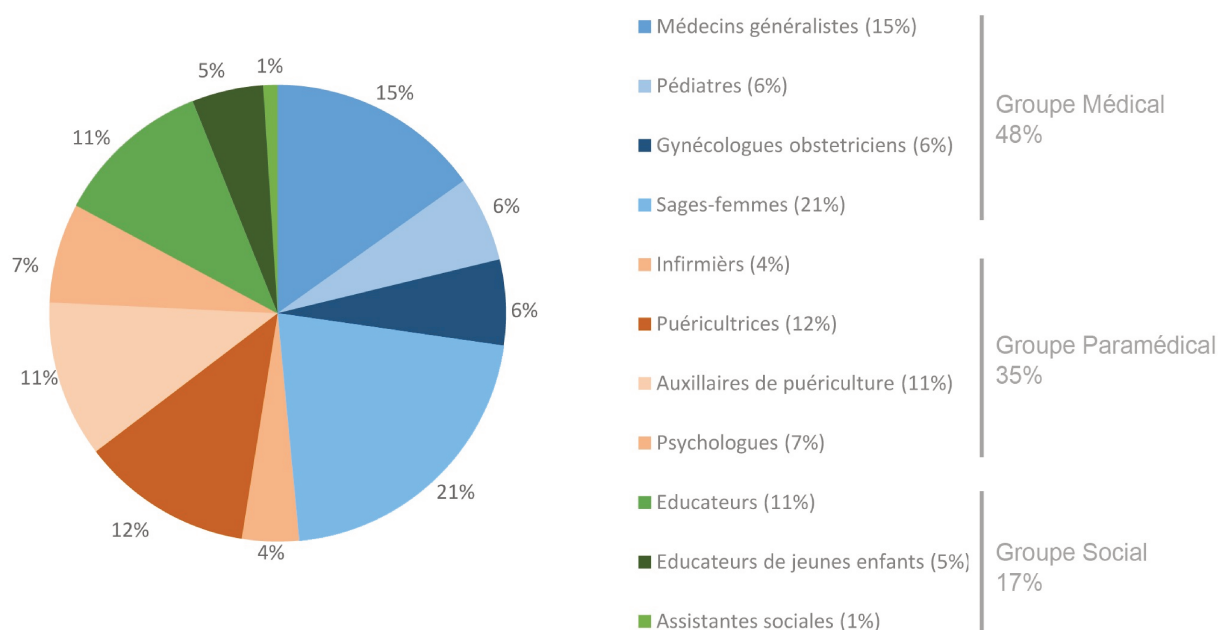


Figure 2: Répartition de la population selon sa profession.

Les personnes interrogées étaient donc réparties ainsi:

137 personnes, soit **48%** dans le groupe médical (IC 95% [42.32-54.21]).

98 personnes, soit **35%** dans le groupe paramédical (IC 95% [29.05-40.39]).

49 personnes, soit **17%** dans le groupe social (IC 95% [13.15-22.27]).

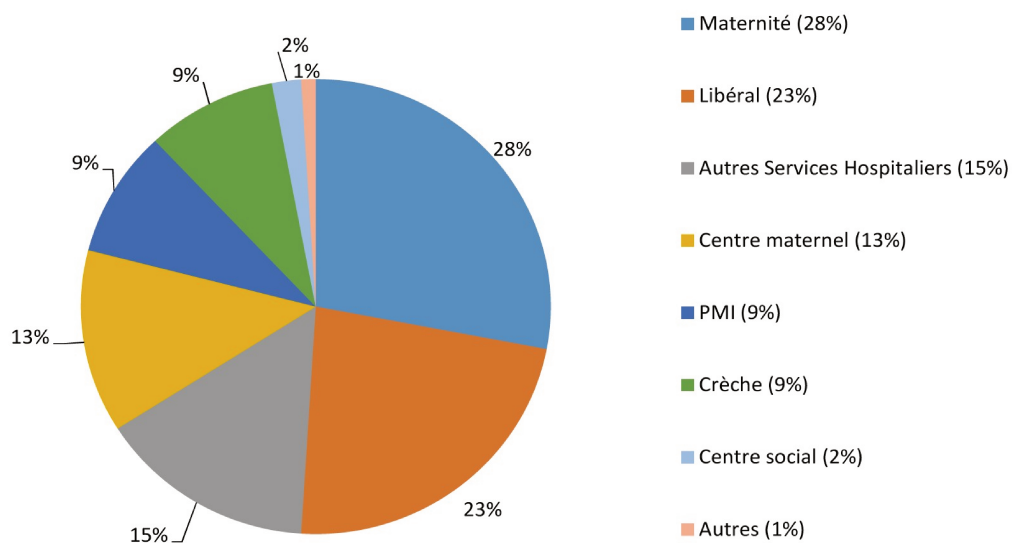


Figure 3: Répartition des professionnels selon leur lieu d'exercice.

3. Formation en psychothérapie. (N=283, VM=1)

29 professionnels, soit **10%** (IC 95% [7.08-14.53]) des personnes interrogées avaient une formation en psychothérapie.

4. Appartenance à un réseau de soins dans le champ de la périnatalité. (N= 281, VM=3)

121 professionnels, soit **43%** (IC 95% [37.23-49.08]) des personnes interrogées appartenaient à un réseau.

Parmi elles, **91%** (IC 95% [83.94-95.44]) participaient au réseau Ombrel.

B.Repérage de la DPN.

1.Proportion de femmes touchées par une DPN. (N=244, VM=40)

Selon l'expérience des professionnels interrogés, la proportion de mères de nourrisson touchées par une DPN était en moyenne de **16.2%** (± 0.174 [IC=0.14-0.184]).

La médiane était de **10%**.

Cette différence entre la moyenne et la médiane est due à quelques valeurs aberrantes qui tirent vers le haut la moyenne. (Figure 4)

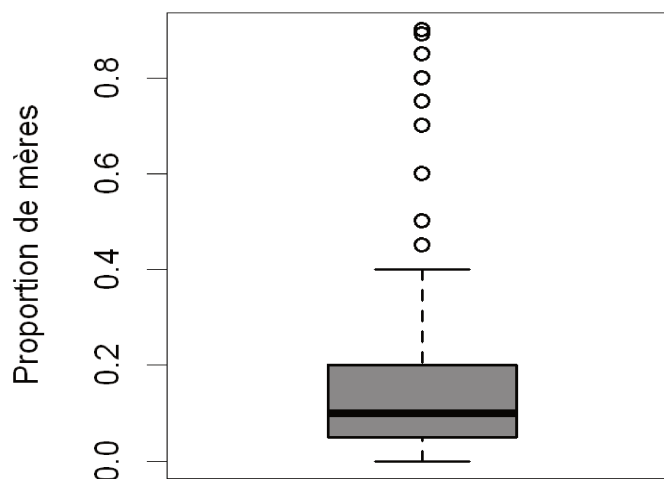


Figure 4: Boxplot représentant la proportion de mères touchées par une DPN.

La proportion était estimée en moyenne à 13% (± 0.14) par le groupe médical, à 18% (± 0.2) par le groupe paramédical et à 23% (± 0.18) par le groupe social.

2. Recherche systématique d'un trouble psychique chez les mères de nourrisson. (N=271 VM=13)

80% des professionnels interrogés recherchaient un trouble psychologique chez une mère de nourrisson: souvent pour 52% d'entre eux (IC 95% [46.28-58.45]) et toujours pour 28% d'entre eux (IC 95% [23.2-34.25]).

	médical	paramédical	social
jamais	7 % (n=9)	31 % (n=28)	33 % (n=15)
souvent	50 % (n=68)	48 % (n=44)	67 % (n=30)
toujours	43 % (n=58)	21% (n=19)	0 % (n=0)

Tableau 4: Recherche d'un trouble psychique selon le groupe de profession.

3. Origine de la DPN. (N=282, VM=2)

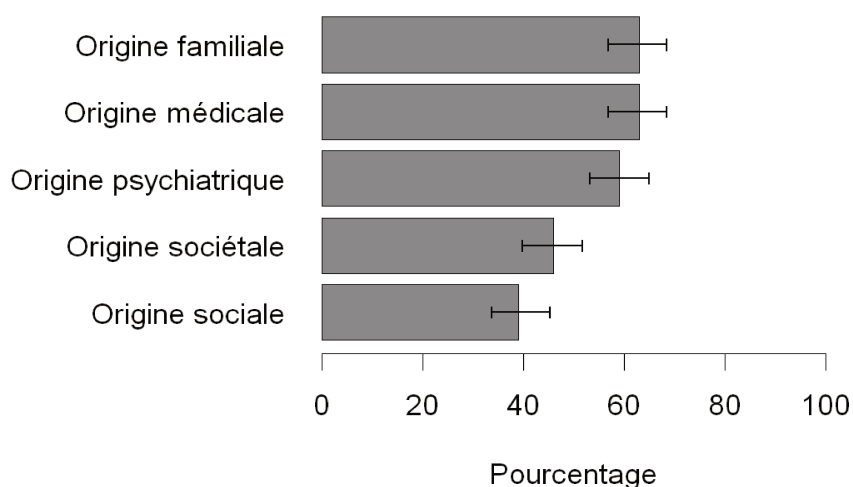


Figure 5: Représentation de l'origine de la DPN.

L'origine de la DPN était donc principalement :

- médicale** pour 177 des professionnels interrogés, soit **63%** (IC95% [56.81-68.37]);
- familiale** pour 177 des professionnels interrogés, soit **63%** (IC95% [56.81-68.37]);
- psychiatrique** pour 167 des professionnels interrogés, soit **59%** (IC95% [53.22-64.97]);

4. Connaissance de la DPN. (N=278, VM=6)

195 professionnels, soit **70%** (IC 95% [64.33-75.39]) pensaient qu'ils n'avaient pas suffisamment de connaissances sur la DPN pour pouvoir la dépister (63% dans le groupe médical, 69% dans le groupe paramédical et 94% dans le groupe social).

5. Connaissance de l'EPDS et utilisation. (N=284)

77 professionnels, soit **27%** (IC 95% [22.11-32.75]) des personnes interrogées connaissaient l'EPDS (37% dans le groupe médical, 31% dans le groupe paramédical et 6% dans le groupe social).

Parmi elles, seules 21 personnes, soit **28%** (9% (IC 95% [4.15-18.85]) pour toutes les mères de nourrissons et 19% (IC 95% [10.94-29.67]) en cas de symptômes ou de facteurs de risques), l'utilisaient.

6. Facteurs de risques de DPN. (N=282, VM=2)

Les professionnels interrogés devaient cocher les quatre facteurs de risques qui les alertaient le plus chez une mère de nourrisson.

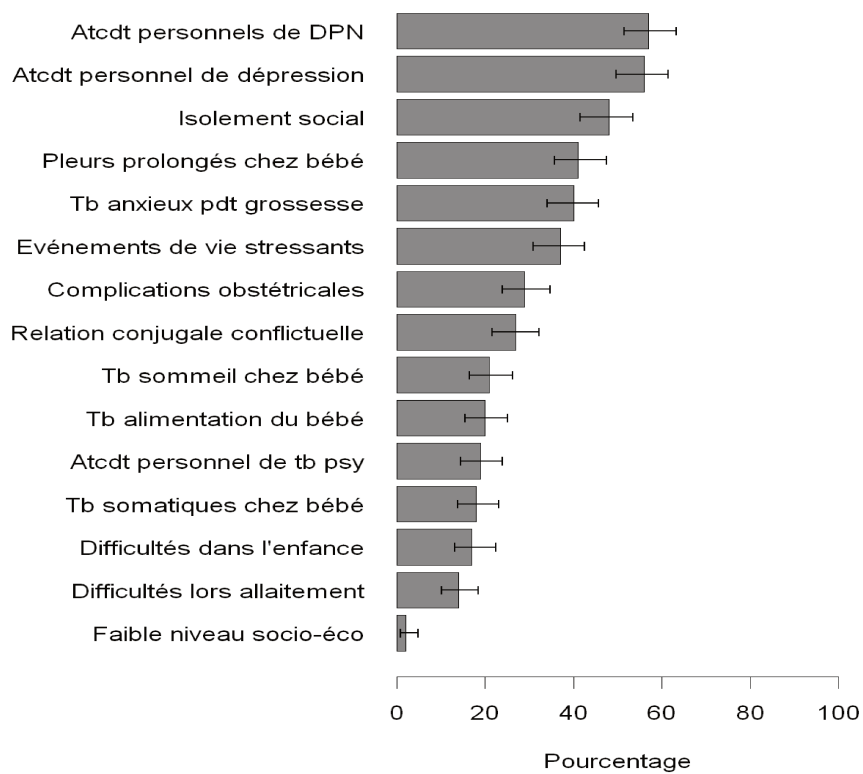


Figure 6: Hiérarchisation des facteurs de risques par les professionnels.

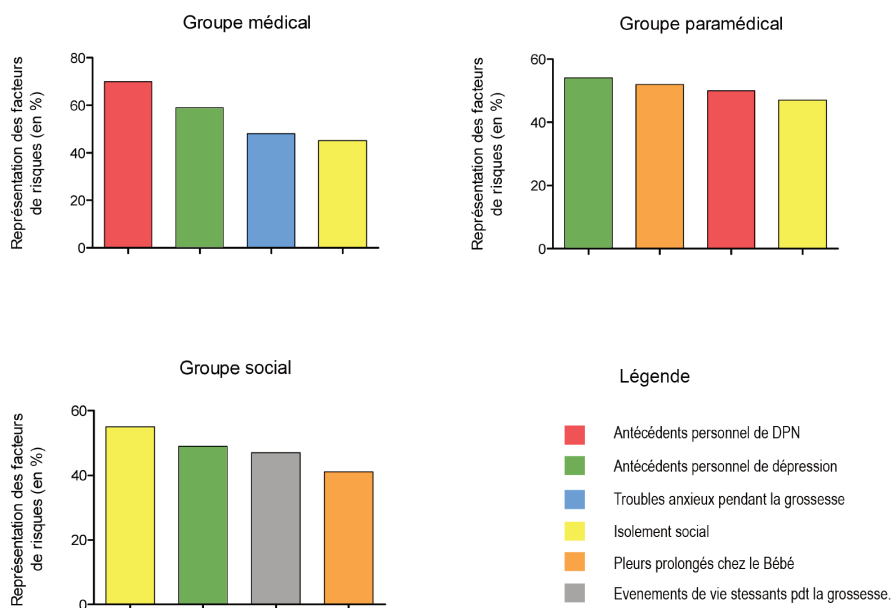


Figure 7: Hiérarchisation des facteurs de risques selon le groupe de profession.

7. Signes de sévérité. (N= 282, VM=2)

Les professionnels interrogés devaient cocher les quatre signes les orientant le plus vers un diagnostic de sévérité.

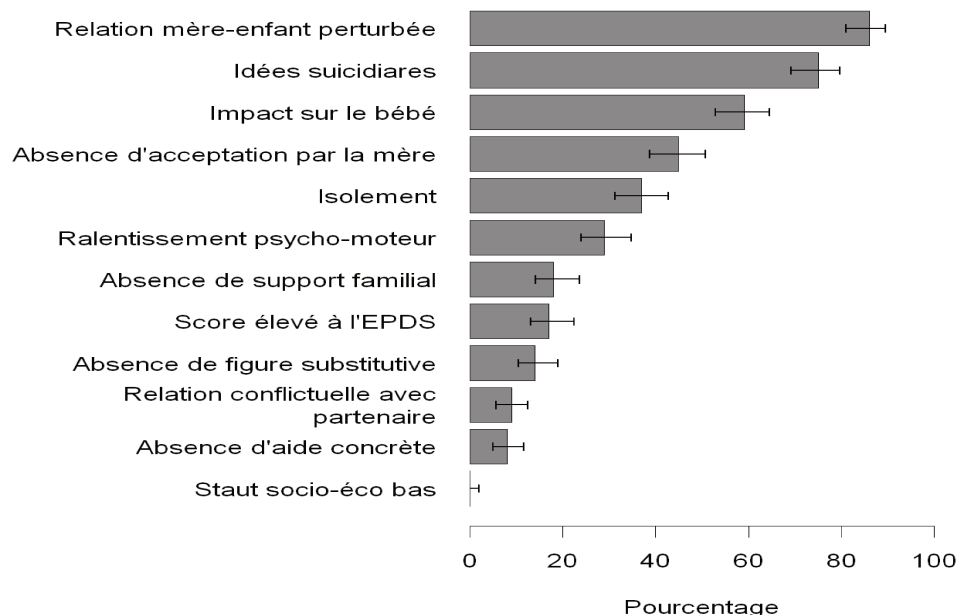


Figure 8: Hiérarchisation des signes de sévérité par les professionnels.

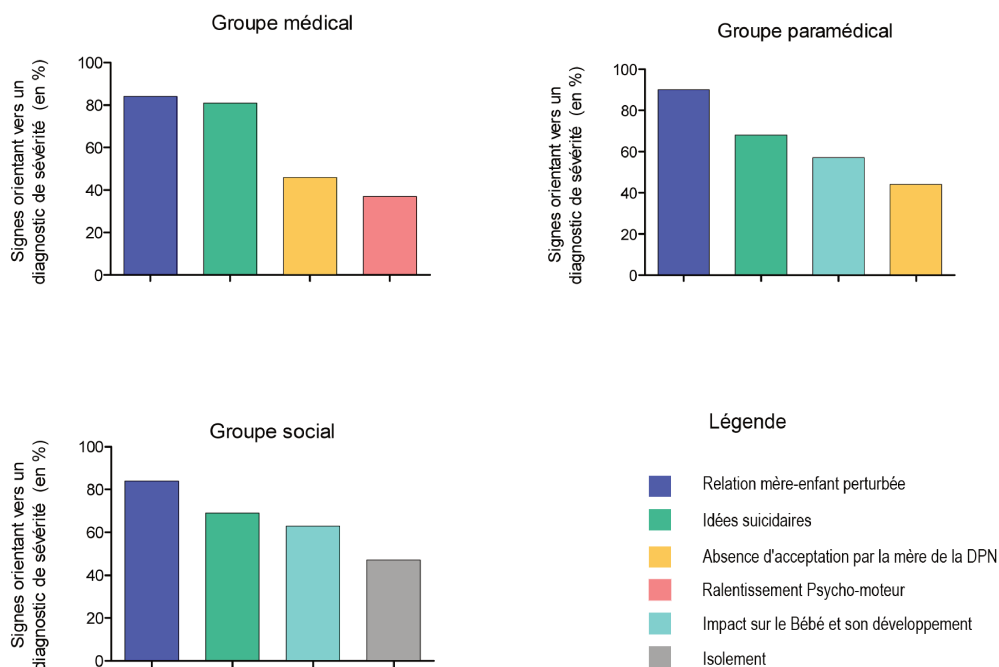


Figure 9: Hiérarchisation des signes de sévérité selon le groupe de profession

C.Prise en charge et orientation.

1.Expérience de prise en charge d'une DPN.(N=282; VM=2)

118 professionnels de premiers recours ayant répondu, soit **42%** (IC 95% [36.06-47.85]) avaient déjà pris en charge une femme souffrant de DPN (48% dans le groupe médical, 40% dans le groupe paramédical et 29% dans le groupe social).

2.Prise en charge d'une mère présentant des facteurs de risque de DPN, sans symptôme: Situation A (N=280; VM=4)

87 personnes, soit **31%** (IC 95% [25.77-36.9]) des professionnels prenaient en charge la mère **eux-mêmes**; 102 personnes, soit **36%** (IC 95% [30.84-42.4]) **orientaient** la mère vers un autre professionnel et 91 personnes, soit **32%** (IC95%[27.11-38.37]) faisaient **les deux**.

Parmi les professionnels qui prenaient soin des mères eux-mêmes:

- Une écoute attentive simple était proposée par 156 personnes, soit **90%** (IC95% [84.49-94]).
- Un accompagnement social était proposé par 100 personnes, soit **58%** (IC95% [50.06-65.19]).
- Une psychothérapie était proposée par 48 personnes, soit **28%** (IC95% [21.35-35.15]).
- Un traitement médicamenteux était proposé par 17 personnes, soit **10%** (IC95% [6-15.51]).
- Un autre traitement était proposé par 15 personnes, soit **9%** (IC95% [5.1-14.15]).

3.Prise en charge d'une mère présentant des symptômes de DPN sans signe de sévérité: Situation B (N=277;VM=7)

50 personnes, soit **18%** (IC95% [13.81-23.2]) des professionnels prenaient en charge la mère **eux-mêmes**; 157 personnes, soit **57%** (IC95% [50.61-62.56]) l'**orientaient** vers un autre professionnel et 70 personnes, soit **25%** (IC95% [20.35-30.89]) faisaient **les deux**.

Parmi les professionnels qui prenaient en charge la mère eux-mêmes:

- Une écoute attentive simple était proposée par 105 personnes, soit **88%** (IC95% [79.92-92.6]).
- Un accompagnement social était proposé par 63 personnes, soit **52%** (IC95% [43.22-61.62]).
- Une psychothérapie était proposée par 44 personnes, soit **37%** (IC95% [28.2-46]).
- Un traitement médicamenteux était proposé par 25 personnes, soit **21%** (IC95% [14.18-29.4]).
- Un autre traitement était proposé par 11 personnes, soit **9%** (IC95% [4.89-16.17]).

4.Prise en charge d'une mère présentant des symptômes de DPN avec des signes de sévérité: Situation C (N=275; VM=9)

3 personnes, soit **1%** (IC 95% [0.23-3.15]) des professionnels prenaient en charge la mère **eux-mêmes**; 210 personnes, soit **76%** (IC95% [70.81-81.17]) l'**orientaient** vers un autre professionnel et 62 personnes, soit **23%** (IC95% [17.84-28.04]) faisaient **les deux**.

Parmi les professionnels qui prenaient en charge la mère eux-mêmes:

- Une écoute attentive simple était proposée par 54 personnes, soit **83%** (IC95% [71.31-90.85]).
- Un accompagnement social était proposé par 33 personnes, soit **51%** (IC95% [38.19-63.26]).
- Une psychothérapie était proposée par 27 personnes, soit **42%** (IC95% [29.66-54.42]).
- Un traitement médicamenteux était proposé par 13 personnes, soit **20%** (IC95% [11.48-32.12]).
- Un autre traitement était proposé par 5 personnes, soit **8%** (IC 95% [2.87-17.75]).

5.Lieux et outils de communication utilisés pour la prise en charge.

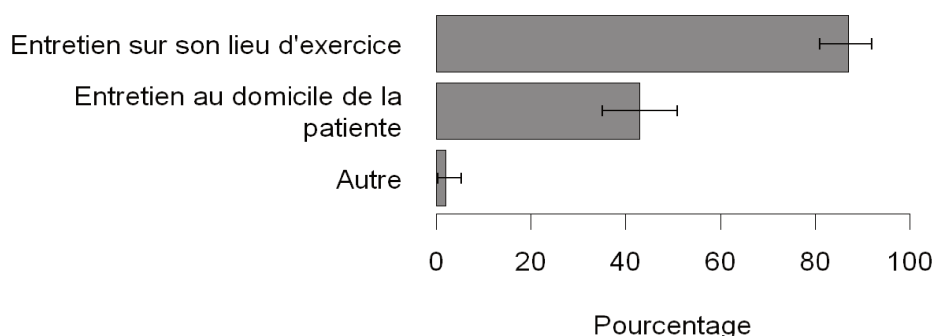


Figure 10: Lieux utilisés par les professionnels.

La plupart des professionnels proposaient des rencontres sur leur **lieu d'exercice** (139 personnes, soit 87% (IC95% [81.01-91.96])).

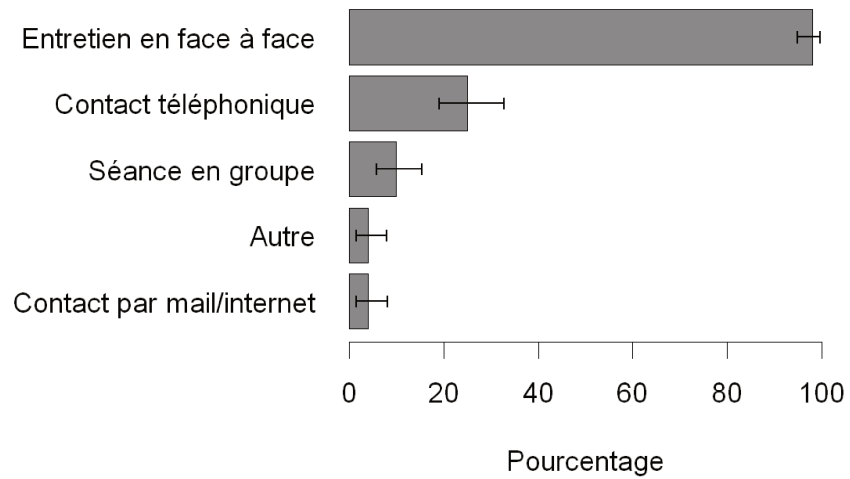


Figure 11: Outils utilisés par les professionnels.

L'outil de communication très majoritairement utilisé par les professionnels était l'**entretien en face à face** (163 professionnels, soit 98% (IC95% [94.81-99.63])).

6. Structures sollicitées pour une orientation.

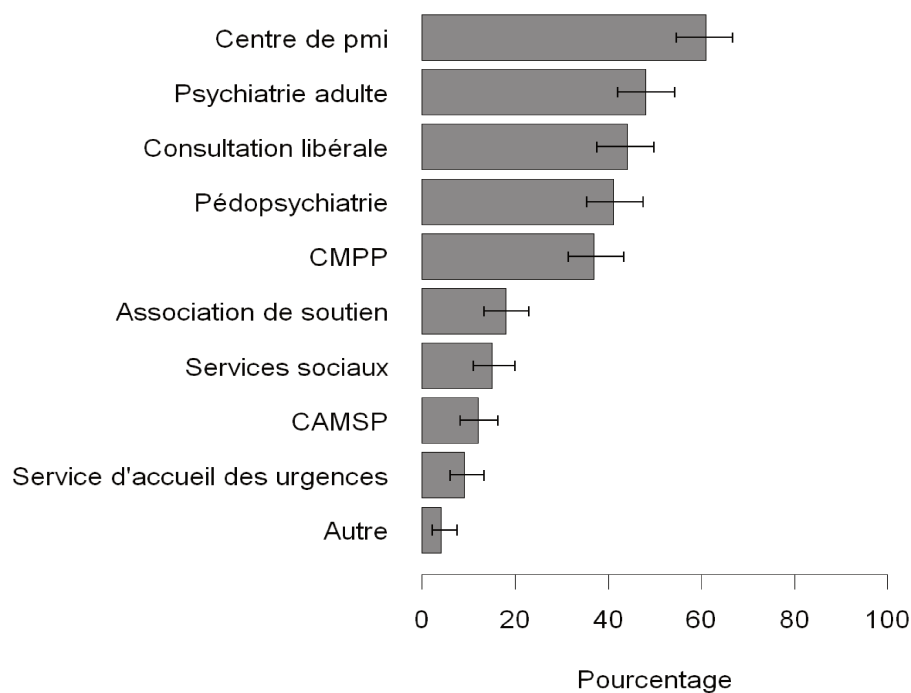


Figure 12: Représentation des structures sollicitées par les professionnels pour l'orientation des femmes souffrant de DPN.

Les structures les plus sollicitées par les professionnels de premier recours étaient:

- la PMI: 162 personnes, soit **61%** (IC95% [54.73-66.75]).
- la psychiatrie adulte: 128 personnes, soit **48%** (IC95% [42.54-29]).
- les consultations libérales: 116 personnes, soit **44%** (IC95% [37.6-49.81]).
- la pédopsychiatrie: 110 personnes, soit **41%** (IC95% [35.42-47.54]).

7.Structures de psychiatrie sollicitées pour une orientation.

a)Psychiatrie adulte. (N=219; VM=65)

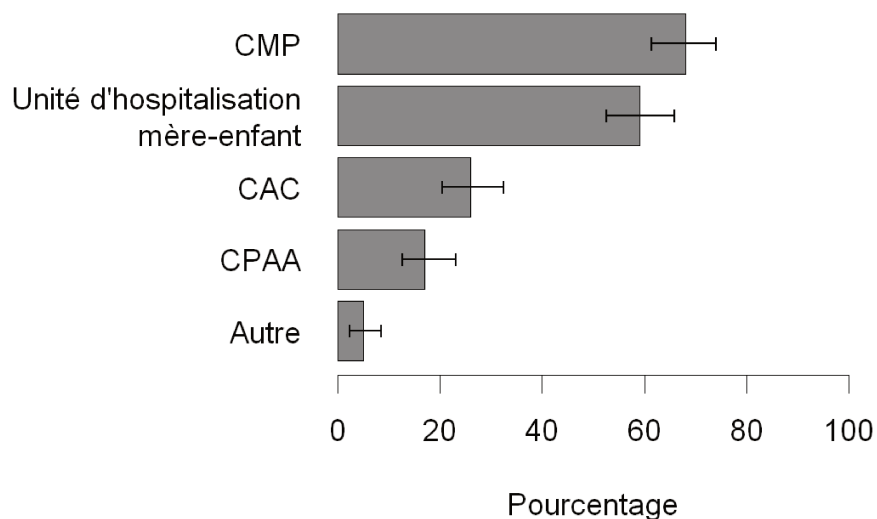


Figure 13: Représentation des structures de psychiatrie sollicitées par les professionnels de premier recours

Les structures principalement choisies étaient :

- le CMP: sollicité par 149 professionnels, soit **68%** (IC95% [61.36-74.07]),
- l'Unité d'Hospitalisation Mère-Enfant: sollicitée par 130 professionnels, soit **59%** (IC95% [52.52-65.87]).

b) Pédopsychiatrie. (N=191; VM=93)

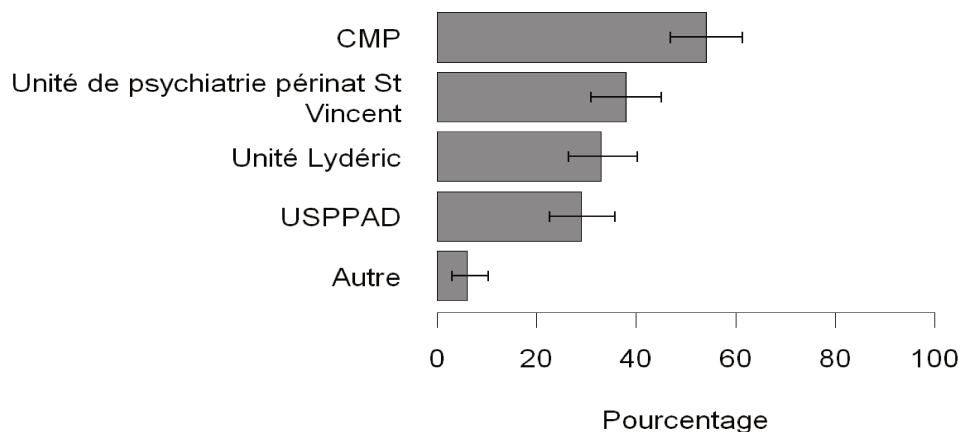


Figure 14: Représentation des structures de pédo-psychiatrie sollicitées par les professionnels de premier recours

Les professionnels orientaient également principalement vers le CMP: 103 professionnels, soit **54%** (IC95% [46.85-61.4]).

Les différentes unités de périnatalité sollicitées étaient dans l'ordre :

- l'Unité de périnatalité de l'hôpital St Vincent de Paul: 72 professionnels, soit **38%** (IC95% [30.88-45.01]);
- l'Unité Lydéric du CHR: 63 professionnels, soit **33%** (IC95% [26.47-40.2]);
- l'Unité de Soins Psychothérapeutiques Précoces A Domicile (USPPAD): 55 professionnels, soit **29%** (IC95% [22.6-35.86]).

8. Difficultés rencontrées lors de l'orientation.

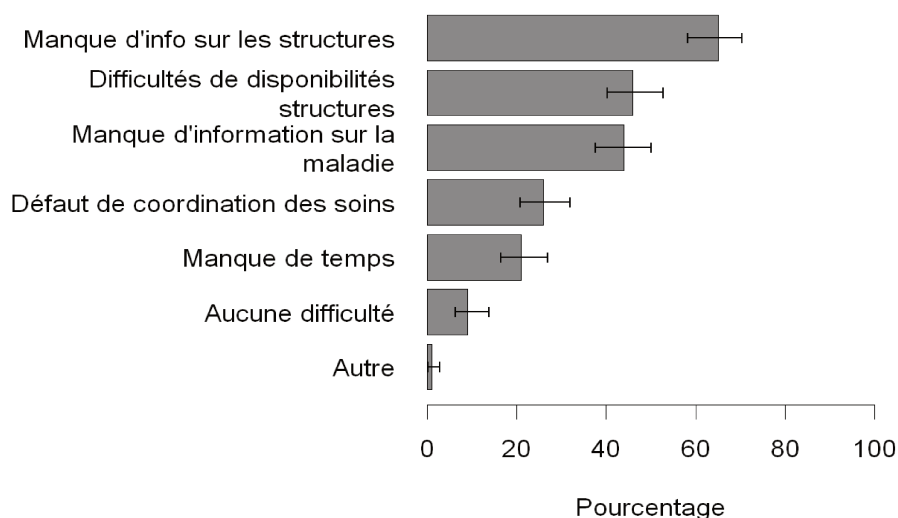


Figure 15: Représentation des difficultés rencontrées par les professionnels de premier recours lors de l'orientation.

Les principales difficultés rencontrées étaient dues à:

- un manque d'information sur les structures existantes pour 164 personnes, soit **65%** (IC95% [58.31-70.38]).
- des difficultés de disponibilité ou d'accessibilité des structures existantes pour 118 personnes, soit **46%** (IC95% [40.23-52.79]).
- un manque d'information sur la maladie et sa prise en charge pour 111 personnes, soit **44%** (IC95% [37.55-50.05]).

9. Souhait d'une information. (N=274; VM=10)

259 personnes interrogées, soit **95%** (IC95% [90.95-96.79]) souhaitaient une information sur la DPN.

33% des professionnels souhaitaient une information sous forme papier uniquement, 6% sous forme de rencontre uniquement, 60% sous les deux formes.

10. Propositions pour améliorer le dépistage et/ou la prise en charge.

Cette dernière question était une question ouverte. 127 réponses ont été repertoriées. Les réponses ont été regroupées en différentes catégories.

Parmi elles:

- 21 (**16.5%**) concernaient la prévention («dépistage systématique pendant le séjour en maternité», «personnel soignant qualifié pour assurer une bonne prise en charge», «respecter le temps de séjour à la maternité», «échange avec la maternité à la sortie»,...)

- 32 (**25.2%**) concernaient le travail en réseau («améliorer la communication entre la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie et améliorer la communication entre l'hôpital et la PMI», «développer les structures de prise en charge», «favoriser l'échange d'information»,...)

- 49 (**38.6%**) concernaient la formation des professionnels («informer davantage les généralistes», «formation interprofessionnelle», «arbre diagnostic et de prise en charge adaptée aux structures locales»,...)

- 12 (**9.5%**) concernaient l'information de la population («informer davantage la population à travers des campagnes de prévention sur son existence avec un message déculpabilisant pour les mamans et d'appel au soutien pour l'entourage proche et les professionnels de la petite enfance», «campagne d'informations»,...)

- 13 (**10.2%**) concernaient des pistes de prise en charge thérapeutique. («développer les visites à domicile postnatales», «utiliser davantage l'EPDS», «accompagner le premier mois de la sortie de maternité»,...)

II. Analyse multivariée.

Cette analyse permettait de rechercher les déterminants à l'expérience de prise en charge d'une femme souffrant de DPN.

L'analyse bivariée intermédiaire a permis de retenir comme variables significatives ($p < 0.2$): l'âge, le sexe, le groupe de profession (paramédical, social, médical), la formation en psychothérapie et l'appartenance à un réseau.

L'étude a mis en évidence une association significative ($p < 0.01$) entre l'âge et l'expérience de prise en charge d'une femme souffrant de DPN.

	Odds.ratio	IC.inf	IC.sup	p.value
Age	1.03	1.01	1.06	0.0139
Sexe	2.08	0.88	5.03	0.0984
Paramédical	0.96	0.51	1.79	0.886
Social	0.73	0.31	1.67	0.456
Formation psychothérapie	2.29	0.97	5.64	0.0637
Réseau	1.76	0.98	3.18	0.06

Tableau 5: Déterminants à l'expérience de prise en charge d'une femme souffrant de DPN.

DISCUSSION

I. Résultats principaux.

L'objectif principal de notre étude était de savoir si les professionnels de premier recours connaissaient et repéraient la DPN. Grâce aux 284 questionnaires analysés, nous avons montré que 70% des professionnels estimaient ne pas avoir suffisamment de connaissances concernant la DPN. Alors que 80% des professionnels recherchaient régulièrement un trouble psychique chez les mères de nourrisson, nous avons mis en évidence qu'il y avait un sous-repérage de la DPN (proportion médiane de femmes souffrant de DPN:10%). L'EPDS était peu connue des professionnels et peu utilisée. Le risque suicidaire n'était pas considéré par les professionnels comme le risque majeur de sévérité.

Une proportion importante de professionnels avait déjà pris en charge une femme souffrant de DPN (42%) et la prise en charge proposée était plutôt en cohérence avec les données actuelles de la littérature. Les visites à domicile étaient peu utilisées par les professionnels. Lors de l'orientation, l'obstacle auquel ils étaient le plus confrontés était le manque d'information sur les structures existantes (65%).

II. Forces et faiblesses de l'étude.

A. Faiblesses.

Notre étude présente plusieurs biais et limites.

On peut tout d'abord signaler un biais de sélection: seuls les professionnels sensibles à la question de la DPN ont répondu au questionnaire.

D'autre part, on relève un biais d'analyse du fait que nous avons choisi des questions fermées. Certes ce mode de questionnement facilite l'analyse des résultats, mais comporte toujours le risque de suggérer les réponses.

Faute de connaître exactement le nombre de questionnaires envoyés (dans certaines structures le questionnaire a été transmis via une mailing-list interne à laquelle nous ne pouvions pas accéder), il nous a été impossible de connaître le taux de réponse.

Enfin, une autre limite tient à la formulation de certaines questions, notamment les Q 18, 20 et 22. Dans la version en ligne, le professionnel ne pouvait cocher que l'une ou l'autre des réponses («je prends en charge la mère moi-même» ou «j'oriente vers un autre professionnel») et non les deux. Lors de l'analyse des résultats, nous nous sommes rendu compte que, sur la version papier, beaucoup de professionnels avaient coché les deux solutions. Lors de la saisie des données, nous avons donc choisi de créer une troisième solution («je fais les deux»). Ainsi avons-nous attribué cette solution «je fais les deux» aux professionnels qui avaient répondu «j'oriente vers un autre professionnel» et qui par ailleurs avaient proposé une solution thérapeutique dans leur réponse à la question suivante.

B.Forces de l'étude.

Notre étude présente plusieurs points forts.

On peut d'une part mettre l'accent sur la puissance de l'effectif: nous avons en effet recueilli 284 réponses.

D'autre part, tous les questionnaires reçus ont pu être exploités.

Le questionnaire a été adressé à un large panel de professionnels; il s'adresse autant aux professions médicales qu'aux professions paramédicales et sociales, il touche les professions libérales comme les professions hospitalières, il touche également les professionnels exerçant dans les structures de la petite enfance, ce qui lui confère une réelle originalité.

Certes les résultats ne sont pas représentatifs à l'échelle nationale, mais la restriction à un secteur géographique précis (la ville de Lille) a permis de cibler les pratiques et les attentes des professionnels de ce secteur.

III.Résultats.

A.Données socio-démographiques (Q1 à 8).

Il nous est apparu important d'adresser notre questionnaire à une palette élargie de professionnels de première ligne, qui sont par définition proches des mères. En effet, chacun, dans sa spécificité et dans sa singularité, peut établir une relation de confiance avec une mère. Ce contact bienveillant lui permet d'être attentif au ressenti de la mère et à l'écoute de ses besoins spécifiques.

Les onze catégories de professionnels interrogés ont été réparties en trois groupes pour des facilités d'analyse: groupe médical (137 personnes), groupe paramédical (98 personnes) et groupe social (49 personnes). Le taux de réponse dans chaque groupe étant trop disparate, nous n'avons pas effectué de comparaison statistique entre les groupes.

Le nombre important de réponses reçues montre que les professionnels de premier recours se sentent concernés par la DPN. La population étudiée était en majorité constituée de femmes dont l'âge moyen était de 41 ans. Les professions les plus représentées étaient les sages-femmes, les médecins généralistes et les puéricultrices. Les personnes interrogées exerçaient principalement en maternité et en libéral. Nous n'avons pas retrouvé de données démographiques des professionnels de premier recours de la ville de Lille pour pouvoir comparer avec notre échantillon.

Enfin, un peu moins de la moitié des personnes interrogées appartenaient à un réseau et, parmi elles, une très large majorité au réseau OMBREL (Organisation Maman Bébé de la Région Lilloise). Peut-être aurait-il été intéressant de connaître les raisons pour lesquelles une partie des professionnels n'appartenait pas à un réseau.

B.Repérage.

1.Evaluation de la prévalence de la DPN selon l'expérience du professionnel (Q 9).

L'analyse des résultats donne en moyenne une proportion de 16,2% de mères touchées par une DPN. Mais, cette moyenne étant influencée par des valeurs extrêmes, nous nous sommes basés sur la valeur de la médiane qui est de 10%.

Néanmoins, il est intéressant de remarquer que les professionnels du groupe social ont surestimé la prévalence de la DPN (23%); ceci est peut être dû à une confusion de leur part entre les différents troubles psychiques du post-partum. En nous référant à la médiane, nous constatons que la prévalence estimée par les professionnels est plutôt basse par rapport à celle mesurée dans les différentes études de prévalence.

En effet, d'une part, une méta-analyse internationale réalisée par O'Hara et Swain en 1996, retrouve une prévalence de 13%.⁽²⁾ Et d'autre part une étude lilloise de 2006, menée par R. Jardry et al., retrouve une prévalence de 16,1% (8,7% pour les DPN majeures et 7,4% pour les DPN mineures).⁽⁵⁾

A Lille, la DPN semble donc être sous repérée par les professionnels de premier recours.

2. Recherche d'un trouble psychique chez les mères de nourrisson(Q 10).

Même si la DPN était sous repérée, un pourcentage important de professionnels recherchait, dans la plupart des cas, des troubles psychiques chez les mères de nourrisson (80%). Cette proportion atteignait même 93% dans le groupe médical.

Ce fort pourcentage montre que l'évaluation psychique des mères de nourrisson fait partie intégrante des pratiques des professionnels interrogés.

3. Représentation des causes de la DPN par les professionnels (Q11).

Les résultats de l'étude, montrent que les professionnels attribuaient à la DPN, une origine autant familiale que médicale. Cette opinion rejoint une étude

interculturelle, publiée en 2004, qui a permis de définir quelles représentations ont les femmes de l'origine de leur DPN(9). Il ressort que, dans la majorité des cas, elles attribuent leur trouble à un manque de soutien ou à des conflits au sein de la famille.

Il est intéressant de noter que, dans notre étude, les professionnels plaçaient l'origine psychiatrique de la DPN après l'origine médicale et familiale. Cela laisse supposer que, pour eux, la prise en charge de ce trouble ne relève pas exclusivement de la psychiatrie.

Rappelons que plusieurs auteurs ont défini la DPN comme un phénomène bio-psycho-social (14) (27); en effet son étiologie est pluri-factorielle dans la mesure où s'y combinent trois grands groupes de facteurs: les facteurs biologiques, les facteurs psycho-socio-environnementaux et les facteurs psycho-dynamiques.

Ainsi la représentation de l'origine de la DPN, chez les femmes comme chez les professionnels, va guider la représentation de l'aide à apporter et par conséquent les orientations thérapeutiques.

4. Connaissance de la DPN (Q12) et de l'EPDS (Q13 et 14).

Plus des deux tiers des professionnels pensaient qu'ils n'avaient pas suffisamment de connaissances sur la DPN pour pouvoir la dépister. Cela reflète sans doute un manque de formation, surtout évident dans les professions du groupe social (94%).

Dans notre étude, l'EPDS était connue par un peu plus d'un quart des professionnels interrogés et parmi eux seuls 28% l'utilisaient. Ce faible pourcentage d'utilisation de l'EPDS peut s'expliquer de différentes manières: il peut être délicat de présenter ce questionnaire à une femme n'exprimant pas de plainte d'ordre

psychologique ou émotionnel; par ailleurs, on peut supposer que la grille d'interprétation n'est pas suffisamment connue par le professionnel pour orienter sa prise en charge.

Pourtant, dans la littérature, les femmes, à qui l'EPDS a été proposée, trouvent cette échelle facile à remplir et disent souvent avoir été soulagées que quelqu'un reconnaisse leur détresse. (31) Enfin, bien que le temps de passation du questionnaire soit évalué à seulement cinq minutes (27), certaines études montrent que le temps reste malgré tout un frein pour les professionnels (15).

5.Facteurs de risques (Q15).

Dans notre étude, les quatre facteurs de risques qui alertaient le plus les professionnels de premier recours différaient selon le groupe concerné. On peut remarquer que le groupe médical était davantage sensible aux antécédents de pathologie psychiatrique de la mère, que le groupe paramédical était davantage sensible aux manifestations du bébé tandis que le groupe social mettait l'accent sur l'isolement social. Finalement, chacun analysait la situation en fonction de son domaine de prédilection.

On remarque cependant que les relations conflictuelles avec le partenaire ne semblaient pas alerter plus particulièrement les professionnels, alors que cela constitue un des facteurs de risques ayant une forte association avec la DPN. (24)

6.Signes de sévérité (Q16).

Les trois groupes de professionnels de premier recours interrogés notaient que le signe qui les orientait le plus vers un diagnostic de sévérité était la perturbation de la relation mère-enfant; il est étonnant de constater que les idées suicidaires qui, a

priori, sont un signe évident de gravité n'étaient citées qu'en deuxième position. Cela montre donc l'importance de l'observation de la relation mère-enfant pour les professionnels de premier recours. Le fait que le risque suicidaire ne soit pas évalué comme un signe de sévérité majeur indique peut-être aussi un manque de formation.

L'item «absence d'acceptation par la mère de sa maladie et de sa prise en charge» a été ajouté à la liste proposée par N. Guédeney. Il a été retenu par les professionnels comme un des quatre signes de sévérité. En effet, nombre de mères sont dans le déni de leur DPN et pour les professionnels de premier recours, l'acceptation par la mère de sa maladie semble être un des enjeux de la prise en charge.

C.Prise en charge et orientation.

1.Expérience de prise en charge d'une DPN (Q17).

Une proportion relativement importante de professionnels de premier recours avait une expérience de prise en charge de femmes souffrant de DPN: la moitié des professionnels dans le groupe médical, 40% dans le groupe paramédical, un tiers dans le groupe social.

L'analyse multivariée a montré que l'âge apparaissait comme le seul facteur déterminant statistiquement significatif: plus le professionnel était âgé, plus il avait de chance d'avoir déjà pris en charge une femme souffrant de DPN. Le fait d'appartenir à un réseau et le fait d'avoir une formation en psychothérapie étaient à la limite de la significativité statistique ($p=0.06$). Ce résultat encourage les professionnels à entrer dans un réseau de soins pour gagner en efficacité.

2.Stratégies thérapeutiques (Q18 à 23).

Les six questions suivantes portaient sur la conduite à tenir par le professionnel dans différentes situations: face à une femme présentant des facteurs de risques sans symptôme de DPN (Situation A), face à une femme présentant des symptômes de DPN sans signe de sévérité (Situation B) et face à une femme présentant des symptômes de DPN avec des signes de sévérité (Situation C).

Dans la **situation A**, sur l'ensemble des professionnels, environ un tiers proposait directement une solution thérapeutique à la mère, un tiers l'orientait vers un spécialiste et un tiers faisait les deux.

Dans la **situation B**, plus de la moitié des professionnels orientait la mère vers un spécialiste, un quart proposait directement une solution thérapeutique et un quart faisait les deux.

Dans la **situation C**, les deux tiers des professionnels orientaient la mère vers un spécialiste, un tiers faisait les deux et seulement 1% proposait directement une solution thérapeutique.

Ces réponses ne surprennent pas: en effet, plus la situation est sévère, plus le professionnel de premier recours oriente la mère vers un spécialiste ou une structure spécialisée.

Dans les situations A et B, il est intéressant de remarquer que plusieurs professionnels se sentaient capables de prendre eux-mêmes en charge la mère; de plus, parmi ceux qui faisaient le choix d'une orientation, certains ne se déchargeaient pas pour autant du suivi de la mère et maintenaient ainsi un dialogue et un lien de confiance. Cette attitude est en accord avec le point de vue de Françoise Molénat, pédopsychiatre, responsable d'une unité Petite Enfance du service universitaire de pédopsychiatrie du CHU de Montpellier.(22)

Parmi les propositions thérapeutiques, c'est l'écoute attentive simple qui a été le plus cochée par les professionnels de premier recours. (plus de 80% dans chaque situation). C'est encourageant de constater que les professionnels font naturellement le choix d'une écoute attentive simple car elle leur semble une solution adaptée; et cette attitude est en accord avec les données de la littérature. (17) (34) (35)

L'accompagnement social était également une solution largement retenue par l'ensemble des professionnels (plus de 50% dans chaque situation); cela confirme la prise en compte de la dimension sociale de la DPN.

Une revue de la littérature de 2013, proposée par Dennis et al.(20), a évalué différentes stratégies pour le traitement de la dépression postnatale. Elles étaient basées sur l'importance des variables psychosociales et sur le principe théorique que des relations de soutien au cours de la période périnatale peuvent réduire les symptômes dépressifs et renforcer le sentiment de bien-être de la mère (groupe de soutien par les pairs, soutien du partenaire, conseil non directif par des professionnels de santé ayant reçu une formation minimale, visites à domicile par des infirmières de santé mentale). Cette étude a montré que les interventions psychosociales pouvaient être efficaces dans le traitement des mères souffrant de DPN d'intensité légère à modérée.

Pour aider les professionnels à la prise en charge de la DPN dans ces différentes situations, une équipe australienne (Beyondblue), après une vaste revue de la littérature, a proposé, en 2011, un guide pratique à destination des professionnels de soins primaires: «Depression and related disorders-anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis in the perinatal period». Cette publication a été approuvée par le gouvernement australien et le conseil national de la santé et de la recherche médicale australien (NHMRC).(36)

	Prise en charge proposée	Acteurs Concernés
En présence de facteurs de risques et/ou de symptômes légers de DPN	<ul style="list-style-type: none"> • Psycho-éducation • Conseils de mode de vie • Soutien par les pairs • Groupes de discussion • Implications de personnes importantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Soins primaires
En présence de symptômes légers à modérés de DPN :	<ul style="list-style-type: none"> • Psycho-éducation • Conseils de mode de vie • Stratégies d'auto-assistance • Soins post-nataux précoces • Groupes de discussion • Conseils non directifs • Psychothérapie • Implications de personnes importantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Soins primaires • Infirmier(e) de santé mentale • Psychologue
En présence de symptômes sévères de DPN	<ul style="list-style-type: none"> • Psychothérapie • Traitement médicamenteux • Thérapie mère-enfant 	<ul style="list-style-type: none"> • Services de psychiatrie

Tableau 6: Propositions thérapeutiques de l'association australienne Beyondblue.

3.Lieux et outils de communication (Q24 et 25).

Une large majorité de professionnels de premier recours choisissait de prendre en charge les mères sur leur lieu de consultation. Ce choix s'explique car il répond à des besoins pratiques. Néanmoins un certain nombre de professionnels se déplaçaient pour effectuer des entretiens au domicile de la patiente, ce qui facilite sans doute le dialogue, car la mère est dans son environnement habituel et de ce fait elle se sent peut-être plus en confiance pour parler. De plus, les mères déprimées faisant souvent état de leur épuisement, la visite apparaît comme une solution satisfaisante et leur évite ainsi un surcroît de fatigue.(11) (1) Aussi la Haute Autorité de Santé recommande 2 à 3 visites à domicile dans le post-partum.(37)

En 2014, en Angleterre, une équipe a publié une revue de la littérature à partir de 32 revues de littérature; elle avait pour objectif d'identifier les interventions non invasives en période périnatale, qui permettraient aux sages-femmes d'offrir des soins efficaces pour le bien-être et la santé mentale des femmes. Cette revue conclut que des visites à domicile rapprochées, faites par une infirmière dans les six premières semaines du post-partum, ont un effet protecteur sur les mères présentant des facteurs de risques de DPN. (34)

Concernant les modalités d'entretien, l'entretien en face à face apparaissait comme le plus utilisé par les professionnels, c'est en effet le mode courant de communication. D'autres outils étaient utilisés, comme le contact téléphonique, le contact par mail ou les séances en groupe. L'essentiel est de trouver l'outil le mieux adapté à la mère et au professionnel.

4. Connaissance du réseau (Q 26 à 28).

Parmi les partenaires choisis par les professionnels pour une orientation, la PMI figurait en première place. Ce choix n'est pas surprenant car, dans l'imaginaire collectif, c'est le lieu de l'accueil mère-enfant et il permet une approche à la fois sociale et médicale.

Les structures de psychiatrie adulte apparaissaient aussi comme un recours possible.

Le fait que la pédopsychiatrie n'arrive qu'en quatrième position laisse supposer qu'il y a eu confusion entre le CMPP et le CMP enfant. En effet, en pratique, peu de femmes souffrant de DPN sont orientées vers le CMPP.

Concernant les structures de psychiatrie adulte, le CMP semble le moyen d'accès le plus connu à la psychiatrie adulte.

Concernant la pédopsychiatrie, les professionnels orientaient vers le CMP puis vers les unités de périnatalité. Pour certains secteurs de pédopsychiatrie, le CMP est la porte d'entrée préalable à une orientation vers un service de périnatalité.

Une des complexités de la prise en charge de la DPN est qu'elle est à l'interface de la psychiatrie adulte et de la pédopsychiatrie. L'idéal est de pouvoir assurer une prise en charge conjointe. En effet, si l'on oriente uniquement la mère vers la psychiatrie adulte, le risque est de méconnaître les éventuels troubles des interactions précoces et les éventuels troubles psychiques du bébé.

5. Difficultés rencontrées (Q29 à 32).

L'analyse des difficultés rencontrées par les professionnels de premier recours pointe un manque d'information sur la DPN. Les problèmes rencontrés tiennent surtout à une difficulté de travailler en réseau, ce qui constitue un frein à la prise en charge adéquate de la DPN. Les obstacles sont multiples: méconnaissance des structures existantes, manque de disponibilité ou d'accessibilité des structures et défaut de coordination des soins.

En effet, dans le domaine de la périnatalité, la collaboration étroite entre tous les acteurs est essentielle. Cette problématique de travail de réseau a été une des pistes de réflexion du plan Périnatalité 2005(38) et a fait l'objet d'une circulaire du Dr F. Molénat, relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité. Le fondement de la prise en charge médico-psychologique en périnatalité tient dans la continuité et la cohérence des soins.(39)

A ce propos, Françoise Molénat écrit: «Le rôle structurant d'un réseau professionnel fiable, centré sur chaque famille, s'appuyant sur l'expression de ses

besoins propres, agissant dans une cohérence suffisante de l'ante au post-natal, relève désormais de l'évidence intellectuelle mais n'en est qu'à un début d'application» .(39)

Pourtant, le travail en réseau est bénéfique à la fois pour les professionnels et pour les parents. Lorsqu'il connaît bien les acteurs du réseau, qu'il sait que son action s'inscrit dans une continuité et une cohérence, le professionnel se sent davantage en sécurité dans sa propre pratique. Les parents, de leur côté, témoignent du sentiment de sécurité qu'ils éprouvent lorsqu'ils perçoivent eux aussi la cohérence et la continuité d'un réseau professionnel autour d'eux.

IV.Ouverture.

Il nous semble important de rappeler que cette étude s'inscrit dans le cadre du Conseil Lillois de Santé Mentale dont un des buts est d'améliorer l'accès aux soins pour les femmes souffrant de DPN. Le projet concret qui sous-tend ce travail de thèse est de pouvoir proposer un outil aux professionnels de premier recours afin de les aider dans leur prise en charge de la DPN.

En effet, au terme du questionnaire, de nombreux professionnels ont fait des propositions pour améliorer la prise en charge des femmes souffrant de DPN.

Elles s'organisent en plusieurs points: information et sensibilisation de la population; amélioration de la prévention et du repérage en amont, notamment lors du séjour en maternité; développement du travail en réseau et meilleure collaboration entre les différents acteurs; amélioration de la formation des professionnels.

C'est à partir de ces trois derniers points que nous avons élaboré un arbre décisionnel pour le repérage et la prise en charge de la DPN. Il est constitué de deux parties: la première concerne la prévention et la seconde la prise en charge et l'orientation. Dans la première partie, nous insistons sur la recherche des facteurs de risques et l'utilisation de l'EPDS. La seconde partie, détaille la prise en charge en fonction de la présence ou non de signes de sévérité. Elle donne également des informations sur le réseau de soins existant à Lille et insiste sur l'importance du travail en partenariat. Lors de la construction de cet outil, il nous a semblé important de mettre en avant l'importance des visites à domicile qui ont montré leur efficacité dans la prévention et l'accompagnement des femmes souffrant de DPN(34).

Il figure dans une plaquette reprenant sous forme synthétique les symptômes de DPN, les facteurs de risques et les signes de sévérité, l'auto-questionnaire EPDS et un annuaire des structures existant sur la ville de Lille (cf Annexe 5). Notons qu'il a été validé par les pédopsychiatres de périnatalité de la ville de Lille (Ceux de l'USPPAD pour le secteur 59i04, de l'unité Lydéric pour le secteur 59i05, du pôle de périnatalité de l'hôpital St Vincent de Paul et de l'espace Lebovici).

Le 9 Décembre 2014, le CLSM a organisé une journée consacrée à la DPN où étaient invités les différents professionnels de la mère et de l'enfant de la ville de Lille (cf Annexe 6). A cette occasion, nous avons pu présenter cet arbre décisionnel.

Le second axe de travail du CLSM est d'informer et de sensibiliser la population, ce qui répond aussi à une demande formulée par les professionnels de premier recours. En effet, une des difficultés de repérage des femmes souffrant de DPN est que les symptômes restent souvent cachés car les mères éprouvent un sentiment de culpabilité dans un contexte social d'idéalisation de la maternité. Le fait d'informer les futures mères et leur entourage permettrait d'effacer ce tabou.(14)

Notre travail s'est concentré sur la période post-natale. Or il existe un véritable continuum entre la période pré et post-natale et l'on sait qu'entre 10 à 40% des épisodes dépressifs majeurs du post-partum ont débuté lors de la grossesse. (20) (8) Ainsi, faut-il sans doute davantage prendre en compte la période périnatale dans sa globalité et augmenter la prévention pendant la grossesse et lors du séjour à la maternité.

Prévenir et accompagner la Dépression Post-Natale par les professionnels de premier recours

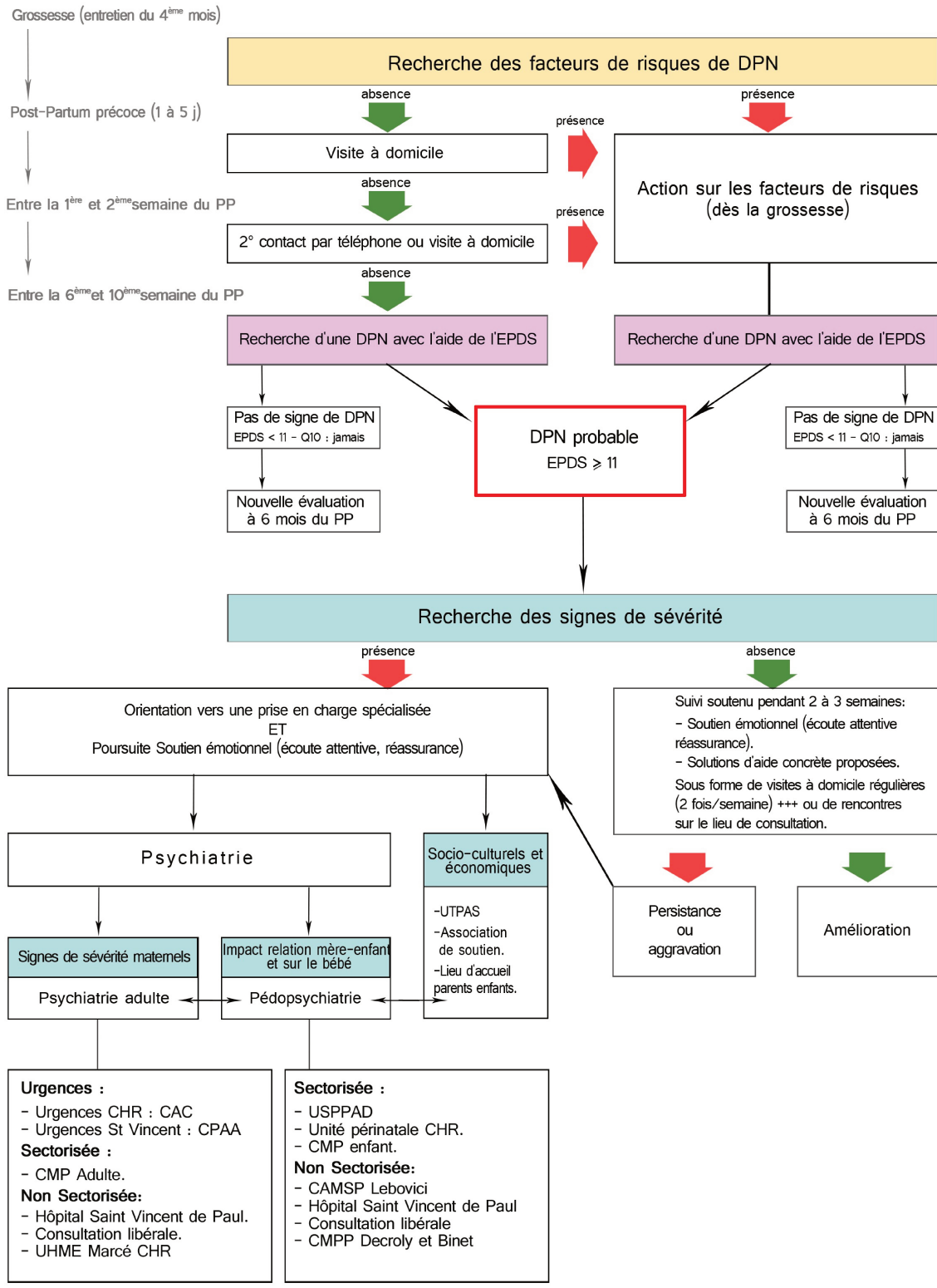


Figure 16: Proposition d'arbre décisionnel

CONCLUSION

La DPN est la plus fréquente des complications du postpartum et ses conséquences peuvent être graves et durables pour la mère, l'enfant et la famille.

Sur la ville de Lille, où on compte environ 10 000 naissances par an (40), ce sont donc 1000 à 2000 femmes qui pourraient souffrir de DPN. Le dépistage et la prise en charge précoces de la DPN sont donc un véritable enjeu de santé publique.

Notre analyse des résultats montre que l'évaluation psychique des femmes dans le post-partum est une pratique courante chez les professionnels interrogés; néanmoins il semble y avoir malgré tout un repérage insuffisant de la DPN chez ces mêmes professionnels, du fait d'un manque d'outils et de formations. Il apparaît donc important de se donner les moyens d'améliorer la formation des professionnels de premier recours.

Concernant la prise en charge, les difficultés rencontrées sont principalement liées à la complexité du travail en réseau; pourtant la collaboration étroite entre tous les acteurs est essentielle dans le domaine de la périnatalité. Pour que cette collaboration fonctionne, il faut redonner à chaque professionnel médical, paramédical ou social, confiance dans ses capacités de soignant.

En lien avec le CLSM, nous avons proposé un arbre décisionnel à destination des professionnels de premier recours pour les aider à prévenir et accompagner les femmes souffrant de DPN sur la ville de Lille. Il est désormais à la disposition des professionnels de la mère et de l'enfant de la ville de Lille.

La prévention de la DPN, s'inscrit dans un cadre plus large qui est l'évaluation psychosociale en période périnatale recommandée par la Société Marcé Internationale.(2)

Ainsi nous pouvons affirmer que notre travail de synthèse, qui porte au départ sur une question médicale, débouche sur une dimension paramédicale, sociale, culturelle, voire politique. La prévention n'est pas un concept lointain, mais une réalité qui doit créer du lien; il s'agit de fabriquer des réseaux efficaces pour que chacun se sente entouré et soutenu.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Agbokou C, Ferreri F, Nuss P, Peretti C-S. **Clinique des dépressions maternelles postnatales**. EMC - Psychiatr. janv 2011;8(4):1-7.
2. **Marcé International Society Position Statement (2013). Psycho - social Assessment and Depression Screening for Women in the Perinatal Period** (www.marcesociety.com).
3. O'hara MW, Swain AM. **Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis**. Int Rev Psychiatry. 1 janv 1996;8(1):37-54.
4. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. **Perinatal Depression: A Systematic Review of Prevalence and Incidence**. Obstet Gynecol. nov 2005;106(5, Part 1):1071-83.
5. Jardri R, Pelta J, Maron M, Thomas P, Delion P, Codaccioni X, et al. **Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression**. J Affect Disord. juill 2006;93(1–3):169-76.
6. Guédeney N, Jeammet P. **Dépressions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique**. Devenir. 1 sept 2001;Vol. 13(3):51-64.
7. Chabrol H. **Les dépressions de la maternité**. Paris, France: Presses universitaires de France; 1998. 127 p.
8. Gerardin P. **Spécificité et enjeux de la dépression de la grossesse. Principaux résultats d'une recherche longitudinale sur les dépressions du péripartum, du troisième trimestre de grossesse au 12e mois de l'enfant**. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. mars 2012;60(2):138-46.
9. Currie ML, Rademacher R. **The pediatrician's role in recognizing and intervening in postpartum depression**. Pediatr Clin North Am. juin 2004;51(3):785-801.
10. Dayan J. **Les dépressions périnatales: évaluer et traiter**. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson; 2011.
11. Chabrol H, Teissèdre F, Saint-Jean M, Teisseyre N, Rogé B. **Prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude contrôlée**. Devenir. 1 mars 2003;15(1):5-25.
12. Organisation mondiale de la santé, éditeur. **Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes: CIM-10**. Genève, pays inconnu: Organisation mondiale de la santé; 2009. vii+226 p.
13. American psychiatric association. **DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux**. Issy-les-Moulineaux, France: Masson; 2004. xi+1065 p.
14. Milgrom J. **Dépistage et traitement de la dépression postnatale (DPN)**. Devenir. 1 sept 2001;13(3):27-50.

15. Pitt B. « **Atypical** » **Depression Following Childbirth**. Br J Psychiatry. 11 janv 1968;114(516):1325-35.
16. **Etat des lieux_version définitive ve2012** - Etat_des_lieux_version_definitive2012.pdf [Internet]. [cité 22 janv 2015]. Disponible sur: http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/Votre_ARS/votre_ars/publication/Etat_des_lieux_version_definitive2012.pdf
17. Appleby L. **Le traitement de la dépression postnatale**. Devenir. 1 sept 2001;13(3):21-6.
18. Gandillot S, Wendland J, Wolff M, Moisselin P. **Etude comparative des interactions précoces des mères psychotiques et déprimées avec leur bébé**. Devenir. 1 juill 2012;24(2):141-69.
19. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. **Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature**. Gen Hosp Psychiatry. juill 2004;26(4):289-95.
20. Dayan J. **Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum**. Revue et synthèse. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. oct 2007;36(6):549-61.
21. Murray L, Stanley C, Hooper R, King F, Fiori-Cowley A. **The Role of Infant Factors in Postnatal Depression and Mother-Infant Interactions**. Dev Med Child Neurol. 1996;38(2):109-19.
22. Sutter-Dallay A-L, Murray L, Glatigny-Dallay E, Verdoux H. **Newborn Behavior and Risk of Postnatal Depression in the Mother**. Infancy. 1 nov 2003;4(4):589-602.
23. **Predictors of Postpartum Depression: An Update** : Nursing Research [Internet]. [cité 20 nov 2014]. Disponible sur: http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Fulltext/2001/09000/Predictors_of_Postpartum_Depression__An_Update.4.aspx
24. Milgrom J, Gemmill AW. **Screening for perinatal depression**. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. janv 2014;28(1):13-23.
25. **Solidité de l'équipe, solidité des parents**. [Internet]. Yapaka. [cité 12 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.yapaka.be/video/solidite-de-lequipe-solidite-des-parents>
26. - dp_ars_sante_mentale_npdc_11_12_2012.pdf [Internet]. [cited 2015 Jan 23]. Available from: http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/dp_ars_sante_mentale_npdc_11_12_2012.pdf
27. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. **Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale**. Br J Psychiatry. 6 janv 1987;150(6):782-6.
28. Guedeney N, Fermanian J. **Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties**. Eur Psychiatry. 1998;13(2):83-9.
29. ppd_layout_rev - **EPDS checklist_fr**.pdf [Internet]. [cité 26 mai 2014]. Disponible sur: http://www.lavieavecunnouveau bebe.ca/resources/EPDS_checklist_fr.pdf
30. Oates MR, Cox JL, Neema S, Asten P, Glangeaud-Freudenthal N, Figueiredo B, et al.

- Postnatal depression across countries and cultures: a qualitative study.** Br J Psychiatry. 2 janv 2004;184(46):s10-6.
31. Murray L, Carothers AD. **The validation of the Edinburgh Post-natal Depression Scale on a community sample.** Br J Psychiatry. 8 janv 1990;157(2):288-90.
 32. Meunier S, Thiberville J. **Le dépistage de la dépression du post-partum par l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): Enquête auprès de 52 médecins généralistes Haut-Normands sur l'intérêt et l'utilisation pratique de cet outil.** France; 2012.
 33. **Quand le parent se confie** [Internet]. Yapaka. [cité 12 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.yapaka.be/professionnels/video/quand-le-parent-se-confie>
 34. Alderdice F, McNeill J, Lynn F. **A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being.** Midwifery. avr 2013;29(4):389-99.
 35. Dennis C-L. **Psychosocial interventions for the treatment of perinatal depression.** Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. janv 2014;28(1):97-111.
 36. **beyondblue. Perinatal Clinical Practice Guidelines** [Internet]. [cité 6 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.beyondblue.org.au/resources/health-professionals/clinical-practice-guidelines/perinatal-clinical-practice-guidelines>
 37. **Fiche de synthèse - Sortie de maternité après accouchement** - [fiche_de_synthese_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/fiche_de_synthese_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf) [Internet]. [cité 12 janv 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/fiche_de_synthese_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
 38. **PLAN PERINATALITE - Plan_perinatalite_2005-2007.pdf** [Internet]. [cité 23 janv 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
 39. **SANT4 - Bulletin Officiel N°2005-8: Annonce N°26** [Internet]. [cité 12 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-08/a0080026.htm>
 40. **Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)** - Data.gouv.fr [Internet]. [cité 12 janv 2015]. Disponible sur: <https://www.data.gouv.fr/en/datasets/statistique-annuelle-des-etablissements-de-sante-sae/>

ANNEXES

Annexe 1: Echelle de dépression du post-partum d'Edimbourg (EPDS):
Autoquestionnaire.

Annexe 2: Questionnaire adressé aux professionnels de premier
recours.

Annexe 3: Tableau récapitulatif des résultats.

Annexe 4: Synthèse des résultats en fonction du groupe de profession.

Annexe 5: Plaquette présentée le 9 Décembre lors de la journée du
CLSM.

Annexe 6: Programme de la journée 9 Décembre organisée par le
CLSM.

Annexe 1: Echelle de dépression du post-partum d'Edimbourg (EPDS): Autoquestionnaire (29)

Les catégories de réponses sont notées 0, 1, 2 et 3 selon la sévérité des symptômes. Les items ayant un astérisque sont notés inversement (i.e. 3, 2, 1, et 0). Le total est calculé en additionnant les résultats des dix items.

Une femme qui obtient un résultat de 10 ou plus devrait être aiguillée vers un médecin ou un spécialiste de la santé mentale à des fins d'évaluation plus poussée.

Une note de 13 ou plus pourrait indiquer une dépression majeure.

Tout résultat positif à l'item 10 nécessite une évaluation clinique plus poussée.

*Soulignez la réponse qui correspond le plus précisément à vos sentiments depuis les **sept derniers jours**.*

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 raison, d'être responsable quand les choses allaient mal*

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, jamais

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

- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois
- Oui, très souvent

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans 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 du mal*.

- Oui, très souvent
- Parfois
- Presque jamais
- Jamais

Annexe 2 : Questionnaire adressé aux professionnels de premier recours.

Questionnaire thèse de médecine générale: dépression post-natale (DPN)

Madame, Monsieur, Cher(e) Confrère,

Je prépare actuellement ma thèse de médecine générale sur la prise en charge de la dépression post-natale (DPN).

Mon travail s'inscrit dans le cadre du conseil lillois de santé mentale (CSLM). L'objectif du CSLM, piloté par des élus, est d'améliorer l'accès aux soins pour les femmes souffrant de DPN, en améliorant notamment la coordination des soins de tous les acteurs de première ligne. Par ce travail de thèse, j'aimerais faire l'état des lieux de la prise en charge de la DPN par les professionnels de premier recours sur la ville de Lille.

Les résultats de ma thèse seront présentés à la journée du 9 Décembre 2014, organisée par le CSLM, et ils permettront d'établir un arbre décisionnel quant à la prise en charge des femmes souffrant de DPN.

Je me permets donc de vous adresser ce questionnaire dont les réponses me seront très utiles dans mon travail de recherche et je m'engage à vous en communiquer les résultats.

En vous remerciant par avance pour votre aide, je vous prie d'agréer Madame, Monsieur,

Cher(e) Confrère l'expression de mes meilleures salutations.

Marie Antoine-Lecompte

marielecompte85@yahoo.fr

1 rue marceau 59260 HELLEMES-LILLE

Première partie : identification du professionnel de premier recours.

1. 1. Quelle est votre profession?

Mark only one oval.

- Médecin généraliste
- Pédiatre
- Gynécologue/obstétricien
- Sage-femme
- Puéricultrice
- Infirmier(e)
- Psychologue
- Auxiliaire de puériculture
- Educateur/trice de jeunes enfants
- Educateur/trice
- assistante sociale

2. 2. Quel est votre lieu d'exercice?

plusieurs réponses sont possibles
Check all that apply.

- libéral
- PMI
- maternité
- crèche
- centre maternel
- centre social/maison de quartier
- autre service hospitalier
- Other: _____

3. 3. Quel est votre âge ?

4. 4. Vous êtes?

Mark only one oval.

- Une femme
- Un homme

5. 5. Avez-vous une formation en psychothérapie ?

Mark only one oval.

- Oui
- Non

6. 6. Si oui, laquelle?

7. 7. Etes-vous impliqué(e) dans un réseau de soins dans le champ de la périnatalité ?

Mark only one oval.

- oui
- non

8. 8. Si oui, lequel?

Check all that apply.

- Ombrel
- Other: _____

Deuxième partie : repérage de la dépression postnatale

9. **En vous référant à votre expérience, quelle serait la proportion de mères de nourrisson touchées par une DPN ?**

%

10. **10. Recherchez-vous systématiquement un trouble psychologique chez une mère de nourrisson ?**

Mark only one oval.

- toujours
 souvent
 jamais

11. **11. Selon vous la DPN est-elle un problème**

plusieurs réponses sont possibles

Check all that apply.

- social ?
 sociétal ?
 psychiatrique ?
 médical ?
 familial ?

12. **12. Avez-vous l'impression d'avoir suffisamment de connaissances sur la DPN pour pouvoir la dépister?**

Mark only one oval.

- oui
 non

13. **13. Connaissez-vous l'EPDS (Echelle de dépression du post-partum d'Edimbourg)?**

Mark only one oval.

- oui
 non

14. **14. Si oui, l'utilisez-vous?**

Mark only one oval.

- oui, pour toutes les mères de nourrisson
 oui, en cas de symptômes cliniques ou de facteurs de risques de DPN
 non

15. **Parmi les facteurs de risques de DPN suivants, quels sont les 4 qui vous alertent le plus chez une mère de nourrisson ?**

Check all that apply.

- difficultés dans l'enfance de la mère
- antécédents personnels de DPN
- antécédents personnels de troubles psychologiques (autres que dépression)
- antécédents personnels de dépression
- relation conjugale conflictuelle
- isolement social
- faible niveau socio-économique
- troubles anxieux pendant la grossesse
- événements de vie stressants au cours de la grossesse (décès, perte d'emploi...)
- complications obstétricales (césarienne en urgence...)
- troubles somatiques chez le bébé
- troubles du sommeil chez le bébé
- pleurs prolongés chez le bébé
- troubles de l'alimentation du bébé
- difficultés lors de l'allaitement

16. **Parmi les signes suivants, quels sont les 4 qui vous orientent le plus vers un diagnostic de sévérité chez une mère souffrant de DPN?**

Check all that apply.

- idées suicidaires chez la maman
- ralentissement psycho-moteur de la maman
- score élevé à l'EPDS
- relation mère-enfant perturbée (difficultés à assurer les soins primaires du bébé: alimentation, toilette...)
- impact sur le bébé et son développement (troubles du sommeil, retard de croissance, de développement, pleurs fréquents...)
- relation conflictuelle avec le partenaire
- isolement
- statut socio-économique bas
- absence de support familial
- absence d'aide concrète
- absence de figure substitutive pouvant s'occuper du bébé (père, grands-parents, crèche...)
- absence d'acceptation par la mère de la DPN et de sa prise en charge

Troisième partie : prise en charge et orientation de la dépression post-natale?

17. **Avez-vous déjà pris en charge une DPN ?**

Mark only one oval.

- oui
 non

18. **En l'absence de symptômes de DPN mais en présence de facteurs de risque chez la mère**

Mark only one oval.

- prenez-vous en charge vous-même la mère ?
 orientez-vous la mère vers un autre professionnel ou une structure?

19. **Si vous prenez vous-même en charge la mère que proposez-vous?**

plusieurs réponses sont possibles

Check all that apply.

- écoute attentive simple
 psychothérapie
 traitement médicamenteux
 accompagnement social
 Other: _____

20. **Chez une mère souffrant de DPN, en l'absence de signes de sévérité,**

Mark only one oval.

- prenez-vous en charge vous-même la mère?
 orientez-vous la mère vers un autre professionnel ou une structure?

21. **Si vous prenez en charge vous-même la mère que proposez-vous?**

plusieurs réponses sont possibles

Check all that apply.

- écoute attentive simple
 psychothérapie
 traitement médicamenteux
 accompagnement social
 Other: _____

22. **Chez une mère souffrant de DPN, en présence de signes de sévérité**

Mark only one oval.

- prenez vous en charge vous-même la mère?
 orientez-vous la mère vers un autre professionnel ou une structure?

23. **23. Si vous prenez en charge vous-même la mère que proposez-vous?**

plusieurs réponses sont possibles
Check all that apply.

- écoute attentive simple
- psychothérapie
- traitement médicamenteux
- accompagnement social
- Other: _____

24. **24. Dans le cas de votre prise en charge d'une mère souffrant de DPN: quel(s) lieux utilisez-vous dans le cadre de vos interventions?**

plusieurs réponses sont possibles
Check all that apply.

- entretien sur votre lieu d'exercice
- entretien au domicile de la patiente
- Other: _____

25. **25. Dans le cas de votre prise en charge d'une mère souffrant de DPN: quels outils de communication utilisez-vous?**

plusieurs réponses sont possibles
Check all that apply.

- entretien en face à face
- contact téléphonique
- contact par mail/internet
- séance en groupe
- Other: _____

26. **26. Dans le cas d'une orientation de la patiente, à quelle(s) structure(s) vous adressez-vous?**

plusieurs réponses sont possibles
Check all that apply.

- centre de protection maternelle et infantile
- consultation libérale (médecin, sage-femme, pédiatre, psychiatre, psychomotricien, psychologue)
- psychiatrie adulte
- pédopsychiatrie
- CMPP
- CAMSP
- association de soutien
- services sociaux
- service d'accueil des urgences
- Other: _____

27. **27. Si vous orientez la mère vers la psychiatrie adulte, à quelle(s) structure(s) vous adressez-vous?**

plusieurs réponses sont possibles
Check all that apply.

- CMP (centre médico-psychologique)
- CPAA (centre psychiatrique d'accueil et d'admission)
- CAC (centre d'accueil et de crise du CHR)
- Unité d'hospitalisation mère-enfant
- Other: _____

28. **28. Si vous orientez la mère vers la pédopsychiatrie, à quelle(s) structure(s) vous adressez-vous?**

plusieurs réponses sont possibles
Check all that apply.

- CMP
- USPPAD (unité de soins psychothérapeutiques précoces à domicile)
- Unité Lydéric (unité de psychiatrie périnatale du CHRU)
- Unité de psychiatrie périnatale de l'hôpital St Vincent de Paul
- Other: _____

29. **29. Lors de l'orientation, quelle(s) difficulté(s) rencontrez vous ?**

plusieurs réponses sont possibles
Check all that apply.

- manque de temps
- manque d'information sur les structures existantes
- manque d'information sur la maladie et sa prise en charge
- difficultés de disponibilité ou d'accessibilité des structures ou des professionnels
- défaut de coordination des soins
- aucune difficulté
- Other: _____

30. **30. Seriez-vous intéressé(e) pour recevoir de l'information sur l'orientation et les structures existantes?**

Mark only one oval.

- oui
- non

31. **31. Si oui, sous quelle forme aimeriez-vous avoir cette information?**

Check all that apply.

- sous forme papier
- sous forme de rencontre
- les deux
- Other: _____

32. **32. Quelles pistes proposez-vous pour améliorer la prise en charge de la DPN?**

Powered by
 Google Forms

Annexe 3 : Tableau récapitulatif des résultats

Variables	Modalités	Descriptif	NA
		n = 284	
ÂGE		41.21 +/- 11.11	Valeurs manquantes = 17
SEXE		12.37% (n=35)	Valeurs manquantes = 1
PROFESSION			Valeurs manquantes = 0
	ass_sociale	1.41% (n=4)	
	aux_puer	10.92% (n=31)	
	educ	10.56% (n=30)	
	educ_je	5.28% (n=15)	
	gyne_obs	5.99% (n=17)	
	infirmier_e	3.52% (n=10)	
	med_ge	15.14% (n=43)	
	pediatre	5.99% (n=17)	
	psychologue	6.69% (n=19)	
	puericultrice	13.38% (n=38)	
	sage_femme	21.13% (n=60)	
GROUPE DE PROFESSION			Valeurs manquantes = 0
	medical	48.24% (n=137)	
	paramedical	34.51% (n=98)	
	social	17.25% (n=49)	
PMI		10.21% (n=29)	Valeurs manquantes = 0
MATERNITÉ		30.99% (n=88)	Valeurs manquantes = 0
CRÈCHE		9.51% (n=27)	Valeurs manquantes = 0
CENTRE MATERNEL		14.79% (n=42)	Valeurs manquantes = 0
CENTRE SOCIAL		1.76% (n=5)	Valeurs manquantes = 0

AUTRE SERVICE		17.25% (n=49)	Valeurs manquantes = 0
LIBÉRAL		26.06% (n=74)	Valeurs manquantes = 0
AUTRE		0.7% (n=2)	Valeurs manquantes = 0
FORMATION PSYCHOTHÉRAPIE		10.25% (n=29)	Valeurs manquantes = 1
NOM FORMATION			Valeurs manquantes = 258
	brazelton	3.85% (n=1)	
	clinique	3.85% (n=1)	
	conseil_conjugal	3.85% (n=1)	
	depistage_troubles_psychopatho_pp	3.85% (n=1)	
	dpn	3.85% (n=1)	
	du_psychologie_psychopathologie_perinatale	7.69% (n=2)	
	du_stress_anxiete	3.85% (n=1)	
	grepa_nord	3.85% (n=1)	
	hypnose	3.85% (n=1)	
	m2_psychopathologie	3.85% (n=1)	
	master_therapie_clinique	3.85% (n=1)	
	palo_alto	3.85% (n=1)	
	perinatalite_psychopathologie	3.85% (n=1)	
	pschanalytique_therapie_familiale	3.85% (n=1)	
	psychanalyse	3.85% (n=1)	
	psychanalyse_groupale_familiale	3.85% (n=1)	
	psychopat_bebe	3.85% (n=1)	
	psychotherapie_psychanalitique	3.85% (n=1)	
	systemie_therapie_familiale	3.85% (n=1)	
	tcc	7.69% (n=2)	
	tcc_gestion_stress_anxiete	3.85% (n=1)	
	therapie_breve	3.85% (n=1)	
	therapie_cognitive	3.85% (n=1)	
	therapie_familiale	3.85% (n=1)	

RÉSEAU PÉRINATALITÉ			Valeurs manquantes = 3
		43.06% (n=121)	
NOM RÉSEAU			Valeurs manquantes = 171
	cesarine_leche_league	0.88% (n=1)	
	equipe_perinatalogie_fontan	0.88% (n=1)	
	had	0.88% (n=1)	
	hainaut	0.88% (n=1)	
	hainaut_et_artois	0.88% (n=1)	
	hopidom	0.88% (n=1)	
	naitre_dans_le_douaisis	0.88% (n=1)	
	ombrel	91.15% (n=103)	
	ombrel_hainaut	0.88% (n=1)	
	prado	0.88% (n=1)	
	reseau_perinatal_armentierois	0.88% (n=1)	
PROPORTION DE MÈRES			Valeurs manquantes = 40
		0.16 +/- 0.17	
RECHERCHE D'UN TROUBLE PSY			Valeurs manquantes = 13
	jamais	19.19% (n=52)	
	souvent	52.4% (n=142)	
	toujours	28.41% (n=77)	
PROBLEME DE LA DPP			
	origine sociale	39% (n=111)	Valeurs manquantes = 2
	origine sociétale	46% (n=129)	Valeurs manquantes = 2
	origine psychiatrique	59% (n=167)	Valeurs manquantes = 2
	origine médicale	63% (n=177)	Valeurs manquantes = 2
	origine familiale	63% (n=177)	Valeurs manquantes = 2
CONNAISSANCE DE LA DPN			Valeurs manquantes = 6
		29.86% (n=83)	
CONNAISSANCE DE L'EPDS			Valeurs manquantes = 0
		27.11% (n=77)	

UTILISATION DE L'EPDS			Valeurs manquantes = 209
	Oui, pour toutes les mères de nourrisson	9.33% (n=7)	
	Oui, en présence de symptômes ou de facteurs de risques	18.67% (n=14)	
	Non	72% (n=54)	
FACTEURS DE RISQUE IMPORTANTS DANS LE DEVELOPPEMENT D'UNE DPP			
	difficultés dans l'enfance	17% (n=49)	Valeurs manquantes = 2
	atcdt personnels de dpn	57% (n=162)	Valeurs manquantes = 2
	atcdt personnel de tb psy	19% (n=53)	Valeurs manquantes = 2
	atcdt personnel de dépression	56% (n=157)	Valeurs manquantes = 2
	relation conjugale conflictuelle	27% (n=75)	Valeurs manquantes = 2
	isolement social	48% (n=134)	Valeurs manquantes = 2
	faible niveau socio-éco	2% (n=6)	Valeurs manquantes = 2
	tb anxieux pdt grossesse	40% (n=112)	Valeurs manquantes = 2
	événements de vie stressants	37% (n=103)	Valeurs manquantes = 2
	complications obstétricales	29% (n=82)	Valeurs manquantes = 2
	tb somatiques chez bébé	18% (n=51)	Valeurs manquantes = 2
	tb sommeil chez bébé	21% (n=59)	Valeurs manquantes = 2
	pleurs prolongés chez bébé	41% (n=117)	Valeurs manquantes = 2
	tb alimentation du bébé	20% (n=56)	Valeurs manquantes = 2
	difficultés lors allaitement	14% (n=39)	Valeurs manquantes = 2
SIGNES DE SEVERITE A PRENDRE EN COMPTE DANS LA PRISE EN CHARGE D'UNE DPP			
	idées suicidaires	75% (n=211)	Valeurs manquantes = 2
	ralentissement psycho-moteur	29% (n=82)	Valeurs manquantes = 2
	score élevé à l'epds	17% (n=49)	Valeurs manquantes = 2
	relation mère-enfant perturbée	86% (n=242)	Valeurs manquantes = 2
	impact sur le bébé	59% (n=166)	Valeurs manquantes = 2
	relation conflictuelle avec partenaire	9% (n=24)	Valeurs manquantes = 2
	isolement	37% (n=104)	Valeurs manquantes = 2
	staut socio-éco bas	0% (n=1)	Valeurs manquantes = 2
	absence de support familial	18% (n=52)	Valeurs manquantes = 2

	absence d'aide concrète	8% (n=22)	Valeurs manquantes = 2
	absence de figure substitutive	14% (n=40)	Valeurs manquantes = 2
	absence d'acceptation par la mère	45% (n=126)	Valeurs manquantes = 2
EXPÉRIENCE DE PEC D'UNE DPN			Valeurs manquantes = 2
			41.84% (n=118)
SITUATION A			Valeurs manquantes = 4
	Je prends en charge la mère moi-même	31.07% (n=87)	
	J'oriente vers un autre professionnel	36.43% (n=102)	
	Les deux	32.5% (n=91)	
PROPOSITION THERAPEUTIQUE SI ABSENCE DE FACTEURS DE RISQUE OU DE SEVERITE			
	ecoute attentive simple	90% (n=156)	Valeurs manquantes = 111
	psychothérapie	28% (n=48)	Valeurs manquantes = 111
	traitement médicamenteux	10% (n=17)	Valeurs manquantes = 111
	accompagnement social	58% (n=100)	Valeurs manquantes = 111
	autre	9% (n=15)	Valeurs manquantes = 111
DÉTAIL AUTRE			Valeurs manquantes = 270
	consultations_repetees	14.29% (n=2)	
	nutrition	7.14% (n=1)	
	observation_conjointe_bebe	7.14% (n=1)	
	personnes_ressources	7.14% (n=1)	
	reassurance	7.14% (n=1)	
	rencontre_couple	7.14% (n=1)	
	seance_postnatale	7.14% (n=1)	
	soin_psycholgique_mere_bebe_pere	7.14% (n=1)	
	soutien_valorisation	14.29% (n=2)	
	therapie_breve	7.14% (n=1)	
	tisf	7.14% (n=1)	
	valorisation_competence_mere	7.14% (n=1)	
SITUATION B			Valeurs manquantes = 7
	Je prends en charge la mère moi-même	18.05% (n=50)	
	J'oriente vers un autre professionnel	56.68% (n=157)	
	les deux	25.27% (n=70)	

PROPOSITION THERAPEUTIQUE SI FACTEURS DE RISQUES SANS FACTEURS DE SEVERITE		
ecoute attentive simple	88% (n=105)	Valeurs manquantes = 164
psychothérapie	37% (n=44)	Valeurs manquantes = 164
traitement médicamenteux	21% (n=25)	Valeurs manquantes = 164
accompagnement social	52% (n=63)	Valeurs manquantes = 164
autre	9% (n=11)	Valeurs manquantes = 164
DÉTAIL AUTRE		Valeurs manquantes = 273
empathie	9.09% (n=1)	
nutrition	9.09% (n=1)	
observation_conjointe_bebe	9.09% (n=1)	
psychotherapeute	9.09% (n=1)	
rencontre_couple	9.09% (n=1)	
soin_psychologique_mere_bebe_pere	9.09% (n=1)	
sophrologie	9.09% (n=1)	
soutien	18.18% (n=2)	
soutien_valorisation	9.09% (n=1)	
therapie_breve	9.09% (n=1)	
SITUATION C		Valeurs manquantes = 9
Je prends en charge la mère moi-même	1.09% (n=3)	
J'oriente vers un autre professionnel	76.36% (n=210)	
les deux	22.55% (n=62)	
PROPOSITION THERAPEUTIQUE SI FACTEURS DE RISQUE ET FACTEURS DE SEVERITE		
ecoute attentive simple	83% (n=54)	Valeurs manquantes = 219
psychothérapie	42% (n=27)	Valeurs manquantes = 219
traitement médicamenteux	20% (n=13)	Valeurs manquantes = 219
accompagnement social	51% (n=33)	Valeurs manquantes = 219
autre	8% (n=5)	Valeurs manquantes = 219
DÉTAIL AUTRE		Valeurs manquantes = 280
avis_CMP	25% (n=1)	
nutrition	25% (n=1)	
soutien	25% (n=1)	
therapie_breve	25% (n=1)	

LIEU DU SOUTIEN EMOTIONNEL			
	entretien au domicile de la patiente	43% (n=68)	Valeurs manquantes = 125
	entretien sur son lieu d'exercice	87% (n=139)	Valeurs manquantes = 125
	autre	2% (n=3)	Valeurs manquantes = 125
OUTILS			
	entretien en face à face	98% (n=163)	Valeurs manquantes = 118
	contact téléphonique	25% (n=42)	Valeurs manquantes = 118
	contact par mail/internet	4% (n=6)	Valeurs manquantes = 118
	séance en groupe	10% (n=16)	Valeurs manquantes = 118
	autre	4% (n=6)	Valeurs manquantes = 117
STRUCTURES OU PARTENAIRES DANS LE CAS D'UNE ORIENTATION			
	centre de pmi	61% (n=162)	Valeurs manquantes = 18
	consultation libérale	44% (n=116)	Valeurs manquantes = 18
	psychiatrie adulte	48% (n=128)	Valeurs manquantes = 18
	pédopsychiatrie	41% (n=110)	Valeurs manquantes = 18
	cmpp	37% (n=99)	Valeurs manquantes = 18
	camsp	12% (n=31)	Valeurs manquantes = 18
	association de soutien	18% (n=47)	Valeurs manquantes = 18
	services sociaux	15% (n=40)	Valeurs manquantes = 18
	service d'accueil des urgences	9% (n=24)	Valeurs manquantes = 18
	autre	4% (n=11)	Valeurs manquantes = 18
DÉTAIL AUTRE STRUCTURE			Valeurs manquantes = 274
	espace_lebovici	10% (n=1)	
	marce	10% (n=1)	
	maternite	10% (n=1)	
	psychologue_lieu_de_travail	40% (n=4)	
	psychologue_mat_naiss	10% (n=1)	
	psychologue_maternite	20% (n=2)	
PSY			
	cmp	68% (n=149)	Valeurs manquantes = 65
	cpaa	17% (n=38)	Valeurs manquantes = 65
	cac	26% (n=57)	Valeurs manquantes = 65

	unité d'hospitalisation mère-enfant	59% (n=130)	Valeurs manquantes = 65
	autre	5% (n=10)	Valeurs manquantes = 66
<hr/>			
PEDIPSY			
	cmp	54% (n=103)	Valeurs manquantes = 94
	usppad	29% (n=55)	Valeurs manquantes = 93
	unité lydéric	33% (n=63)	Valeurs manquantes = 93
	unité de psychiatrie périnat st vincent	38% (n=72)	Valeurs manquantes = 93
	autre	6% (n=11)	Valeurs manquantes = 93
<hr/>			
DIFFICULTES RENCONTREES DANS LA PRISE EN CHARGE			
	manque de temps	21% (n=54)	Valeurs manquantes = 30
	manque d'info sur les structures	65% (n=164)	Valeurs manquantes = 30
	manque d'information sur la maladie	44% (n=111)	Valeurs manquantes = 30
	difficultés de disponibilités structures	46% (n=118)	Valeurs manquantes = 30
	défaut de coordination des soins	26% (n=66)	Valeurs manquantes = 30
	aucune difficulté	9% (n=24)	Valeurs manquantes = 30
	autre	1% (n=2)	Valeurs manquantes = 30
<hr/>			
INTÉRÊT POUR UNE INFORMATION		94.53% (n=259)	Valeurs manquantes = 10
<hr/>			
FORMAT DE L'INFORMATION SOUHAITÉE			Valeurs manquantes = 27
	Sous forme papier	33.46% (n=86)	
	Sous forme d'une rencontre	6.23% (n=16)	
	Les deux	60.31% (n=155)	
	Autre	0% (n=0)	

Annexe 4 : Synthèse des résultats en fonction du groupe de profession.

Variables	Modalités	medical n=137	paramedical n=98	social n=49	NA
ÂGE		42.91 +/- 12.41	40.79 +/- 9.56	37.33 +/- 9.3	Valeurs manquantes = 17
SEXE		22% (n=30)	2% (n=2)	6% (n=3)	Valeurs manquantes = 1
PROFESSION					Valeurs manquantes = 0
	ass_sociale	0% (n=0)	0% (n=0)	8% (n=4)	
	aux_puer	0% (n=0)	32% (n=31)	0% (n=0)	
	educ	0% (n=0)	0% (n=0)	61% (n=30)	
	educ_je	0% (n=0)	0% (n=0)	31% (n=15)	
	gyne_obs	12% (n=17)	0% (n=0)	0% (n=0)	
	infirmier_e	0% (n=0)	10% (n=10)	0% (n=0)	
	med_ge	31% (n=43)	0% (n=0)	0% (n=0)	
	pediatre	12% (n=17)	0% (n=0)	0% (n=0)	
	psychologue	0% (n=0)	19% (n=19)	0% (n=0)	
	puericultrice	0% (n=0)	39% (n=38)	0% (n=0)	
	sage_femme	44% (n=60)	0% (n=0)	0% (n=0)	
GROUPE DE PROFESSION					Valeurs manquantes = 0
	medical	100% (n=137)	0% (n=0)	0% (n=0)	
	paramedical	0% (n=0)	100% (n=98)	0% (n=0)	
	social	0% (n=0)	0% (n=0)	100% (n=49)	
PROFESSIONNEL DE SANTE					
	pmi	10% (n=14)	14% (n=14)	2% (n=1)	Valeurs manquantes = 0
	maternité	42% (n=57)	32% (n=31)	0% (n=0)	Valeurs manquantes = 0
	crèche	3% (n=4)	10% (n=10)	27% (n=13)	Valeurs manquantes = 0
	centre maternel	0% (n=0)	13% (n=13)	59% (n=29)	Valeurs manquantes = 0
	centre social	0% (n=0)	0% (n=0)	10% (n=5)	Valeurs manquantes = 0
	autre service	12% (n=17)	33% (n=32)	0% (n=0)	Valeurs manquantes = 0
	libéral	52% (n=71)	3% (n=3)	0% (n=0)	Valeurs manquantes = 0
	autre	0% (n=0)	0% (n=0)	4% (n=2)	Valeurs manquantes = 0
FORMATION PSYCHOTHÉRAPIE					Valeurs manquantes = 1
		11% (n=15)	13% (n=13)	2% (n=1)	
NOM FORMATION					Valeurs manquantes = 258
	brazelton	7% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
	clinique	0% (n=0)	9% (n=1)	0% (n=0)	

conseil_conjugal	7% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
depistage_troubles_psychopatho_pp	7% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
dpn	7% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
du_psychologie_psychopathologie_peri	7% (n=1)	9% (n=1)	0% (n=0)	
du_stress_anxiete	7% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
grepa_nord	7% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
hypnose	7% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
m2_psychopathologie	0% (n=0)	9% (n=1)	0% (n=0)	
master_therapie_clinique	0% (n=0)	9% (n=1)	0% (n=0)	
palo_alto	7% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
perinatalite_psychopathologie	0% (n=0)	9% (n=1)	0% (n=0)	
pschanalytique_therapie_familiale	0% (n=0)	9% (n=1)	0% (n=0)	
psychanalyse	7% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
psychanalyse_groupale_familiale	0% (n=0)	9% (n=1)	0% (n=0)	
psychopat_bebe	7% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
psychotherapie_psychanalytique	0% (n=0)	9% (n=1)	0% (n=0)	
systemie_therapie_familiale	0% (n=0)	0% (n=0)	100% (n=1)	
tcc	7% (n=1)	9% (n=1)	0% (n=0)	
tcc_gestion_stress_anxiete	7% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
therapie_breve	7% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
therapie_cognitive	0% (n=0)	9% (n=1)	0% (n=0)	
therapie_familiale	0% (n=0)	9% (n=1)	0% (n=0)	
RÉSEAU PÉRINATALITÉ				Valeurs manquantes = 3
NOM RÉSEAU				Valeurs manquantes = 171
cesarine_leche_league	0% (n=0)	0% (n=0)	100% (n=1)	
equipe_perinatalogie_fontan	0% (n=0)	3% (n=1)	0% (n=0)	
had	1% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
hainaut	0% (n=0)	3% (n=1)	0% (n=0)	
hainaut_et_artois	1% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
hopidom	1% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
naitre_dans_le_douaisis	0% (n=0)	3% (n=1)	0% (n=0)	
ombrel	95% (n=79)	83% (n=24)	0% (n=0)	
ombrel_hainaut	1% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
prado	0% (n=0)	3% (n=1)	0% (n=0)	
reseau_perinatal_armentierois	0% (n=0)	3% (n=1)	0% (n=0)	

PROPORTION DE MÈRES				Valeurs manquantes = 40
		0.13 +/- 0.14	0.18 +/- 0.2	0.23 +/- 0.19
RECHERCHE D'UN TROUBLE PSY				Valeurs manquantes = 13
	jamais	7% (n=9)	31% (n=28)	33% (n=15)
	souvent	50% (n=68)	48% (n=44)	67% (n=30)
	toujours	43% (n=58)	21% (n=19)	0% (n=0)
PROBLEME DE LA DPP				
	origine sociale	34% (n=46)	42% (n=41)	49% (n=24)
	origine sociétale	44% (n=59)	54% (n=53)	35% (n=17)
	origine psychiatrique	62% (n=84)	62% (n=61)	45% (n=22)
	origine médicale	68% (n=92)	57% (n=56)	59% (n=29)
	origine familiale	59% (n=80)	67% (n=66)	63% (n=31)
CONNAISSANCE DE LA DPN				Valeurs manquantes = 6
		37% (n=50)	31% (n=30)	6% (n=3)
CONNAISSANCE DE L'EPDS				Valeurs manquantes = 0
		37% (n=51)	26% (n=25)	2% (n=1)
UTILISATION DE L'EPDS				Valeurs manquantes = 209
	Oui, pour toutes les mères de nourrissons	6% (n=3)	17% (n=4)	0% (n=0)
	Oui, en présence de symptômes ou de facteurs de risques	18% (n=9)	22% (n=5)	0% (n=0)
	Non	76% (n=39)	61% (n=14)	100% (n=1)
FACTEURS DE RISQUE IMPORTANTS DANS LE				
	difficultés dans l'enfance	16% (n=22)	15% (n=15)	24% (n=12)
	atcd personnels de dpn	70% (n=95)	50% (n=49)	37% (n=18)
	atcd personnel de tb psy	21% (n=29)	13% (n=13)	22% (n=11)
	atcd personnel de dépression	59% (n=80)	54% (n=53)	49% (n=24)
	relation conjugale conflictuelle	24% (n=32)	30% (n=29)	29% (n=14)
	isolement social	45% (n=61)	47% (n=46)	55% (n=27)
	faible niveau socio-éco	3% (n=4)	1% (n=1)	2% (n=1)
	tb anxieux pdt grossesse	48% (n=65)	34% (n=33)	29% (n=14)
	événements de vie stressants	30% (n=41)	40% (n=39)	47% (n=23)
	complications obstétricales	37% (n=50)	26% (n=25)	14% (n=7)
	tb somatiques chez bébé	16% (n=21)	13% (n=13)	35% (n=17)
	tb sommeil chez bébé	23% (n=31)	17% (n=17)	22% (n=11)

	pleurs prolongés chez bébé	34% (n=46)	52% (n=51)	41% (n=20)	Valeurs manquantes = 2
	tb alimentation du bébé	24% (n=32)	13% (n=13)	22% (n=11)	Valeurs manquantes = 2
	difficultés lors allaitement	10% (n=14)	17% (n=17)	16% (n=8)	Valeurs manquantes = 2
SIGNES DE SEVERITE A					
PRENDRE EN COMPTE DANS LA					
	idées suicidaires	81% (n=110)	68% (n=67)	69% (n=34)	Valeurs manquantes = 2
	ralentissement psycho-moteur	37% (n=50)	22% (n=22)	20% (n=10)	Valeurs manquantes = 2
	score élevé à l'epds	17% (n=23)	20% (n=20)	12% (n=6)	Valeurs manquantes = 2
	relation mère-enfant perturbée	84% (n=113)	90% (n=88)	84% (n=41)	Valeurs manquantes = 2
	impact sur le bébé	59% (n=79)	57% (n=56)	63% (n=31)	Valeurs manquantes = 2
	relation conflictuelle avec partenaire	7% (n=9)	13% (n=13)	4% (n=2)	Valeurs manquantes = 2
	isolement	34% (n=46)	36% (n=35)	47% (n=23)	Valeurs manquantes = 2
	staut socio-éco bas	0% (n=0)	0% (n=0)	2% (n=1)	Valeurs manquantes = 2
	absence de support familial	16% (n=21)	20% (n=20)	22% (n=11)	Valeurs manquantes = 2
	absence d'aide concrète	8% (n=11)	8% (n=8)	6% (n=3)	Valeurs manquantes = 2
	absence de figure substitutive	13% (n=17)	14% (n=14)	18% (n=9)	Valeurs manquantes = 2
	absence d'acceptation par la mère	46% (n=62)	44% (n=43)	43% (n=21)	Valeurs manquantes = 2
EXPÉRIENCE DE PEC D'UNE DPN					Valeurs manquantes = 2
		48% (n=66)	40% (n=38)	29% (n=14)	
SITUATION A					
					Valeurs manquantes = 4
	Je prends en charge la mère moi-même	38% (n=51)	33% (n=32)	8% (n=4)	
	J'oriente vers un autre professionnel	33% (n=44)	39% (n=37)	43% (n=21)	
	Les deux	30% (n=40)	28% (n=27)	49% (n=24)	
SI ABSENCE DE FACTEURS DE RISQUE OU DE SEVERITE					
	ecoute attentive simple	88% (n=77)	96% (n=55)	86% (n=24)	Valeurs manquantes = 111
	psychothérapie	32% (n=28)	32% (n=18)	7% (n=2)	Valeurs manquantes = 111
	traitement médicamenteux	18% (n=16)	0% (n=0)	4% (n=1)	Valeurs manquantes = 111
	accompagnement social	59% (n=52)	56% (n=32)	57% (n=16)	Valeurs manquantes = 111
	autre	9% (n=8)	12% (n=7)	0% (n=0)	Valeurs manquantes = 111
DÉTAIL AUTRE					Valeurs manquantes = 270
	consultations_repetees	14% (n=1)	14% (n=1)	NaN% (n=0)	
	nutrition	14% (n=1)	0% (n=0)	NaN% (n=0)	
	observation_conjointe_bebe	14% (n=1)	0% (n=0)	NaN% (n=0)	
	personnes_ressources	0% (n=0)	14% (n=1)	NaN% (n=0)	
	reassurance	14% (n=1)	0% (n=0)	NaN% (n=0)	

	rencontre_couple	14% (n=1)	0% (n=0)	NaN% (n=0)	
	seance_postnatale	14% (n=1)	0% (n=0)	NaN% (n=0)	
	soin_psychologique_mere_bebe_pere	0% (n=0)	14% (n=1)	NaN% (n=0)	
	soutien_valorisation	0% (n=0)	29% (n=2)	NaN% (n=0)	
	therapie_breve	14% (n=1)	0% (n=0)	NaN% (n=0)	
	tisf	0% (n=0)	14% (n=1)	NaN% (n=0)	
	valorisation_competence_mere	0% (n=0)	14% (n=1)	NaN% (n=0)	
SITUATION B					Valeurs manquantes = 7
	Je prends en charge la mère moi-même	24% (n=32)	12% (n=11)	15% (n=7)	
	J'oriente vers un autre professionnel	56% (n=76)	63% (n=59)	46% (n=22)	
	les deux	20% (n=27)	26% (n=24)	40% (n=19)	
PROPOSITION THERAPEUTIQUE SI FACTEURS DE RISQUES SANS FACTEURS DE SEVERITE					
	ecoute attentive simple	83% (n=48)	91% (n=32)	93% (n=25)	Valeurs manquantes = 164
	psychothérapie	53% (n=31)	31% (n=11)	7% (n=2)	Valeurs manquantes = 164
	traitement médicamenteux	40% (n=23)	6% (n=2)	0% (n=0)	Valeurs manquantes = 164
	accompagnement social	50% (n=29)	46% (n=16)	67% (n=18)	Valeurs manquantes = 164
	autre	10% (n=6)	11% (n=4)	4% (n=1)	Valeurs manquantes = 164
DÉTAIL AUTRE					Valeurs manquantes = 273
	empathie	0% (n=0)	0% (n=0)	100% (n=1)	
	nutrition	17% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
	observation_conjointe_bebe	17% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
	psychotherapeute	17% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
	rencontre_couple	17% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
	soin_psychologique_mere_bebe_pere	0% (n=0)	25% (n=1)	0% (n=0)	
	sophrologie	17% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
	soutien	0% (n=0)	50% (n=2)	0% (n=0)	
	soutien_valorisation	0% (n=0)	25% (n=1)	0% (n=0)	
	therapie_breve	17% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
SITUATION C					Valeurs manquantes = 9
	Je prends en charge la mère moi-même	1% (n=1)	2% (n=2)	0% (n=0)	
	J'oriente vers un autre professionnel	79% (n=107)	75% (n=70)	70% (n=33)	
	les deux	20% (n=27)	23% (n=21)	30% (n=14)	
PROPOSITION THERAPEUTIQUE SI FACTEURS DE RISQUE ET					
	ecoute attentive simple	71% (n=20)	91% (n=21)	93% (n=13)	Valeurs manquantes = 219
	psychothérapie	57% (n=16)	48% (n=11)	0% (n=0)	Valeurs manquantes = 219

	traitement médicamenteux	32% (n=9)	17% (n=4)	0% (n=0)	Valeurs manquantes = 219
	accompagnement social	43% (n=12)	57% (n=13)	57% (n=8)	Valeurs manquantes = 219
	autre	14% (n=4)	4% (n=1)	0% (n=0)	Valeurs manquantes = 219
<hr/>					
DÉTAIL AUTRE					
	avis_CMP	33% (n=1)	0% (n=0)	NaN% (n=0)	Valeurs manquantes = 280
	nutrition	33% (n=1)	0% (n=0)	NaN% (n=0)	
	soutien	0% (n=0)	100% (n=1)	NaN% (n=0)	
	therapie_breve	33% (n=1)	0% (n=0)	NaN% (n=0)	
<hr/>					
LIEU DU SOUTIEN EMOTIONNEL					
	entretien au domicile de la patiente	37% (n=31)	40% (n=18)	61% (n=19)	Valeurs manquantes = 125
	entretien sur son lieu d'exercice	92% (n=76)	84% (n=38)	81% (n=25)	Valeurs manquantes = 125
	autre	1% (n=1)	2% (n=1)	3% (n=1)	Valeurs manquantes = 125
<hr/>					
OUTILS					
	entretien en face à face	98% (n=83)	98% (n=46)	100% (n=34)	Valeurs manquantes = 118
	contact téléphonique	25% (n=21)	26% (n=12)	26% (n=9)	Valeurs manquantes = 118
	contact par mail/internet	0% (n=0)	9% (n=4)	6% (n=2)	Valeurs manquantes = 118
	séance en groupe	6% (n=5)	13% (n=6)	15% (n=5)	Valeurs manquantes = 118
	autre	5% (n=4)	0% (n=0)	6% (n=2)	Valeurs manquantes = 117
<hr/>					
STRUCTURES OU PARTENAIRES DANS LE CAS D'UNE					
	centre de pmi	58% (n=78)	59% (n=50)	72% (n=34)	Valeurs manquantes = 18
	consultation libérale	49% (n=65)	38% (n=32)	40% (n=19)	Valeurs manquantes = 18
	psychiatrie adulte	49% (n=65)	53% (n=45)	38% (n=18)	Valeurs manquantes = 18
	pédopsychiatrie	43% (n=58)	42% (n=36)	34% (n=16)	Valeurs manquantes = 18
	cmpp	43% (n=57)	26% (n=22)	43% (n=20)	Valeurs manquantes = 18
	camsp	10% (n=13)	8% (n=7)	23% (n=11)	Valeurs manquantes = 18
	association de soutien	14% (n=19)	19% (n=16)	26% (n=12)	Valeurs manquantes = 18
	services sociaux	16% (n=21)	18% (n=15)	9% (n=4)	Valeurs manquantes = 18
	service d'accueil des urgences	10% (n=13)	12% (n=10)	2% (n=1)	Valeurs manquantes = 18
	autre	5% (n=7)	4% (n=3)	2% (n=1)	Valeurs manquantes = 18
<hr/>					
DÉTAIL AUTRE STRUCTURE					
	espace_lebovici	14% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	Valeurs manquantes = 274
	marce	14% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
	maternite	14% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
	psychologue_lieu_de_travail	14% (n=1)	100% (n=2)	100% (n=1)	
	psychologue_mat_naiss	14% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	

	psychologue_maternite	29% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)	
PSY	cmp	71% (n=78)	60% (n=42)	74% (n=29)	Valeurs manquantes = 65
	cpaa	24% (n=26)	9% (n=6)	15% (n=6)	Valeurs manquantes = 65
	cac	33% (n=36)	19% (n=13)	21% (n=8)	Valeurs manquantes = 65
	unité d'hospitalisation mère-enfant	50% (n=55)	77% (n=54)	54% (n=21)	Valeurs manquantes = 65
	autre	6% (n=7)	1% (n=1)	5% (n=2)	Valeurs manquantes = 66
PEDIPSY	cmp	54% (n=53)	48% (n=27)	64% (n=23)	Valeurs manquantes = 94
	usppad	22% (n=22)	25% (n=14)	53% (n=19)	Valeurs manquantes = 93
	unité lydéric	30% (n=30)	52% (n=29)	11% (n=4)	Valeurs manquantes = 93
	unité de psychiatrie périnat st vincent	44% (n=44)	23% (n=13)	42% (n=15)	Valeurs manquantes = 93
	autre	6% (n=6)	4% (n=2)	8% (n=3)	Valeurs manquantes = 93
DIFFICULTES RENCONTREES DANS LA PRISE EN CHARGE					
	manque de temps	28% (n=36)	19% (n=15)	7% (n=3)	Valeurs manquantes = 30
	manque d'info sur les structures	67% (n=85)	65% (n=53)	57% (n=26)	Valeurs manquantes = 30
	manque d'information sur la maladie	28% (n=35)	51% (n=41)	76% (n=35)	Valeurs manquantes = 30
	difficultés de disponibilités structures	55% (n=70)	43% (n=35)	28% (n=13)	Valeurs manquantes = 30
	défaut de coordination des soins	31% (n=39)	27% (n=22)	11% (n=5)	Valeurs manquantes = 30
	aucune difficulté	12% (n=15)	6% (n=5)	9% (n=4)	Valeurs manquantes = 30
	autre	0% (n=0)	0% (n=0)	4% (n=2)	Valeurs manquantes = 30
INTÉRÊT POUR UNE INFORMATION					
		96% (n=130)	91% (n=83)	98% (n=46)	Valeurs manquantes = 10
FORMAT DE L'INFORMATION SOUHAITÉE					
	Sous forme papier	45% (n=58)	24% (n=20)	17% (n=8)	Valeurs manquantes = 27
	Sous forme d'une rencontre	6% (n=8)	7% (n=6)	4% (n=2)	
	Les deux	49% (n=63)	68% (n=56)	78% (n=36)	
	Autre	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	

Annexe 5: Plaquette présentée le 9 Décembre lors de la journée du CLSM.



Prévenir et accompagner les femmes souffrant de Dépression Postnatale (DPN) sur la ville de Lille par les professionnels de premier recours

Proposition d'Arbre Décisionnel

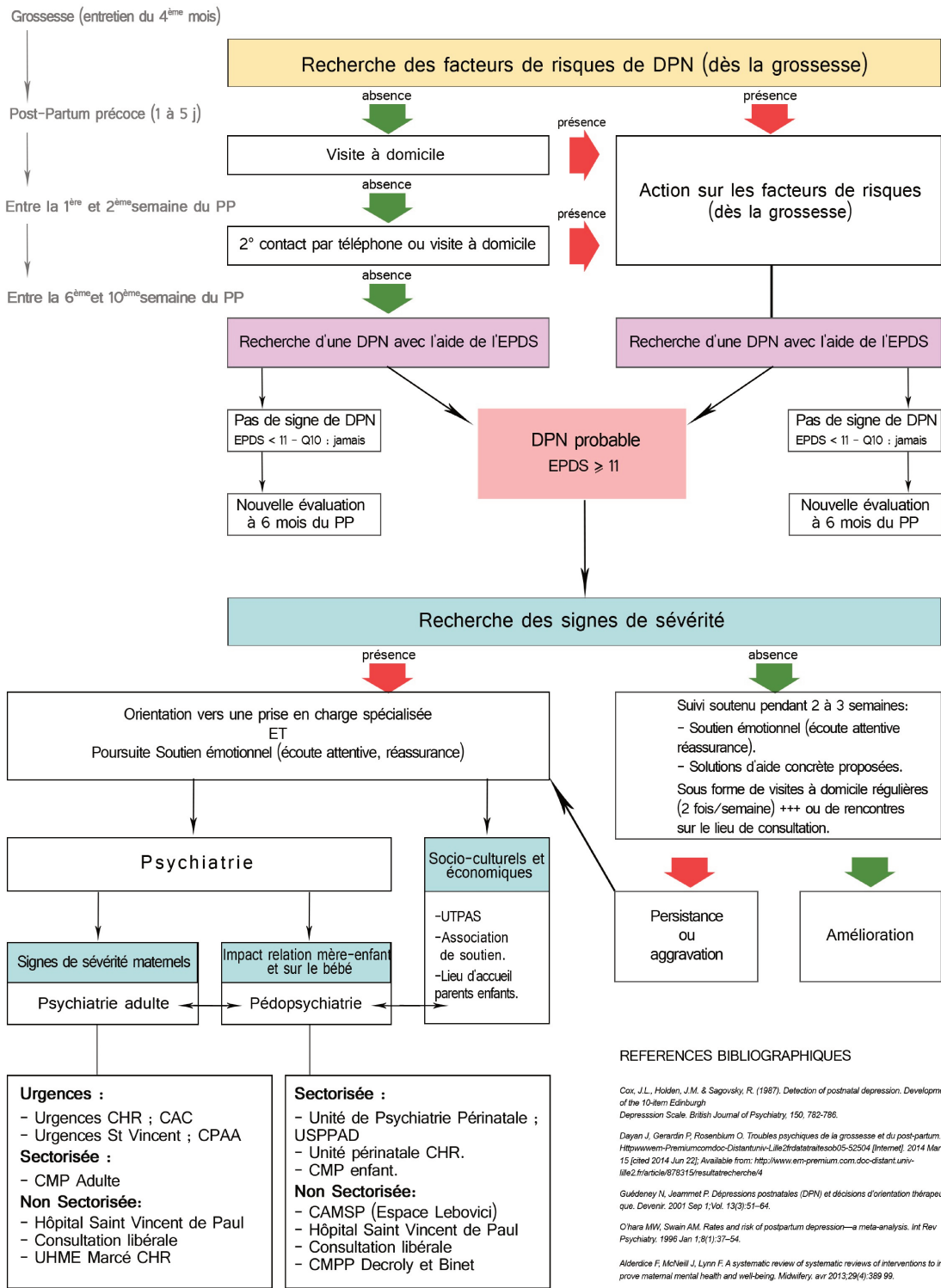
La dépression postnatale (DPN) est définie comme tout événement dépressif survenant dans la première année suivant l'accouchement. Sa prévalence est estimée à 10 à 20 %. On note deux pics de survenue, les DPN précoces entre six et douze semaines du post-partum et les DPN tardives lors du deuxième semestre.

Eléments du tableau clinique

Signes de dépression chez la mère	Signes de souffrance chez le bébé	Altération des interactions mère-enfant
<ul style="list-style-type: none"> • Pleurs quasi-quotidiens et ordinairement cachés. • Labilité émotionnelle. • Sentiment d'épuisement. • Perte d'estime en ses capacités maternelles. • Anxiété fréquente, déplacée vers le bébé. • Perte de plaisir à prodiguer les soins au bébé. • Irritabilité ou parfois franche agressivité généralement dirigée vers l'époux ou les autres enfants de la fratrie. • Phobies d'impulsion. • Aggravation symptomatique le soir, difficultés d'endormissement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les troubles à expression somatique : <ul style="list-style-type: none"> - Troubles durables du comportement alimentaire (refus, vomissements, mérycisme). - Troubles du sommeil persistants. - Pleurs inconsolables. - Spasmes du sanglot. - Manifestations somatiques entraînant des consultations répétées. • Les troubles émotionnels et de la relation : <ul style="list-style-type: none"> - Contact visuel difficile, voire absent. - Visage immobile, triste et figé. - Retrait relationnel, pauvreté interactive. - Difficultés dans la séparation. - Bébé trop sage. - Désintérêt pour le jeu. - Absence de recherche de l'objet disparu. • Les troubles du développement : <ul style="list-style-type: none"> - Retard d'acquisition dans les principaux secteurs. - Particularités tonico-motrices. (hypertonie, hypotonie, défaut d'ajustement tonico-postural). - Particularités dans le contact. (indifférence au monde sonore et aux personnes, absence de pointage et d'attention conjointe à 18 mois). - Mouvements stéréotypés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interactions visuelles : peu de regards partagés, de sourires, visages figés de la mère et de l'enfant. • Interactions corporelles : réactions motrices ralenties et pas toujours adaptées. • Interactions vocales : peu de verbalisations, peu de vocalisations. • Stimulation : peu de stimulations tactiles et kinesthésiques ; stimulations à connotations négatives peu d'engagements, peu d'ajustements au bébé, peu de sensibilité. • Accordage : asynchronie, interactions peu prolongées, difficultés de régulation.

Travail réalisé par Marie ANTOINE dans le cadre de sa Thèse de Médecine Générale intitulée, "Etats des lieux de la prise en charge de la DPN sur la ville de Lille par les professionnels de premier recours" sous la direction du D^r P. DO DANG, Pédiopsychiatre, Chef du pôle 59i04 de l'EPSM de l'agglomération lilloise pour la **Journée du CLSM** (Conseil Lillois de la Santé Mentale) du 9 Décembre 2014

Prévenir et accompagner la Dépression Post-Natale par les professionnels de premier recours



- | | |
|--|--|
| <p>Urgences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urgences CHR ; CAC - Urgences St Vincent ; CPAA <p>Sectorisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CMP Adulte <p>Non Sectorisée:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hôpital Saint Vincent de Paul - Consultation libérale - UHME Marcé CHR | <p>Sectorisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unité de Psychiatrie Périnatale ; USPPAD - Unité périnatale CHR. - CMP enfant. <p>Non Sectorisée:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CAMSP (Espace Lebovici) - Hôpital Saint Vincent de Paul - Consultation libérale - CMPP Decroly et Binet |
|--|--|

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Cox, J.L., Holden, J.M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.

Dayen J, Gerardin P, Rosenblum O. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. <http://www.em-premium.com/doc-Distantuniv-Lille2/fr/data/traitesob05-52504> [Internet]. 2014 Mar 15 [cited 2014 Jun 22]; Available from: http://www.em-premium.com/doc-distant-univ-lille2/fr/article/678315/resultat_recherche/4

Guédéney N, Jeammel P. Dépressions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique. *Devenir*. 2001 Sep 1;Vol. 13(3):51-64.

O'hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. 1996 Jan 1;8(1):37-54.

Alderice F, McNeill J, Lynn F. A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. *Midwifery*. avr 2013;29(4):389-99.

Gandlot S, Wendland J, Wolff M, Moïsselin P. Etude comparative des interactions précoces des mères psychologiques et déprimées avec leur bébé. *Devenir*. 1 juil 2012;24(2):141-69.

Les facteurs de risques					
Psychiatriques	Relationnels	Socio-économiques	Obstétricaux	Biologique	Liés au bébé
<ul style="list-style-type: none"> -Antécédents Dépression Post-Natale. -Antécédents dépression. -Manifestations anxieuses ou dépressives pendant la grossesse. -Antécédents d'autres pathologies psychiatriques. -Conduites addictives. 	<ul style="list-style-type: none"> -Faible soutien social (informationnel, social, émotionnel). -Isolement (social, culturel). -Carences affectives. -Violences et abus sexuels dans l'enfance -Mésentente conjugale. -Relations conflictuelles et/ou de dépendance à la mère. 	<ul style="list-style-type: none"> -Faible niveau d'éducation. -Absence d'emploi ou emploi peu valorisant. -Faible statut social. -Evénements de vie négatifs survenant pendant la grossesse ou durant le postpartum. 	<ul style="list-style-type: none"> -Complications de la grossesse (prééclampsie, vomissements incoercibles, accouchement prématuré). -Complications liées à l'accouchement (césarienne, extraction instrumentale, accouchement prématuré, hémorragie de la délivrance). 	<ul style="list-style-type: none"> Rechercher une dysfonction thyroïdienne. 	<ul style="list-style-type: none"> -Bébé difficile (irritabilité, inconsolabilité, incompréhensibilité). -Pathologie néonatale du bébé. -Troubles de l'alimentation et du sommeil.

Auto-Questionnaire : EPDS (Echelle de Dépression Post-natale d'Edimbourg)

Les catégories de réponses sont notées 0, 1, 2 et 3 selon la sévérité des symptômes.
 Les items ayant un astérisque sont notés inversement (i.e. 3, 2, 1, et 0).
 Le total est calculé en additionnant les résultats des dix items.
 Une femme qui obtient un résultat de 10 ou plus devrait être aiguillée vers un médecin ou un spécialiste de la santé mentale à des fins d'évaluation plus poussée. Une note de 13 ou plus pourrait indiquer une dépression majeure.
 Tout résultat positif à l'item 10 nécessite une évaluation clinique plus poussée.
 Quelques femmes ayant une note de moins de 10 pourraient aussi avoir une dépression post-partum et/ou vont bénéficier de services de soutien.

Soulignez la réponse qui correspond le plus précisément à vos sentiments depuis les sept derniers jours.

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 raison, d'être responsable quand les choses allaient mal*:

- Oui, la plupart du temps.
- Oui, parfois.
- Pas très souvent.
- Non, jamais.

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

- Non, pas du tout.
- Presque jamais.
- Oui, parfois.
- Oui, très souvent.

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans 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 événements*:

- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations.
- Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude.
- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations.
- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude.

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

- Oui, la plupart du temps.
- Oui, parfois.
- Pas très souvent.
- Non, pas du tout.

8. Je me suis sentie triste ou 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 du mal*.

- Oui, très souvent.
- Parfois.
- Presque jamais.
- Jamais.

Les signes de sévérité			
Dépression maternelle	Impact sur la relation mère-enfant et sur le bébé	Facteurs de risques associés	Absence de facteurs protecteurs
<ul style="list-style-type: none"> - Score élevé à l'EPDS (>13). - Idées suicidaires. - Ralentissement psychomoteur important. 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés à assurer les besoins du bébé. -Troubles importants des interactions mère-enfant. -Signes de souffrance chez l'enfant. 	<ul style="list-style-type: none"> -Relations conflictuelles avec le partenaire. -Isolement. -Statut socio-économique bas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Absence de support familial. -Absence d'aide concrète. -Absence de figures substitutives pouvant s'occuper du bébé.

Annuaire des structures existantes sur la ville de Lille.

UTPAS

UTPAS de Lille-Moulins (Lille Est) 49 boulevard de Strasbourg BP 167 - 59017 LILLE Tél : 03 59 73 78 00	UTPAS de Lille-Sud 2 rue Saint-Bernard 59000 LILLE Tél : 03 20 85 32 40	UTPAS d'Hellemmes 22 rue de l'Innovation 59260 HELLEMES Tél : 03 59 73 96 60
UTPAS de Lille-Vauban (Lille Nord) 11 rue Desmazières BP 4 - 59004 LILLE Cedex Tél : 03 59 73 88 00	UTPAS de Lille-Fives 108/112 rue Pierre-Légrand CS 70511 59022 LILLE Cedex Tél : 03 59 73 92 70	UTPAS Lomme Lambersart 257 rue Auguste Bonte BP 155 59132 LAMBERSART CEDEX Tél : 03 59 73 78 20

CMP adultes

CMP Lille Nord 59G22 9-11 rue du Barbier Maës 59000 LILLE Tél : 03 20 87 96 41	CMP Lille Est 59G24 239 rue du Faubourg de Roubaix 59000 LILLE Tél : 03 20 12 17 30	CMP Lomme Lambersart 59G20 4 rue de l'Abbé Desplanques 59130 LAMBERSART Tél : 03 20 08 17 50
CMP Lille Sud 59G23 12 rue de Cannes 59000 LILLE Tél : 03 20 16 86 60	CMP Antonin Artaud Hellemmes 59G21 43 rue Faiderbe 59260 HELLEMES Tél : 03 20 19 12 50	

CMP enfants et adolescents

CMP infanto-juvénile Lille Nord 59I04 234 rue de Paris 59000 LILLE Tél : 03 20 21 94 50	CMP infanto-juvénile Lille Est 59I04 5 rue Louis Blanc 59800 LILLE Tél : 03 28 80 04 69	CMP infanto-juvénile Montebello 59I05 41 rue Van Hende 59000 LILLE Tél : 03 20 44 48 49
--	--	--

Unité de Soins Psychothérapeutiques Précoces à Domicile USPPAD (59I04)

234 rue de Paris, 59000 LILLE
Tél : 03 20 21 94 50

CHRU de Lille 59I05

Unité d'Hospitalisation Mère-Enfant Marcé Service de psychiatrie adulte 6, rue Emile Verhaeghe 59037 LILLE Cedex Tél : 03 20 44 65 68	Unité périnatale (Lyderic) Tél : 03 20 44 42 53	Centre d'accueil et de Crise (CAC) Tél : 03 20 44 43 83
	Accueil Hôpital Fontan Tél : 03 20 44 42 15	Consultations de Psychiatrie Tél : 03 20 44 44 60

GHICL Hôpital Saint-Vincent de Paul

Boulevard de Belfort BP 387 59020 LILLE Cedex

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Tél : 03 20 87 76 06
• Consultations de psychiatrie parents-bébé, de l'enfant et de l'adolescent.
• Interventions pédopsychiatriques en périnatalité.
• Hôpital de jour "l'Oiseau Lyre" (parents-nourissons, enfants).

Psychiatrie adulte

Accueil médico-psychologique Tél. 03 20 87 45 77
Centre de psychothérapie Tél. 03 20 87 74 40
Psychiatrie Tél. 03 20 87 74 36
Unité d'Accueil médico-psychologique Tél. 03 20 87 45 77

Le Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission (CPAA)

Numéro d'appel 24h/24 : 03 20 78 22 22 - 2 rue Desaix, 59000 LILLE
Accueil aux urgences de l'Hôpital Saint-Vincent de Paul de 21h30 à 7h.

CAMSP

Espace Lebovici (CAMSP Binet, SESSAD Lebovici et Unité Mère Bébé Myriam David)
199/201 rue Colbert - Immeuble Rocherfort - Rez-de-chaussée 59 000 LILLE
Tél : 03 28 14 10 31

CMPP

CMPP Decroly Lille 49 rue de Bourgogne 59800 LILLE Tél : 03 20 54 82 58	CMPP Alfred Binet 76 boulevard Vauban 59000 LILLE Tél : 03 20 57 10 03
--	---

Annuaire des structures existantes sur la ville de Lille (suite)

Lieux d'accueil parents enfants

Lille sud

Fil d'Ariane (municipal)
Maison de l'Enfant et de la Famille
2, rue de la Loire 59000 Lille
Tél : 03 20 85 22 28

Moulins

La Petite Maison (A.R.P.E)
Résidence Belfort
11 bis, rue Edouard Herriot 59000 Lille
Tél : 03 20 53 74 99

Bois blancs

La Calinette
Centre Social Rosette de Mey
Maison de Quartier Bois Blancs
60, rue du Général Anne de la Bourdonnaye
59000 Lille
Tél : 03 20 09 75 94

Vieux Lille

La Libellule
26, rue des Archives 59000 Lille
Tél : 03 20 06 85 58

Faubourg de Béthune

La maison Arc-en-Ciel (A.D.N.S.E.A)
16, boulevard de Metz 59000 Lille
Tél : 03 20 50 94 24

Lomme

La Clairière
11, rue Albert Deberdt 59160 Lomme
Tél : 03 20 93 60 88

Associations de soutien

Forum Maman Blues

<http://www.maman-blues.fr/>

Médiation familiale

Point Rencontre Nord

2 permanences :
69 rue Négrier 59000 Lille
Tél : 03 20 54 82 49
Accueil : Lun. Mar. et Mer. de 13h à 17h
Jeudi et Vendredi de 8h30 à 12h et de 12h45 à 17h

Maison de l'Enfant et de la Famille

2 rue de la Loire 59000 Lille
Tél : 03 20 85 22 28
Accueil : 1er et 3e sam. du mois de 13h à 19h
2e et 4e sam. du mois de 9h30 à 19h
un mercredi par mois de 17h30 à 20h

Association Avec des mots

L'association propose de prendre le temps de discuter
des difficultés rencontrées au moment d'un conflit familial.
Les entretiens ont lieu au :
1 Résidence Magenta Fombelle
Rue Jules Guesde 59000 Lille
Tél : 06 14 43 05 40
Tél : 06 10 21 26 81
Tél : 06 13 38 11 92

Aide et soutien aux mamans qui désirent allaiter

Lactarium Régional

Hôpital Jeanne de Flandre
2 avenue Oscar Lambret 59037 Lille Cedex
Tél : 03 20 44 50 50
Du lundi au vendredi de 8h à 17h

Permanence Allait'écoute

Réseau OMBREL (Organisation Mamans Bébé
de la Région Lilloise)
entre 18h et 21h, 7 jours sur 7
Tél : 03 20 44 62 47

Protection de l'enfance

Allo Enfance Maltraitée

Numéro gratuit ouvert 24h/24
Tél : 119 (N° vert)
www.allo119.gouv.fr

Violences Femmes Info

Tél : 3919 (N° vert)

Couples et Familles

Planification familiale, conseil conjugal et parentalité
155 rue du Molinel 59000 Lille
Tél : 03 20 54 01 33
Permanence le jeudi de 9h à 12 h ou accueil sur RDV

Collectif Régional pour l'Information et la Formation des Femmes (C.O.R.I.F.)

145 rue des Stations 59000 Lille
Tél : 03 20 54 73 55

La Leche League (L.L.L. de Lille)

Aide et soutien à l'allaitement maternel
10 rue Parrayon 59800 Lille
Tél : 03 20 13 88 88
Tél : 03 20 07 96 16

Annexe 6 : Programme de la journée du 9 Décembre organisée par le CLSM

JOURNÉE ANNUELLE
DU CONSEIL LILLOIS
DE SANTÉ MENTALE

Dépistage et accompagnement des femmes souffrant d'une dépression post-natale sur la ville de Lille

La dépression post-natale (DPN) est un véritable problème de santé publique par sa fréquence élevée d'une part (10 à 20% de femmes touchées selon les études), par l'intensité de la souffrance psychique des mères d'autre part, et enfin, par ses conséquences, à la fois sur le partenaire, la vie de couple et le bébé.

Chaque année, ce sont donc entre 1000 et 2000 femmes qui seraient touchées par cette affection sur les trois maternités lilloises.

Le modèle étiologique de la DPN est "bio-psycho-social" où sont fortement intriqués des facteurs hormonaux, psychodynamiques et socio-culturels. Cette dernière composante n'est pas des moindres. Le vécu de nombreuses mères est en décalage avec leur rôle présumé et les sentiments qu'elles sont censées éprouver dans une société où la maternité reste synonyme de bonheur tout en étant associée à la notion d'instinct maternel.

Le dépistage et la prise en charge de la dépression post-natale ne peuvent s'envisager que dans un partenariat étroit entre tous les professionnels de la mère et du bébé. Si dans les cas les plus graves, les soins relèvent d'une prise en charge spécialisée, notamment par les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie d'adulte, les professionnels de première ligne ont un rôle majeur dans le dépistage et l'accompagnement des mères souffrant de dépression post-natale.

Mais quels sont les signes de gravité ? Quand passer le relais ? Et à qui ? Quelles sont les ressources sur notre ville de Lille ? Comment les articuler ?

Le Conseil Lillois de Santé Mentale est particulièrement sensibilisé à la problématique de la dépression post-natale. Dans un souci d'information des professionnels mais aussi de valorisation de toutes les actions entreprises dans ce domaine, le Conseil Lillois de Santé Mentale tente de répondre à ces questions et propose cette journée de réflexion aux acteurs de la ville de Lille qu'il souhaite replacer au cœur du dispositif.

Comité de pilotage du groupe « Dépression Post-natale » dans le cadre du Conseil lillois de santé mentale :

Hélène BOMY, Coordinateur Réseau OMBREL - Dr Odile CAILLIÉRET, Médecin de PMI (Jeanne de Flandres)
- Sophie CARPENTIER, Sage-femme Réseau OMBREL - Magalie CESTRE, Psychologue EPDSAE
- Dr Patricia DO DANG, Pédopsychiatre Chef du pôle 59104 de l'EPSM de l'agglomération lilloise
- Valérie FAUVARQUE, Coordinatrice petite enfance Ville de Lille - Annie FRANÇOIS, Assistante sociale
CMP Lille Nord et USPPAD - Dr Anne HUC, Médecin de PMI Direction territoriale de Lille - Hélène LEGRAND,
Chargée de mission famille-parentalité Ville de Lille - Dr Nathalie OLIVIER, Pédopsychiatre du pôle 59104
de l'EPSM de l'agglomération lilloise - Hélène PAUCHET, Responsable du service santé Ville de Lille

JOURNÉE ANNUELLE
DU CONSEIL LILLOIS
DE SANTÉ MENTALE



Dépistage et accompagnement des femmes souffrant d'une dépression post-natale sur la ville de Lille

Mardi 9 décembre 2014 de 8h30 à 17h

Gare Saint Sauveur
Boulevard Jean-Baptiste Lebas à Lille
Métro Lille Grand Palais ou Mairie de Lille

Entrée libre - Réservée en priorité aux professionnels de Lille

Renseignements : 03 28 38 51 17

Inscriptions obligatoires (nombre de places limité) : www.epsm-al.fr



MATIN

Matinée modérée par le **Pr Renaud Jardri**

08H30 **Café d'accueil**

09H00 **Allocutions d'ouverture**

Jérémie Crépel, Conseiller municipal délégué à la santé de la Ville de Lille
Jean-Marie Maillard, Directeur général de l'EPSM de l'agglomération lilloise
Dr Christian Müller, Président de CME de l'EPSM de l'agglomération lilloise
Dr Patricia Do Dang, Pédopsychiatre, Chef du pôle 59i04 de l'EPSM de l'agglomération lilloise

09H15 **« Définition et symptômes de la dépression post-natale »**

Dr Michel Maron, Psychiatre (CHRU de Lille)
Suivi d'un débat avec la salle

10H00 **« Témoignages de mères »**

Avec l'Association Maman Blues
Suivi d'un débat avec la salle

10H45 Pause et visite des stands

11H15 **« La dépression post-natale
contexte historique et socioculturel »**

Dr Patricia Do Dang, Pédopsychiatre, Chef du pôle 59i04 de l'EPSM de l'agglomération lilloise
Suivi d'un débat avec la salle

12H00 Déjeuner libre

APRÈS MIDI

Après midi modérée par le **Dr Michel Libert**

14H00 **Présentation de la recherche pédiatrique :
« Lien entre DPN et état de santé du bébé »**

Dr Jean-François Lienardt, Pédiatre
Suivi d'un débat avec la salle

14H45 **Thèse de médecine : « État des lieux de la prise en charge
de la DPN sur la ville de Lille par les professionnels
de premiers recours »**

Présentation des résultats de la recherche et d'un arbre décisionnel
Marie Antoine, Interne de médecine générale
Suivi d'un débat avec la salle

15H30

Présentation de l'offre de soins en psychiatrie périnatale sur Lille

En présence des différents acteurs de périnatalité :

- Unité Lydéric (unité de périnatalité du CHRU de Lille),
 - Unité Marcé (hospitalisation mère-bébé CHRU de Lille),
 - Unité de Soins Psychothérapeutiques Précoces à Domicile USPPAD (secteur de pédopsychiatrie 59i04 Lille),
 - Unité de périnatalité et hôpital de jour mère-bébé Loiseau Lyre (GHICL Saint Vincent),
 - Espace Lebovici (CAMPS Binet, SESSAD Lebovici et unité mère-bébé Myriam David)
 - Service d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel parent-bébé Fil d'Ariane
- Suivi d'un débat avec la salle*

16H45 **Synthèse de la journée**

Pr Pierre Delion, Chef du service psychiatrie et enfants CHRU de Lille

17H00 **Fin des travaux**



AUTEUR : LECOMPTE-ANTOINE Marie

Date de Soutenance : Mercredi 11 Février 2015

Titre de la Thèse : Etats des lieux de la prise en charge de la dépression postnatale par les professionnels de premier recours sur la ville de Lille.

Thèse - Médecine – Lille 2015

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Dépression postnatale, soins primaires, dépistage, coordination des soins.

Contexte: La dépression postnatale, par sa fréquence et les conséquences graves qu'elle peut avoir sur la femme, l'enfant et la famille est un problème de santé publique. Les acteurs de premier recours ont un rôle essentiel, non seulement dans le repérage, mais aussi dans l'accompagnement des femmes souffrant de DPN. Cette problématique est une des réflexions du CLSM; c'est dans ce cadre que s'inscrit cette étude.

Objectif: Connaître les connaissances et pratiques des professionnels de premier recours sur la ville de Lille concernant le dépistage et la prise en charge des femmes souffrant de DPN.

Méthode: Il s'agit d'une étude descriptive observationnelle, à partir d'un questionnaire à questions fermées adressé aux professionnels de premier recours. Une analyse statistique descriptive a été réalisée. Puis, une étude multivariée a été effectuée pour rechercher les déterminants de l'expérience de prise en charge de DPN.

Résultats: 284 questionnaires ont été reçus et analysés. Les professionnels étaient principalement des sages-femmes et des médecins généralistes; ils exerçaient surtout en maternité et en secteur libéral.

Selon l'expérience des professionnels interrogés, la proportion de mères de nourrisson touchées par une DPN est en moyenne de 16.2% (médiane=10%) .Un trouble psychologique est recherché chez une mère de nourrisson dans 80% des cas. 70% des professionnels pensent ne pas avoir assez de connaissances sur la DPN pour pouvoir la dépister. 27% connaissent l'EPDS, parmi eux seuls 28% l'utilisent.

42% des professionnels ont une expérience de prise en charge d'une femme souffrant de DPN. Les prises en charge les plus proposées sont l'écoute attentive simple (de 83 à 90%) et l'accompagnement social (de 51 à 58%). Les difficultés rencontrées lors de l'orientation sont principalement: le manque d'information sur les structures existantes (65%), le défaut d'accessibilité des structures (46%) et le manque d'information sur la maladie et sa prise en charge (44%).

Conclusion: Pour améliorer la prise en charge des femmes souffrant de DPN, des formations supplémentaires pour les acteurs de première ligne et une meilleure collaboration entre tous les soignants semblent être nécessaires. Dans ce contexte, nous avons proposé un arbre décisionnel, pour aider les professionnels de premier recours de la ville de Lille à prévenir et accompagner la DPN.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre DELION

Assesseurs :

Madame le Professeur Véronique HOUFFLIN-DEBARGE

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Monsieur le Docteur Mathieu CALAFIORE

Directrice de Thèse:

Madame le Docteur Patricia DO DANG