



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Comment former les professionnels de soins primaires à la
prévention de la dépression du post-partum ? Revue de
littérature narrative et enquête de terrain.**

Présentée et soutenue publiquement le 4 mars 2025 à 14 heures
Au Pôle Formation

par Caroline BOUCHE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Asseseurs :

Madame le Docteur Aline PICARD

Madame le Docteur Eole NYANGWILE

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Mathilde WINANT

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

REMERCIEMENTS

TABLE DES MATIERES

RESUME	6
I. INTRODUCTION	7
1. Contexte	7
2. Epidémiologie	8
3. Généralités sur la dépression du post-partum	10
3.1 Définition de la dépression post-partum	10
3.2 Facteurs de risque de dépression du post-partum	14
3.3 Conséquences possibles de la dépression du post-partum.....	15
3.4 Recommandations actuelles en matière de dépistage.....	17
4. Journée de formation des étudiants sage-femmes de Lille	21
5. Objectifs de l'étude	24
II. METHODE	26
1. Revue de littérature.....	26
1.1 Critères de sélection	26
1.2 Stratégie de recherche bibliographique.....	27
1.3 Sélection des articles	27
1.4 Analyse des données.....	28
2. Démarche de terrain auprès des réseaux locaux	28
III. RESULTATS	30
1. Flow chart	30
2. Qui former, qui sont les professionnels de santé de première ligne ?	31
3. Défaut de connaissances allégué des professionnels de santé	33
4. Quels sont les besoins exprimés de professionnels de santé de première ligne ?	34
4.1 Médecins généralistes et pédiatres.....	35
4.2 Sage-femmes	35
4.3 IDE et puéricultrices.....	36
4.4 Gynécologues et obstétriciens	37
4.5 Pharmaciens	37

5.	Former les professionnels en fonction de leur place dans le parcours de soins de la dyade	38
6.	A quoi former les professionnels de soins primaires ?	39
6.1	Former aux outils de dépistage.....	39
6.2	Former à l'orientation : Utilisation des réseaux de soins.....	40
6.3	Former aux soins de premiers secours psychiques.....	43
7.	Formation en fonction des professions.....	49
7.1	Etudiants infirmiers et en médecine	49
7.2	Pédiatres	51
7.3	Sage-femmes	53
7.4	Ensemble des professionnels	54
8.	Formations théoriques proposées en France	57
8.1	Diplômes Universitaires	57
8.2	Diplômes Inter Universitaires	57
9.	Formation par les Dispositifs spécifiques Régionaux en Périnatalité (ex-réseaux de périnatalité).....	58
IV.	DISCUSSION	60
1.	Retour sur notre expérience de jeux de rôle auprès des étudiants sage-femmes.....	60
2.	Résultats principaux de la revue de littérature.....	60
3.	Résultats principaux de l'enquête de terrain.....	64
4.	Limites	64
4.1	Limites méthodologiques	64
4.2	Limites des résultats	64
5.	Rôle du psychiatre en périnatalité dans la gradation de soins	66
6.	Quelle proposition de contenu de formation ?	70
7.	Ouverture sur les propositions de formation à envisager dans les Hauts-de-France	73
V.	CONCLUSION	74
	BIBLIOGRAPHIE	75
	ANNEXES	80

ABREVIATIONS

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DPP : Dépression du Post Partum

DSRP : Dispositifs Spécifiques Régionaux en Périnatalité

DU : Diplôme Universitaire

EDC : Episode Dépressif Caractérisé

EPDS : Echelle d'Edinburgh

EPNP : Entretien Post Natal Précoce

EPP : Entretien Prénatal précoce

FFRSP : Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IPA : Infirmier de Pratique Avancée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TISF : Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale

RESUME

Titre : Comment former les professionnels de soins primaires à la prévention de la dépression du post-partum ? Revue de littérature narrative et enquête de terrain.

Contexte : La dépression du post partum (DPP) touche jusqu'à 17% des femmes. Ses conséquences à la fois sur la dyade, mais également sur le cercle familial, et sa prévalence, en font un problème de santé publique majeur et actuel. A la suite d'une expérience de formation auprès des étudiants sage-femme de Lille, nous nous sommes questionnés sur les différentes formations existantes proposées aux professionnels de soins primaires pour prévenir la dépression du post-partum. Cette étude a pour objectif de recenser les programmes de formation existants autour de la dépression du post-partum pour les professionnels de soins primaires afin d'harmoniser les pratiques et d'augmenter l'efficacité du repérage et de la prise en charge des dyades. L'objectif secondaire est le repérage d'outils proposés aux professionnels de soins primaires pour la prévention de la dépression du post-partum en France et dans le monde.

Méthode : Revue de littérature narrative associée à une enquête de terrain auprès des Dispositifs Spécifiques Régionaux en Périnatalité.

Résultats : L'ensemble des professionnels de santé allègue un défaut de connaissances dans le repérage des facteurs de risque de DPP mais également dans l'identification des symptômes à la fois maternels et pédiatriques de cette pathologie. Les résultats montrent un intérêt à former l'ensemble des professionnels impliqués en périnatalité. Les formations théoriques via l'utilisation des outils numériques ont montré un intérêt dans la formation à grande échelle. Les résultats mettent également en évidence un intérêt à former les professionnels aux soins de premiers recours psychiques par exemple en développant des formations de TCC, en développant les réseaux de soins et le soutien par les pairs, appuyé par l'utilisation des technologies. L'enquête de terrain auprès des réseaux locaux retrouve peu de formation proposées par les réseaux. Des programmes d'évaluation des besoins sont en cours.

Conclusion : La réalité de terrain implique l'importance pour l'ensemble des professionnels de périnatalité de savoir repérer les situations à risques, savoir coordonner les soins autour de la dyade, comprendre les enjeux d'un dépistage précoce mais également d'accompagner les dyades vers les soins de premiers recours psychiques.

I. INTRODUCTION

1. Contexte

La grossesse et l'arrivée d'un nouveau-né sont considérées dans nos sociétés contemporaines comme porteuses d'avenir et sources de bonheur. Toutefois, cet évènement peut être une source de détresse, de souffrance psychique et parfois, de décompensation psychiatrique dramatique. En effet, les troubles psychiatriques survenant au décours d'une grossesse peuvent révéler une pathologie antérieure, ou être en lien direct avec la période de remaniements biologiques, psychologiques et sociaux qu'est la parentalité.

Les principaux troubles psychiatriques retrouvés en post partum sont :

- Sur le plan de l'humeur : la dépression du post partum (DPP), la décompensation d'un trouble bipolaire
- Sur le plan anxieux : la décompensation d'un trouble anxieux, par exemple un trouble obsessionnel compulsif
- Sur le plan psychotique : la psychose puerpérale (prévalence rare : 1 à 2 parturiente(s) sur 1000).

Ces troubles se distinguent par leur caractère pathologique contrairement au baby blues qui apparaît entre le troisième et le cinquième jour après l'accouchement. Ce baby blues consiste en une réaction physiologique transitionnelle expliquée par la chute hormonale d'œstrogène et de progestérone, qui se manifeste par une labilité émotionnelle importante, une irritabilité et une anxiété. Il ne doit pas durer plus d'une dizaine de jours. (1)

2. Epidémiologie

Le suicide est l'une des complications majeures de la DPP. Ce sujet semble très actuel puisque la parution des derniers chiffres de mortalité maternelle place le suicide en première position des causes de mortalité maternelle.

En effet, selon le rapport conjoint de l'INSERM et de Santé Publique France publié en avril 2024, le suicide est la première cause de mortalité maternelle considérée jusqu'à un an après la fin de la grossesse. On dénombre au total 45 décès par suicide entre 2016 et 2018 sur les 272 morts maternelles enregistrées en France. (2)

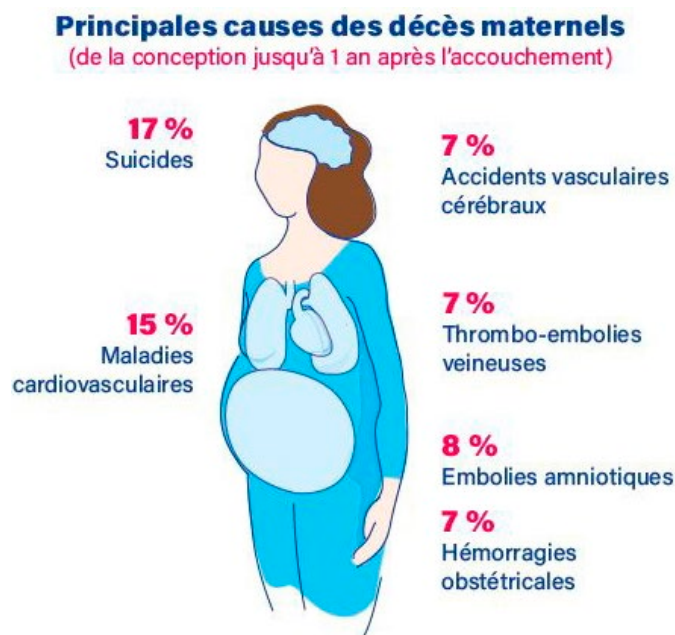
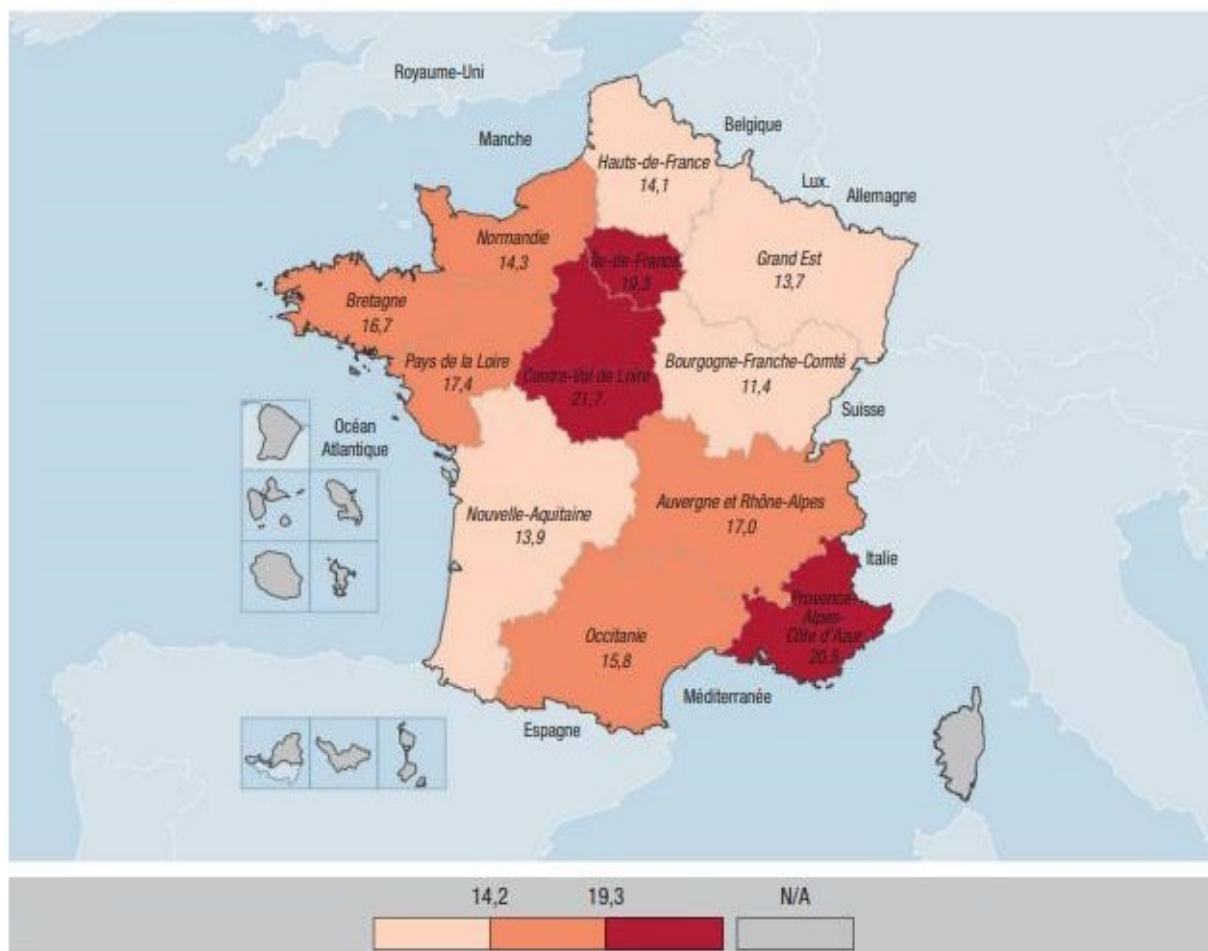


Figure 1 Extrait de l'Infographie « morts maternelles en France : principales causes de décès selon le moment de survenue de la complication » Santé Publique France, avril 2024

En 2021, la prévalence de la dépression du post partum est de 16,7% en France (3) et de 10 à 17% à l'échelle mondiale selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il existe une différence de prévalence à l'échelle du territoire français comme représenté sur la carte ci-après.



% DDP standardisé - Source : Santé publique France GÉODES / © 2020 - JGN-Admin Express - JGN-Insee
Lux : Luxembourg.

Les prévalences (%) de la dépression (score \geq 13) à deux mois post-partum standardisées sur l'âge à l'accouchement sont déclinées par lieu de résidence des femmes étudiées après exclusion des femmes résidant à l'étranger (n=7 126). Les données pour la région Corse ne sont pas présentées sur cette carte du fait du faible nombre de femmes résidant sur ce territoire (n=25). Les régions qui apparaissent en rouge ou en beige sur la carte ont des fréquences régionales significativement supérieures ou inférieures ($p < 0,05$) à la prévalence hexagonale (16,7%) respectivement. Voir le tableau 3 pour le détail des *Standardized Incidence Ratio* (SIR) et des intervalles de confiance à 95% des SIR exacts par région.

Figure 2 : Prévalence régionale des femmes présentant une dépression à 2 mois post-partum et différence avec la prévalence hexagonale, Enquête nationale périnatale, France hexagonale (mars 2020)

En France, bien que les ressources allouées à la politique de périnatalité soient de plus en plus conséquentes (9,3 milliards d'euros en 2021, soit une hausse de 9 % par rapport à 2016) et que la natalité recule (- 5,3 % sur même la période), les résultats médiocres observés sur le plan sanitaire posent la question de l'efficacité des moyens qui y sont consacrés. (4)

3. Généralités sur la dépression du post-partum

3.1 Définition de la dépression post-partum

Actuellement, deux nosographies existent pour définir ce trouble :

- La « *Classification Internationale des Maladies* » (CIM) publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La dernière version (CIM-11) est mise en application le 1^{er} janvier 2022.
- Le « *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* », (DSM) publié par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA). Le DSM-V est la dernière version et date de 2013.

A. Selon la CIM-11 (5)

Selon la CIM-11, la dépression du post-partum entre dans la catégorie 6E20 «Troubles mentaux ou du comportement associés à la grossesse, à l'accouchement ou à la puerpéralité».

La dépression (ou Episode Dépressif Caractérisé (EDC)) comprend des symptômes qui doivent :

- Être présents durant une période de deux semaines minimum, et chacun d'entre eux a un degré de sévérité certain, presque tous les jours.
- Avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur (professionnel, social, familial).
- Induire une détresse significative.

Parmi eux, il faut au moins deux des trois symptômes principaux :

- Humeur dépressive
- Perte d'intérêt, abattement
- Perte d'énergie, augmentation de la fatigabilité

Et au moins deux des autres symptômes :

- Concentration et attention réduite
- Diminution de la confiance en soi et de l'estime de soi
- Sentiment de culpabilité et d'inutilité
- Perspectives négatives et pessimistes pour le futur
- Idées et comportements suicidaires
- Troubles du sommeil
- Perte d'appétit

B. Selon le DSM V (6)

Dans le DSM-V la dépression du post-partum est incluse dans le trouble dépressif majeur avec apparition péri-partum (American Psychiatric Association [APA], 2013)

Les critères d'évaluation d'un épisode dépressif majeur sont les suivants :

- A- Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit 1. une humeur dépressive, soit 2. une perte d'intérêt ou de plaisir.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure).
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B- Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

- C- L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.
- D- La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.
- E- Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

On s'accorde à définir la dépression du post partum **comme survenant la première année du post partum, avec un pic précoce vers la 8^e semaine post partum et un pic tardif, aux alentours du 6^e mois après la naissance (entre 3 et 12 mois).**

C. Spécificités sémiologiques de la dépression du post-partum

Les spécificités sémiologiques de la dépression du post partum comprennent des plaintes physiques (fatigue intense et permanente) au premier plan avec un sentiment d'épuisement, une anxiété importante pouvant s'exprimer par exemple par des phobies d'impulsion, une mésestime de soi centrée sur l'incapacité à satisfaire les besoins du bébé et un évitement du contact avec celui-ci avec de multiples plaintes répétées concernant l'enfant. (7)

3.2 Facteurs de risque de dépression du post-partum

Il n'y a pas un facteur unique pouvant jouer un rôle dans la DPP mais on retrouve plusieurs facteurs de risque sur le plan psychologique, social, biologique pouvant favoriser cette DPP. Ils sont décrits dans les tableaux ci-après. (8)

Facteurs de risque majeurs de DPP

- Épisode antérieur de dépression du post-partum
- Antécédents de diagnostic d'épisode dépressif caractérisé (EDC)

Facteurs de risque mineurs de DPP

- Antécédents familiaux de dépression
- Facteurs de stress importants (conflits relationnels, événements stressants au cours de la dernière année, difficultés financières, rôle parental sans partenaire, partenaire souffrant de dépression)
- Manque de soutien des partenaires ou des membres de la famille (soutien financier ou garde d'enfants)
- Antécédents de changements d'humeur temporellement associés à des cycles menstruels ou à l'utilisation de contraceptifs oraux
- Antécédents ou situation obstétricale actuelle défavorables (antécédent de fausse couche, d'accouchement prématuré, nouveau-né admis en unité de soins intensifs néonataux, d'enfant porteur de malformations congénitales)
- Ambivalence antérieure ou actuelle au sujet de la grossesse (car elle n'était pas planifiée ou parce qu'une interruption a été envisagée)
- Difficultés d'allaitement

3.3 Conséquences possibles de la dépression du post-partum

Le rôle du soignant est de rechercher les conséquences de la DPP sur la mère et sur l'enfant ainsi que sur l'ensemble du système familial.

La dépression d'une mère peut entraîner des répercussions sur son bébé mais à l'inverse, un bébé décrit comme difficile peut déprimer une mère déjà vulnérable.

3.3.1 Sur la mère

La première complication possible grave chez la mère est l'apparition d'idées suicidaires, de passage à l'acte auto agressif voire de suicide.

Une autre complication possible est la récurrence thymique. Entre 25 à 50% des femmes sont encore déprimées à 7 mois post partum (9) et 50 à 62% d'entre elles feront une nouvelle dépression du post partum au cours d'une grossesse future. (10)

3.3.2 Sur l'enfant

L'impact sur le neurodéveloppement de l'enfant est doit être pris en compte. De nombreuses manifestations doivent alerter sur une possible souffrance de l'enfant. Les troubles physiologiques (sommeil, alimentation), un retard du développement psychomoteur, des troubles du comportement (agitation, apathie) sont des exemples de signes d'alerte. (11)

L'impact de la DPP maternelle ne se limite pas à la petite enfance mais peut entraîner des conséquences jusqu'à l'âge scolaire pour l'enfant.

Le tableau 1 ci-dessous résume les conséquences de la DPP maternelle sur l'enfant, du nourrisson à l'âge scolaire. (11)

Nourrisson	Entre 1 et 3 ans	Age scolaire
Troubles physiologiques, Comportement d'auto-régulation, Apathie, Schémas d'attention et d'éveil dysrégulés, Retard du développement psychomoteur	Trouble du comportement avec agressivité ou repli, Difficulté d'autonomie	Troubles anxieux, Trouble des conduites, TDAH, Troubles des apprentissages

Tableau 1 : Les conséquences de la dépression maternelle sur l'enfant

3.3.3 Sur les interactions mère-enfant

La dépression chez la mère perturbe la capacité de la dyade à gérer l'interaction de manière réciproque.

Une mère apathique, non réactive, soutient peu l'activité de son nourrisson. Celui-ci est incapable de s'adapter à cet état négatif et devient passif, se replie sur lui-même et adopte des comportements autorégulés (p. ex. regarder ailleurs ou sucer son pouce). (11)

Le retentissement fonctionnel de la DPP a également un impact sur l'ensemble de la sphère familiale, en priorité le couple et la fratrie.

3.4 Recommandations actuelles en matière de dépistage

A l'heure de la libération de la parole autour de la santé mentale, les politiques de santé publique s'organisent pour former les professionnels de santé au repérage des facteurs de risque de dépression du post partum et au dépistage de celle-ci.

Avant de décrire les recommandations actuelles en matière de prévention de DPP, il semble important de définir ce qu'est la prévention.

La prévention est définie par l'OMS en 1948 comme « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ».

La prévention primaire regroupe l'ensemble des mesures destinées à limiter les facteurs de risque et ainsi l'incidence de la DPP.

La prévention secondaire vise à limiter la prévalence de la maladie et comprend notamment le dépistage précoce de la maladie.

La prévention tertiaire regroupe les actions pour limiter les risques de complications ou de rechute (traitements mis en place par exemple).

3.4.1 En France

Les dernières recommandations pour « l'accompagnement médico-psychosocial des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal » de la Haute Autorité de Santé (HAS) ont été publiées en janvier 2024. Elles s'adressent à tous les professionnels de santé **mais ne sont pas spécifiquement orientées sur le dépistage de la DPP**. (12) Elles suggèrent les moments clés pour repérer les situations de vulnérabilité et proposent certains outils

de dépistage comme des échelles à utiliser (EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)/ Échelle de dépression postnatale PSAS (Postpartum Specific Anxiety Scale [PSAS-FR])/ Évaluation de l'anxiété postnatale PPSSI (Parents' Postnatal Sense of Security Instrument)/ Évaluation du sentiment de sécurité postnatal). Nous développerons certaines d'entre elles par la suite. Néanmoins, ces recommandations n'intègrent pas la formation des professionnels au repérage des situations à risque ainsi qu'à l'utilisation de ces outils.

Dans le cadre du programme « Les 1000 premiers jours » lancé par l'UNICEF et décliné par le gouvernement, un Entretien Post-Natal Précoce (ENPN) est mis en place depuis le 1^{er} juillet 2022. Il est proposé par les sage-femmes entre 4 et 8 semaines après la naissance. Cet entretien permet un échange centré sur le bien-être maternel ainsi que sur le vécu de l'accouchement et de l'arrivée du bébé. Le médecin ou la sage-femme peut également proposer un second entretien entre la 10^{ème} et la 14^{ème} semaine pour poursuivre l'accompagnement si cela est jugé nécessaire ou à la demande des parents. (13)

Les objectifs de cet entretien sont :

- D'aborder et d'identifier les ressources, les besoins et les attentes des familles ;
- De prévenir et dépister les troubles psychiques du postpartum et **en premier lieu la dépression du postpartum**. (13)

La mise en place de cet entretien complète l'Entretien Périnatal Précoce (EPP) (à partir du 4^{ème} mois de grossesse) obligatoire depuis 2020.

L'EPNP et l'EPP sont des moments clés dans le repérage de situations de vulnérabilité. Ils encadrent à la fois la grossesse et le post-partum, comme représenté sur la figure 3 ci-dessous.

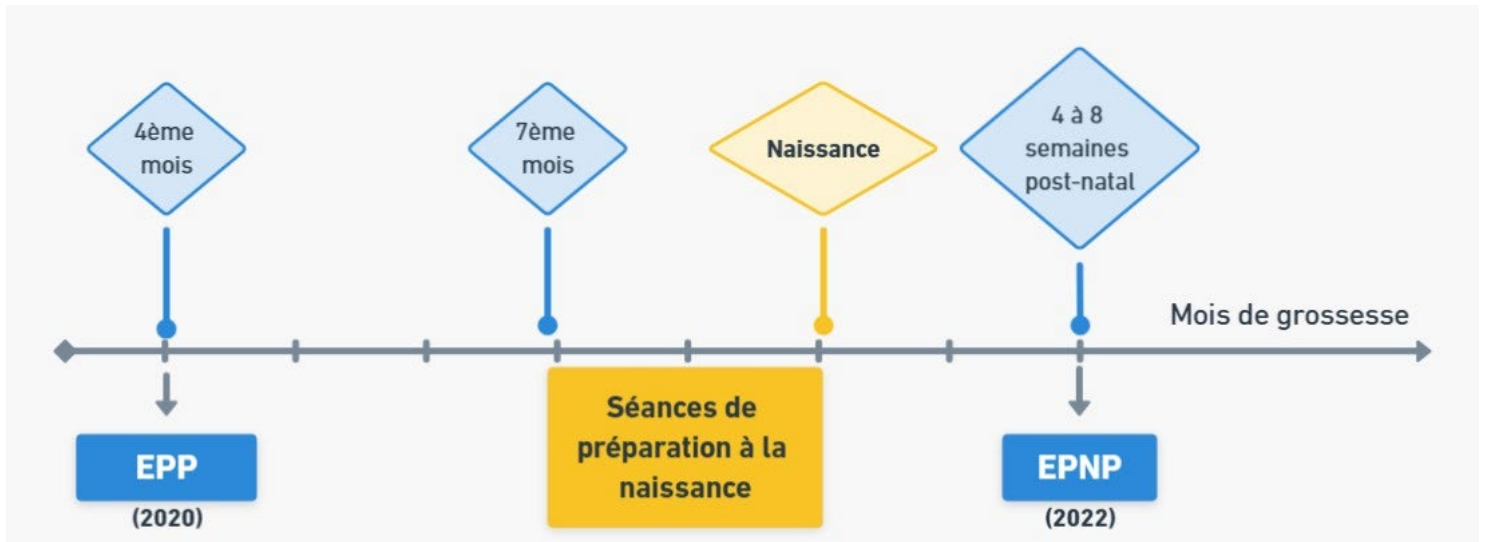


Figure 3, Recommandations françaises sur les moments clés du repérage des situations de vulnérabilité

Aussi, la préparation à la naissance et à la parentalité, composée de 7 séances dispensées par une sage-femme, en individuel ou en groupe, est-elle non obligatoire mais recommandée. Certaines de ces séances sont consacrées au postpartum et peuvent être l'occasion d'aborder cette thématique.

Au total, il est recommandé en France de repérer les situations de vulnérabilités lors de : (12)

- Consultation pré conceptionnelle
- Consultations prénatales, dont l'EPP
- Consultations de suivi médical du nouveau-né/nourrisson
- Visites à domicile (sage-femme, puéricultrice, unité mobile de périnatalité, etc.)

- Consultations de puéricultrice en anténatal ou en postpartum (Protection Maternelle et Infantile (PMI), maison de santé, hôpitaux)
- Consultations postnatales, dont l'EPNP

3.4.2 A l'international

Selon l'OMS « entre le 10^{ème} et le 14^{ème} jour après la naissance, il convient de demander aux mères si les symptômes de dépression transitoire modérée du post-partum (le « blues maternel ») ont disparu. Si les symptômes persistent, le bien-être psychologique de la femme devrait être évalué afin de détecter une éventuelle dépression du post-partum et de poser un diagnostic ». (14)

Voici les recommandations actuelles dans deux autres pays occidentaux :

- Royaume-Uni

Les questions de Whooley (QW) sont un outil de dépistage de la dépression du post-partum recommandé de façon systématique au Royaume-Uni. (15) **(Annexe 1)**

- Etats-Unis

Des recommandations existent de façon spécifique pour les différents professionnels :

*Pédiatres :

L'*American Academy of Pediatrics* (AAP) recommande d'intégrer l'échelle de dépression postnatale d'Edinburgh

(EPDS) lors des visites de contrôle de l'enfant à 1, 2, 4 et 6 mois. (16)

*Infirmières :

La NAPNAP (*National Association of Pediatric Nurse Practitioner*) recommande de dépister la DPP au moins une fois au cours de l'année post-partum. (16)

*Gynécologues

L'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) recommande de dépister la dépression et l'anxiété au moins une fois pendant la période périnatale à l'aide d'un outil standardisé et validé. (16)

4. Journée de formation des étudiants sage-femmes de Lille

En janvier 2023, à la demande du corps enseignant de l'école des sage-femmes de Lille, une journée de sensibilisation à la dépression du post partum est proposée aux étudiants de 5^{ème} année. Cette journée est née d'une réflexion partagée entre les enseignants sage-femmes et les professionnels de l'équipe de psychiatrie périnatale du CHU de Lille. Les objectifs pour les étudiants étaient de:

- Savoir mener un entretien prénatal précoce.
- Repérer les facteurs de risque d'une mère susceptible de développer une dépression du post partum.
- Savoir dépister une dépression post natale à l'entretien post-natal précoce.
- Savoir mettre en place un accompagnement ciblé pluridisciplinaire selon la gravité de la situation.

Interne dans ce service, il m'est proposé de participer à cette journée de formation. Le module de formation proposé est le suivant : sous forme de 3 jeux de rôles, les

étudiants sage-femmes sont amenés à dépister des situations de dépression du post partum, parfois compliquées d'idées suicidaires scénarisées. Les scénarios des 3 jeux de rôles sont disponibles en annexe. **(Annexe 7)**

Un échange en groupe est ensuite proposé aux étudiants.

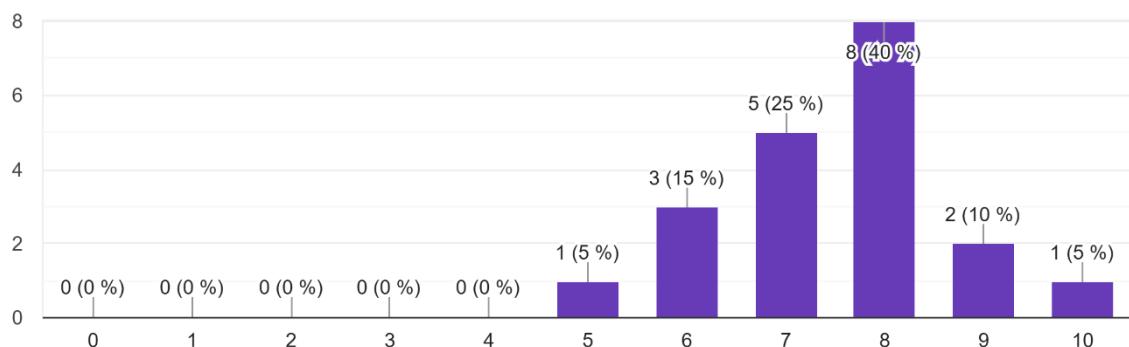
Lors d'un échange précédant la mise en place du jeu de rôle, nous avons questionné les étudiants sur les situations de dépression du post partum qu'ils ont pu rencontrer au cours de leur cinq années d'étude en maternité ou lors des stages chez les sage-femmes libérales. Seule une étudiante nous a dit avoir déjà rencontré une patiente souffrant de DPP.

Un questionnaire permettant un retour sur cette journée leur a été transmis par la suite, plus de 4 mois après la formation. **(Annexe 2)**

Sur les 40 étudiants ayant participé à cette journée, la moitié (20 étudiants) a répondu au questionnaire. Voici ci-dessous quelques résultats du questionnaire :

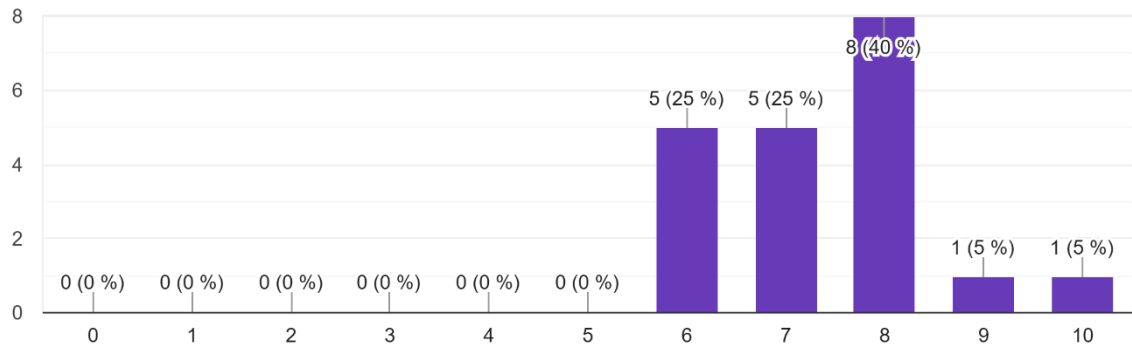
A combien évaluez vous vos compétences concernant le repérage des facteurs de risque de la dépression maternelle APRES la formation?

20 réponses



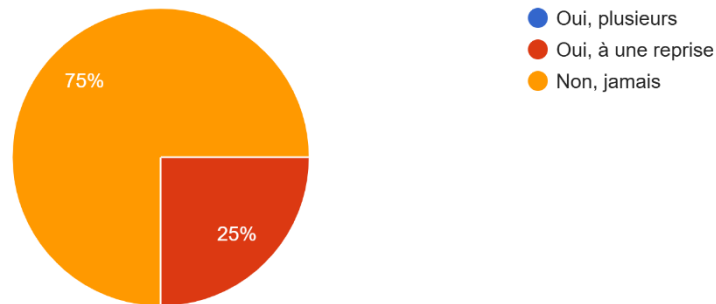
A combien évaluez vous vos compétences concernant le repérage des premiers signes de dépression maternelle APRES la formation?

20 réponses



Avez-vous dépisté des cas de dépression maternelle depuis la formation?

20 réponses



Bien qu'au moins 50% des étudiants évaluent leurs compétences en matière de repérage de facteurs de risque et repérage des signes cliniques de dépression maternelle à 8/10 ou plus après la formation, on note que 75% d'entre eux en stage après la formation n'ont pas dépisté de cas de dépression maternelle.

Certains expliquent ces résultats en disant qu' « *ils n'ont pas eu assez de temps en chambre pour discuter avec les patientes / qu'ils n'ont vu les patientes qu'à 3 jours post partum, donc trop tôt pour parler d'une DPP / ou tout simplement « qu'ils n'ont pas recherché des signes cliniques de DPP ne sachant pas comment s'y prendre ».*

Les axes d'amélioration proposés par les étudiants sont par exemple : « *La formation autour d'outils concrets de dépistage / La formation via des cas cliniques / Un retour d'expérience lors de stage* »

La formation a donc permis une amélioration des connaissances théoriques des étudiants mais n'a pas permis une prise en charge efficiente des dyades en pratique.

Face à ce constat, nous cherchons à améliorer la formation proposée aux étudiants.

5. Objectifs de l'étude

Cette première expérience de formation au dépistage de la DPP nous oblige à nous remettre en question au niveau local avec humilité. La problématique semble toutefois plus large. Dans une revue de littérature publiée en 2006, plusieurs obstacles au dépistage de la DPP étaient mis en évidence :

- Du côté des mères, à la fois la banalisation ou le déni des difficultés vécues, l'ignorance de l'existence de la DPP et des réseaux de soins disponibles, la crainte de la stigmatisation et celle que l'on puisse leur retirer leur enfant. (17)
- Du côté des professionnels, le manque d'entraînement dans la recherche des signes cliniques concernant la mère, le bébé ou l'analyse des interactions entre les deux. Le manque de disponibilité ou de supervision pour la confirmation ou l'orientation du trouble. (17)

Face à l'importance épidémiologique de la dépression du post partum et ses conséquences dramatiques, nous nous sommes questionnés sur les formations proposées aux professionnels de soins primaires afin de dépister plus facilement les troubles ainsi que sur les outils à disposition des professionnels. **Ce travail a pour objectif de recenser les programmes de formation existants autour de la DDP pour les professionnels de soins primaires afin d'harmoniser les pratiques et d'augmenter l'efficacité du repérage et de la prise en charge des dyades. L'objectif secondaire est le repérage d'outils proposés aux professionnels de soins primaires pour la prévention de la dépression du post-partum en France et dans le monde.**

A l'aide d'une revue de littérature narrative, complétée d'une démarche de terrain auprès de réseaux locaux, nous tenterons de répondre à cette problématique.

II. METHODE

1. Revue de littérature

La recherche documentaire a été réalisée du 15 avril 2024 au 10 mai 2024.

1.1 Critères de sélection

Critères d'inclusion des articles

- Publiés entre 2011 et 2024
- De recherche ou de revue
- Rédigés en français ou en anglais
- Traitant des connaissances des professionnels de soins primaires autour de la dépression du post partum
- Traitant de la formation des professionnels de santé au dépistage de la DPP
- Traitant des outils de dépistage et des soins de premiers recours mobilisables pour les professionnels de soins primaires

Critères d'exclusion des articles

- Traitant de la question de l'impact du covid sur la DPP
- Ne traitant pas des professionnels de soins primaires

1.2 Stratégie de recherche bibliographique

Les bases de données bibliographiques utilisées sont les suivantes : PUBMED, PSYINFO et SCIENCE DIRECT. Les mots clés utilisés sont :

- *POST PARTUM DEPRESSION AND TRAINING PROGRAM*
- *POST PARTUM DEPRESSION AND HEALTH PROFESSIONALS*

1.3 Sélection des articles

A partir des résultats obtenus par l'interrogatoire des bases de données et après suppression des doublons (n=9), un premier tri est effectué selon les titres et les résumés (exclusion de 525 articles, en majorité car n'étant pas spécifiques à une dépression en post partum, traitant d'autres troubles psychiatriques en post partum ou ne traitant pas des professionnels de soins primaires). Les publications éligibles sont récupérées et analysées en version intégrale (n=55). Une nouvelle sélection est réalisée avec une exclusion de 32 articles.

Trois références additionnelles ont été identifiées via d'autres sources et ajoutées à la revue de littérature.

Le revue intègre au total 26 articles.

1.4 Analyse des données

Pour chaque article, nous avons décrit l'étude (type d'étude/ année/ pays/ participants/ interventions) puis souligné les principaux résultats en lien avec notre problématique.

Le tableau récapitulatif est disponible en annexe. **(Annexe 8)**

2. Démarche de terrain auprès des réseaux locaux

La démarche de terrain a été réalisée auprès des réseaux locaux. Les Dispositifs Spécifiques Régionaux en Périnatalité (DSRP, anciennement « réseaux de Périnatalité ») sont définis comme des « organismes experts chargés de l'animation des professionnels de santé à la périnatalité au niveau régional ». Ces DSRP sont des acteurs primordiaux dans l'application des politiques de santé publique périnatales.

Ils ont été questionnés de la façon suivante :

Nous avons contacté d'abord par courriel Mme Melissa Ferdouz, responsable des formations de l'organisme OREHANE, notre réseau local. (Organisation REgionale des Hauts-de-France Autour de la PériNatalité)

Elle nous a précisé qu'OREHANE ne propose actuellement aucune formation aux professionnels sur la thématique de la santé mentale en périnatalité. Un groupe de travail doit réaliser une enquête régionale pour identifier les besoins des professionnels.

Elle nous a orientés vers les réseaux de périnatalité suivants :

- Réseau périnatal du Val de Marne (RPVM)
- Réseau Périnatal Alpes Isère
- Maternité en Yvelines et Périnatalité Active (MYPA)
- Réseau Périnatal des 2 Savoie
- Réseau ELENA
- Réseau de Santé Périnatal d'Auvergne
- Réseau de Périnatalité Méditerranée
- Réseau de Périnatalité Occitanie (RPO)
- Réseau périnatal de La Réunion (REPERE)

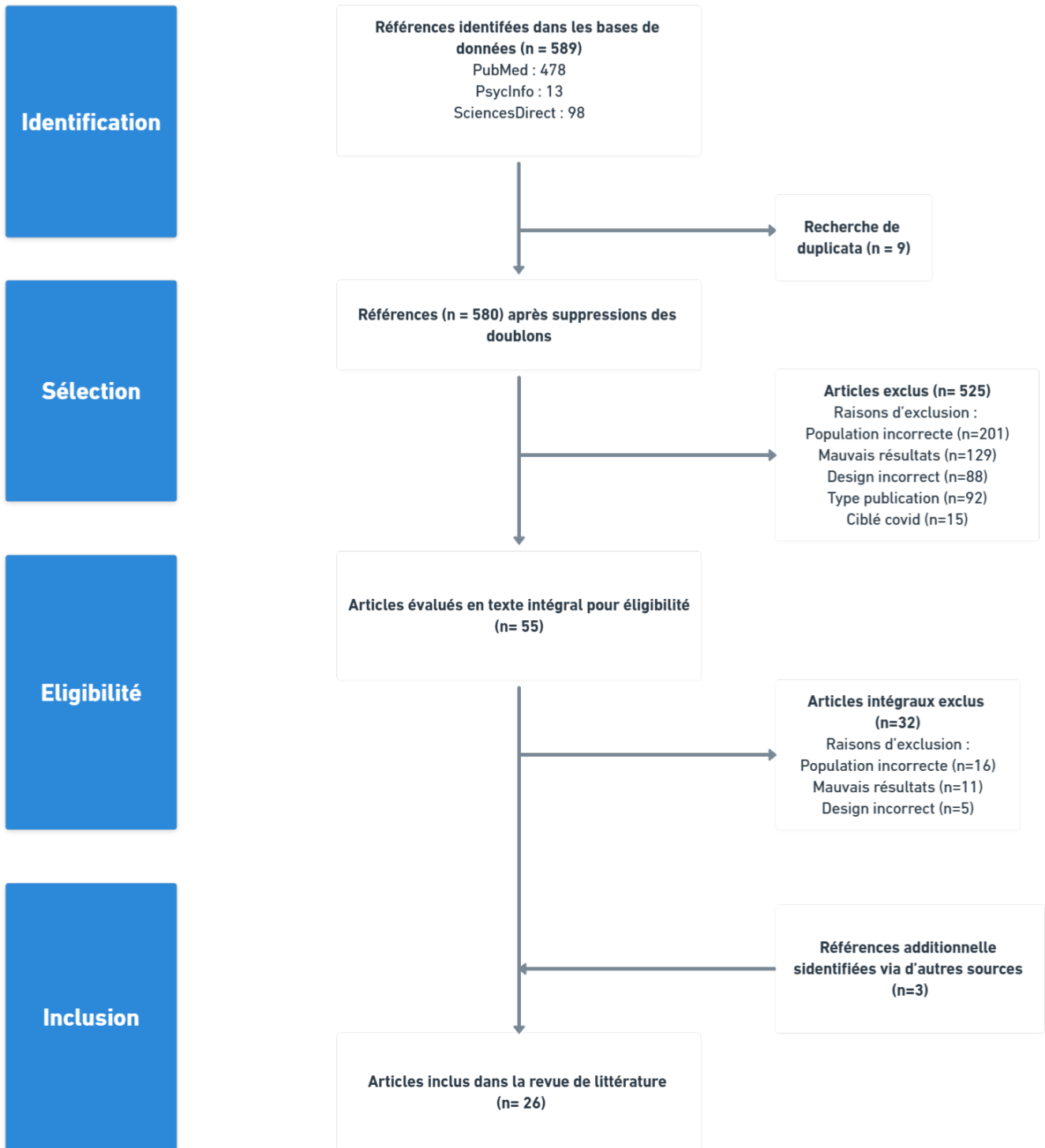
Les questions suivantes ont été posées par courriel à chaque réseau de périnatalité :

- 1- *Existe-t-il des modules de formation particuliers portant sur le dépistage de la DPP, au sein de votre réseau, pour les professionnels de soins primaires ?*
- 2- *Si oui, y a-t-il des mesures d'efficacité de ces formations et sur quelles bases les formations sont-elles construites ?*

Les retours de chaque réseau sont détaillés dans la partie Résultats : Formation par les Dispositifs Régionaux de Santé en Périnatalité.

III. RESULTATS

1. Flow chart



26 articles sont inclus dans la revue de littérature et proviennent des pays suivants :

Etats-Unis : 7 / Australie : 5 / Irlande : 3 / Canada : 2 / Inde : 2 / Arabie Saoudite : 1 /

Finlande : 1 / Israël : 1 / Pakistan : 1 / Pologne : 1 / Portugal :1 / Royaume-Uni : 1

2. Qui former, qui sont les professionnels de santé de première ligne ?

Dans un pays développé sur le plan de la santé mentale comme le Canada, une étude a été menée pour identifier les besoins des mères en matière de soins de santé mentale et leurs souhaits en matière de soutien. Les obstacles à l'accès à ce soutien ont également été recherchés.

Des mères avec un EPDS > 10 (évocateur d'une DPP) à 2 semaines post-partum ou avec une Échelle de trouble d'anxiété généralisée (GAD-7) > 10 ont été recrutées. Le recueil des données s'est fait à 4 mois post partum via des appels téléphoniques.

Les résultats montrent que près de 37 % des mères ont des besoins de soins de santé mentale non satisfaits. Les mères identifiaient les sage-femmes comme professionnelles de première ligne susceptibles de les accompagner sur le plan psychologique. (18)

Cela nous questionne sur quel professionnel former afin d'accompagner au mieux la femme.

D'après les recommandations de la HAS, les professionnels de première ligne en périnatalité sont les suivants :

	Secteur médical	Secteur psychosocial
Prise en soin de la femme (grossesse et du postpartum)	<ul style="list-style-type: none"> - Sage-femme - Médecin généraliste/PMI - Gynécologue-obstétricien - Gynécologue médical - Psychiatre de liaison (liaison entre maternité et service) - Psychiatre de CMP, centres de santé ou libéral qui suit la femme - Infirmière - Infirmière puéricultrice - Auxiliaire de puériculture 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistant de service social - Psychomotricien - TISF¹² - Travailleur social (structure d'hébergement...) - Éducateur spécialisé - Psychologue - Ergothérapeute
Prise en soin de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin généraliste/PMI - Pédiatre - Pédopsychiatre - Infirmière puéricultrice - Auxiliaire de puériculture 	<ul style="list-style-type: none"> - Éducateur de jeunes enfants - Éducateur spécialisé - Psychologue - Psychomotricien - TISF

Tableau 2 : Professionnels acteurs de la périnatalité (12)

Nous notons que des professionnels concernés par la périnatalité ne sont pas tous professionnels de santé. D'autres professionnels, notamment les professionnels du champ médico-social jouent un rôle important auprès des dyades. Les professionnels travaillant dans les crèches, les Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF), les éducateurs de jeunes enfants et éducateurs spécialisés, les travailleurs sociaux en sont de parfaits exemples.

Une revue de littérature menée dans des pays à revenus intermédiaire et faibles montre que la plupart des interventions disponibles contre la DPP sont de nature psychosociales et souvent fournies par des agents de santé non professionnels et appartenant à la communauté. (19)

Face au manque de professionnels formés dans certains pays à revenus faibles et intermédiaires, il existe de solides preuves de recherche, indiquant que les interventions dispensées par des agents non spécialisés au niveau local sont une alternative efficace. En Inde par exemple, des essais sur la formation à distance des agents de santé à la prestation d'interventions psychosociales simples pour les femmes pendant la période périnatale sont en cours. (20) (21)

Au total, la prévention primaire est importante en maternité par le repérage des facteurs de risques, mais également par les sage-femmes libérales et le médecin généraliste dès le projet de conception de l'enfant.

Le rôle des acteurs qui interviennent après le retour au domicile de la patiente est également primordial : PMI, médecin généraliste, réseau d'aide au domicile, TISF.

3. Défaut de connaissances allégué des professionnels de santé

En France, nous n'avons pas d'état des lieux exhaustif de connaissances des professionnels de santé au sujet de la DPP ni d'état des lieux des formations proposées aux professionnels de santé.

Une récente revue de la littérature portugaise, ciblant l'état des connaissances des professionnels de santé, met en évidence des résultats critiques. La majorité des professionnels de santé de première ligne présentent des difficultés à définir la

dépression du post partum. Ces données sont retrouvées dans une revue de la littérature australienne qui décrit plus spécifiquement le manque des connaissances des Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) et des sage-femmes. (22) (23)

De plus, les revues de littératures **mettent en évidence des difficultés pour les professionnels à distinguer la DPP non seulement des autres troubles psychiatriques existants en post partum mais aussi des fragilités psychiques non pathologiques du post partum (baby-blues)**. (22) On retrouve également un manque de connaissance important admis par les sage-femmes dans une étude polonaise qui évalue les connaissances via des questionnaire et une étude de cas. (24)

Une revue de littérature irlandaise parue en 2018 montre que 29,9 % des médecins généralistes ont déclaré ne jamais évaluer la dépression maternelle dans les suites d'un accouchement. (25)

Ainsi, toutes les catégories professionnelles semblent concernées par ce défaut de connaissance.

4. Quels sont les besoins exprimés de professionnels de santé de première ligne ?

Nous évoquerons ici uniquement les besoins exprimés par les professionnels de soins, qui sont une sous partie de l'ensemble des professionnels de périnatalité de première ligne auprès des dyades comme développé dans le 2^{ème} chapitre des résultats.

4.1 Médecins généralistes et pédiatres

Une étude irlandaise parue en 2018 montre que 83% des médecins généralistes « ont déclaré qu'ils seraient prêts à utiliser un bref questionnaire pour identifier les femmes présentant des signes de DPP ». (25) Ces données sont retrouvées dans une étude israélienne de 2015 menée auprès des pédiatres et des médecins de famille via un questionnaire. 98% des répondants ont estimé qu'il était important qu'ils soient capables de reconnaître les signes de DPP. Seuls 2,75% des répondants, uniquement des médecins de famille, ont déclaré qu'ils traiteraient le cas eux-mêmes. Les médecins généralistes ont rapporté une grande diversité de connaissances et de sensibilisation aux symptômes de la DPP. Le principal obstacle retrouvé était le manque d'identification des symptômes. (26)

Ces études mettent en évidence une demande des médecins centrée sur la formation à l'utilisation d'échelles pour le dépistage de la DPP ainsi que sur la formation à l'identification des symptômes.

4.2 Sage-femmes

Une étude polonaise de 2020, qui évalue le niveau des sage-femmes dans deux hôpitaux de Gdansk (Pologne) via des questionnaires et une étude de cas, met en évidence que 80% des sage-femmes en maternité ne se sentent pas assez formées et ne sont pas suffisamment préparées sur le plan pédagogique au dépistage (20% seulement ont reçu une formation pédagogique) et à la prise en charge des femmes souffrant de DPP. De plus, les sage-femmes ont elles-mêmes estimé que leurs connaissances et leurs compétences en matière d'évaluation de l'état mental des femmes étaient nettement inférieures à leurs connaissances et compétences dans

d'autres tâches professionnelles. Ce défaut de compétences les met en difficulté dans l'accompagnement qu'elles peuvent proposer aux femmes souffrant de DPP. (24)

Une revue de la littérature menée en Irlande en 2016 met également en évidence que les sage-femmes reconnaissent généralement leur rôle dans les soins de santé maternelle et infantile. Cependant, certaines d'entre elles pensent que cette responsabilité incombe à l'assistante sociale, au médecin généraliste, à l'obstétricien ou aux spécialistes des services de santé maternelle et infantile. (27)

Ces études montrent que les sage-femmes sont dans l'ensemble en demande d'outils dans la prise en charge des patientes.

4.3 IDE et puéricultrices

Une étude Australienne de 2021 s'intéresse au ressenti des infirmières et des sages femmes en maternité en matière de dépistage de DPP. Les résultats montrent que l'ensemble des sage-femmes et infirmières comprennent leur rôle et leur position unique dans l'identification et le soutien des mères à risque ou souffrant de DPP. Cependant, de multiples obstacles, notamment leur niveau de formation, remettent en cause le niveau et la qualité des soins qu'elles fournissent. (23)

Ce manque de formation est retrouvé dans une étude américaine de 2020 concernant les pratiques de dépistage des IDE. Il s'agit d'une enquête descriptive transversale qui a été menée auprès de prestataires de soins de santé primaires dans l'Oregon. Le recueil des données est fait sur les pratiques et le calendrier de dépistage et est comparé aux directives de *l'American Academy of Pediatrics* (AAP) (cf. chapitre recommandations actuelles en matière de dépistage) et de la *National Association of Pediatric Nurse Practitioner (NAPNAP)/US Preventative Services Task Force*.

Les résultats montrent que 31% des participants n'ont respecté aucune des directives de dépistage (majoritairement les infirmières plutôt que les médecins). Les obstacles au dépistage les plus courants étaient la connaissance limitée et/ou la disponibilité des services d'orientation. (28)

4.4 Gynécologues et obstétriciens

Une enquête par questionnaire menée à Washington en 2022 auprès de gynécologues a montré que la plupart estiment que le dépistage du suicide relève de leur compétence et connaissent le sujet. En revanche, peu d'entre eux ont déclaré avoir reçu une formation adéquate en matière d'évaluation du risque de suicide. Les résultats suggèrent l'intérêt d'une formation spécifique à l'évaluation du risque suicidaire. (29)

4.5 Pharmaciens

Les pharmaciens ne sont pas référencés par la HAS comme professionnels acteurs à part entière de la périnatalité. Cependant, une étude qualitative australienne de 2018, menée auprès de vingt pharmaciens via des entretiens semi-dirigés, suggère l'intérêt de former les pharmaciens. Ceux-ci soulignent leur importance dans la reconnaissance des symptômes de DPP et l'accompagnement médicamenteux. Les obstacles à la prestation de services comprenaient les limites des rôles interprofessionnels, l'absence de possibilités d'orientation et de rémunération des services, ainsi que le manque de formation en santé mentale. (30)

Ainsi, tous les professionnels de soins primaires entourant la femme et l'enfant, du suivi de grossesse au suivi de l'enfant jusqu'à ses 1 an, semblent concernés par la problématique mais l'ensemble des résultats convergent vers un manque de formation. Les besoins exprimés retrouvent : la formation à l'utilisation d'échelles de dépistage, la formation à l'évaluation du risque suicidaire, la formation à l'accompagnement des dyades présentant une DPP (amélioration de la communication, possibilité d'orientation, etc.).

5. Former les professionnels en fonction de leur place dans le parcours de soins de la dyade

En anténatal et dès le projet de conception de l'enfant, il paraît essentiel de former les médecins généralistes et les sage-femmes au repérage des facteurs de risques de DPP et à la mise en place de staffs médico-sociaux en maternité. (26) (31)

En post partum immédiat en maternité, former l'ensemble des professionnels entourant la dyade semble essentiel. L'utilisation de l'EPDS, par exemple, est recommandée dès le 3^{ème} jour post partum et peut être pratiquée par tout professionnel. (32) (33)

En post-partum tardif, former les sage-femmes, les généralistes, les acteurs de PMI et des réseaux d'aide au domicile au repérages de signes cliniques de DPP ou former les professionnels de la petite enfance au repérage des signes de retrait relationnel du bébé, semble justifié. (34)

6. A quoi former les professionnels de soins primaires ?

6.1 Former aux outils de dépistage

Les recommandations nationales et internationales s'appuient sur l'utilisation d'échelles pour reconnaître et évaluer l'intensité de la DPP. (12)

Dans les pays où le dépistage n'est pas systématique, de nombreux professionnels seraient prêts à utiliser des questionnaires et des échelles permettant de les orienter. Une étude menée en 2015 en Israël auprès des pédiatres et médecins généralistes montre que 76,5% des répondants seraient prêts à utiliser un bref questionnaire. (26)

L'EPDS est un outil recommandé par la HAS pour le dépistage de la DPP par tous les professionnels de santé. (12) **(Annexe 3)**

Une revue qualitative des études de validation de cette échelle la décrit comme outil simple d'utilisation, validé à l'international. Toutefois, l'utilisation d'un tel outil pour le dépistage puis pour l'orientation n'est efficace que si elle est suivie d'une prise en charge thérapeutique adaptée. (35)

Le seuil pour un dépistage positif est un score strictement supérieur à 10.

Cet outil est validé pour une utilisation à partir de la 4^{ème} semaine suivant l'accouchement. Cependant, certaines études ont démontré l'efficacité du score d'Edinburgh dès le troisième jour du postpartum, confirmant l'intérêt d'une utilisation précoce pour détecter les patientes présentant un risque de DPP. (32)

L'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) recommande de dépister la dépression et l'anxiété au moins une fois pendant la période périnatale à l'aide d'un outil standardisé et validé. (16) Les questionnaires tels que le l'EPDS et le questionnaire sur la santé du patient PQH-9 (**Annexe 5**) sont des outils validés, utilisables par les gynécologues.

L'*American Academy of Pediatrics* (AAP) recommande d'intégrer l'échelle de dépression postnatale d'Edinburgh (EPDS) aux visites au 1, 2, 4 et 6 mois de l'enfant. (16)

De plus, comme explicité dans le paragraphe « Formation Pédiatres », l'échelle ADBB peut également servir d'appui pour diagnostiquer une éventuelle DPP maternelle. (34)

La diffusion et l'utilisation des échelles par les professionnels de soins primaires semblent donc essentielles dans la prévention secondaire de la DPP (dépistage).

6.2 Former à l'orientation : Utilisation des réseaux de soins

Aux Etats-Unis, le programme MCPAP For Moms (*Massachusetts Child Psychiatry Access Programm*) est mis en place en 2014 et s'adresse aux cabinets d'obstétriques et aux prestataires de soins de première ligne. Il propose des formations aux professionnels de santé mais permet également de mettre en lien des cabinets d'obstétrique avec des professionnels de santé mentale notamment des psychiatres. Ce programme permet également d'organiser une coordination de soins pour proposer aux femmes une psychothérapie individuelle ou les inclure dans un groupe de soutien. (36)

Les mères peuvent ainsi accéder aux professionnels de santé mentale dès le dépistage par les obstétriciens ou pédiatres du programme. Les cabinets peuvent avoir accès à une consultation téléphonique en temps réel avec les psychiatres et les questions tels que le diagnostic, les conseils en matière de psychothérapie de soutien, les stratégies de traitement médicamenteux et les ajustements, avant la conception, la grossesse et l'allaitement sont abordées. Des consultations individuelles avec un psychiatre sont également possibles pour les patientes. Un courrier contenant les recommandations de suivi et de traitement est par la suite envoyé au professionnel ayant adressé la patiente. (37)

On dénombre 3 699 femmes, soit 9,9% des 37 275 femmes présumées souffrant de dépression qui ont pu avoir recours au programme. MCPAP for Moms a formé et inscrit 70% des cabinets obstétricaux de l'État soit 145 cabinets et 1174 prestataires en obstétrique, couvrant environ 80% des accouchements dans l'État.

Une étude qualitative de 2018 a évalué les résultats de ce programme et met en évidence la faisabilité et l'efficacité de ce programme dans le dépistage de la DPP. (37)

Des professionnels (obstétriciens/ infirmières/ sage-femmes/ Infirmiers de Pratique Avancée (IPA)) utilisant ce programme ont été recrutés dans deux cabinets d'obstétrique afin de participer à des groupes de discussion. Trois groupes de discussion de 60 minutes ont été enregistrés. De même, des mères ayant eu recours au programme ont été interrogées.

Au bout de 3,5 ans de fonctionnement, à la fois le nombre de rencontres et de mères ayant bénéficié du programme, ainsi que les perceptions de la santé mentale par les obstétriciens, indiquent que le **MCPAP renforce les compétences des professionnels de première ligne dans le dépistage, l'évaluation et le traitement des troubles psychiatriques.**

Néanmoins, les thèmes identifiés dans les résultats suggèrent que même si le *MCPAP* for moms est utile, il pourrait néanmoins être amélioré en proposant :

1) davantage de formation pour les prestataires en obstétrique et le personnel de soutien infirmier afin d'accroître leurs connaissances, leurs compétences et leur capacité à accompagner les problèmes de santé mentale.

2) une sensibilisation proactive pour aider les cabinets individuels à initier un traitement contre la dépression et à assurer le suivi des patients concernant l'engagement dans les recommandations de traitement et les références. (37)

Cet exemple de travail en réseau semble nécessaire pour une prise en charge globale de la dyade mère-enfant.

En France, les recommandations de la HAS suggèrent que les professionnels puissent avoir accès à un annuaire, régulièrement mis à jour, des ressources du réseau régional (dispositif spécifique régional) de périnatalité, un annuaire de GHT (Groupement Hospitalier de Territoire) ou un annuaire « local » en fonction du domicile de la patiente afin de pouvoir les orienter efficacement. (12)

De même, il est nécessaire que les professionnels de santé prennent le temps de participer à la coordination de soins en faisant le lien en amont avec la maternité et en

aval avec les acteurs du retour au domicile (PMI/ acteurs sociaux/ TISF si besoin). La mise en place des staffs médico-psycho-sociaux (staff de périnatalité) en maternité est citée dans les recommandations de la HAS.

Le travail de réseau fait donc partie intégrante des missions des professionnels de soins primaires et ne doit pas être minimisé.

6.3 Former aux soins de premiers secours psychiques

6.3.1 En s'appuyant sur les technologies

L'utilisation des technologies s'avère être un outil efficace dans les soins de premier recours.

L'Australie a lancé des programmes de dépistage universels pour identifier précocement les mères présentant des symptômes dépressifs. Cependant, la problématique majeure rencontrée par le pays est le manque de structure de soins pouvant prendre en charge ces mères. Des alternatives en lien avec l'utilisation d'internet et des technologies sont à l'essai. (38)

En 2019, une équipe australienne a développé une application mobile : E-mums Plus mobil phone app. L'application comprend 4 onglets de navigation (39) :

- « Chat » sur lequel les mères peuvent poser des questions directement aux autres mères du groupe.

- « Chronologie » : contenant les étapes clés du développement de l'enfant et des rappels de santé.
- « Ressources » : contenant de courts articles sur la parentalité.
- « Contacts et assistance » : contenant des numéros de contacts utiles et un portail via lequel les mères peuvent envoyer des messages privés à l'infirmière de leur groupe.

Un essai contrôlé randomisé a été réalisé pour évaluer l'efficacité de cette méthode. Les mères recrutées avaient un score d'EPDS >7 et ont été adressées par leur maternité pour un bilan de santé post-natal proposé à toutes les mères en Australie entre 1 et 4 semaines post-partum. Les mères randomisées dans le groupe intervention ont été affectées dans un groupe en ligne composé de 20 autres mères et dirigé par une infirmière. Le suivi a duré 4 mois. L'évaluation s'est faite à l'aide d'échelles pré et post intervention (EPDS /PSI : indice de stress parental /échelle de compétence parentale PSCS). Une seule différence significative est retrouvée au 8^{ème} mois post intervention : l'indice d'attachement PSI était plus faible pour les mères du groupe d'intervention (ce qui indique une meilleure qualité des relations) que pour les mères du groupe standard. Ces résultats mitigés peuvent s'expliquer par le fait que bien que *« la plupart des mères du groupe d'intervention se soient régulièrement connectées à l'application et aient communiqué entre elles via la page Chat, elles ont beaucoup moins utilisé les ressources textuelles de l'application conçues pour apporter un soutien aux symptômes dépressifs et des conseils sur la façon de résoudre les problèmes parentaux courants. »* (39)

Néanmoins, les mères ont indiqué que l'intervention était utile et que l'application était facile à utiliser. **Les résultats montrent qu'utiliser un outil technologique comme**

une application mobile peut contribuer à diminuer le risque de DPP et constituer un ajout important aux services existants. (38)

Au Pakistan, une étude menée dans la vallée de Swat en 2016 montre une prévalence plus importante de la DPP par rapport à la prévalence mondiale (38.1%). Cette région était le siège de crise humanitaire du fait du au contexte politique (résurgences des talibans), du déplacement massif de population et des inondations dévastatrices de 2010. De nombreux établissements de santé ont été détruits. Face au manque de structures et de soignants disponibles, une étude a été menée pour former massivement les agents de santé communautaires au dépistage de la DPP.

Une étude de non-infériorité a montré un intérêt pour une formation et une supervision en cascade assistée par la technologie des agents de santé communautaire. L'application propose cinq sessions de formation puis de mise en situation via un avatar avec possibilité de réaliser des entretiens.

Le principal résultat de l'étude est le score moyen de compétence après la formation et montre une non-infériorité de l'outil application technologique proposé aux agents de santé communautaire versus la formation traditionnelle par des professionnels de santé mentale. (40)

L'outil technologique est donc utilisé pour former plus massivement les soignants aux symptômes de DPP mais également pour permettre une prise en charge efficace des mères et une facilité de contact entre celles-ci et les professionnels.

6.3.2 Par un soutien par les pairs

En Australie en 2024, une étude souhaite évaluer l'intérêt du soutien par les pairs. Des mères bénévoles ayant traversé une DPP par le passé (antécédents de dépression et/ou d'anxiété postnatale) se sont portées volontaires pour soutenir anonymement par téléphone (appels et sms) ou courriels des mères repérées à risque lors de leur séjour en maternité. Le contact se fait au minimum de façon hebdomadaire les 3 premiers mois puis bimensuelle les 3 mois suivants. Les bénévoles ont bénéficié d'une formation de 4h comprenant une formation théorique et des jeux de rôles. A la fin, elles reçoivent un manuel contenant l'ensemble de la formation, ainsi qu'une liste de ressources pour orienter les mères en détresse. L'étude est encore en cours (le recrutement débuté en 2019 a été retardé du fait de la COVID 19) et les résultats devraient être publiés en 2026. (41)

L'application *E-mums*, évoquée précédemment, met également des mères en lien via un chat. L'application met en contact une vingtaine de mères ayant accouché sur une même période et permet un soutien entre elles. (39)

6.3.3 Via l'utilisation d'outils de TCC

Plusieurs études mettent en évidence l'intérêt de former les professionnels aux Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) afin de soutenir au mieux les mères. (42) (43) (44)

La TCC est un outil de psychothérapie limité dans le temps, structuré et axé sur les compétences.

Elle repose sur différents outils pratiques comme l'analyse des émotions, des pensées et des comportements associés. Les objectifs étant de reformuler les pensées et les cognitions négatives afin de permettre un changement de comportement.

Plusieurs stratégies thérapeutiques sont utilisées dans le cadre des dépression et plus spécifiquement de la DPP (45) :

- Assignation de tâches à réaliser à domicile.
- Apprentissage de compétences spécifiques : cela inclut l'augmentation des activités agréables, la relaxation, le renforcement du contrôle des pensées négatives ou irrationnelles.
- La méthode de relaxation repose sur la technique de Jacobson (1929), qui consiste en une relaxation musculaire progressive.
- Les séances de thérapie cognitive intègrent des éléments des théories cognitives de Beck (1967) avec l'utilisation des colonnes de Beck. **(Annexe 6)**

Au Canada, une étude expérimentale de 2022 a permis la randomisation des mères (avec un EDPS>10 et un nourrisson <12 mois) en deux groupes distincts. Le groupe expérimental a reçu un traitement habituel (médicament +/- psychothérapie individuelle) associé à 9 séances de 2h de TCC de groupe proposées par des IDE de santé publique et le groupe témoin a reçu le traitement habituel seul. La première partie de chaque séance contenait du contenu de TCC (par exemple : restructuration cognitive), la seconde partie de la psychoéducation sur des sujets en lien avec la DPP (le sommeil/ la demande d'aide). Les participantes recevaient un manuel avec des exercices concrets à mettre en pratique entre les séances.

La formation des infirmières a consisté en une formation en classe de deux jours.

Au cours de l'intervention, elles ont enregistré les séances et ont bénéficié d'une heure de supervision psychothérapeutique par les thérapeutes experts. (42)

Les résultats montrent que le groupe expérimental a trois fois et demie plus de chance d'obtenir une réduction cliniquement significative des scores EPDS (≥ 4 points) par rapport aux participants témoins. (42)

L'outil de thérapie cognitivo-comportementale est également utilisé dans des programmes à grandes échelles.

Aux Etats-Unis, le programme *Mother and Babies* (MB) est une intervention basée sur la TCC. Le programme MB se concentre sur trois domaines spécifiques : encourager les femmes à une plus grande participation à des activités plaisantes, promouvoir des modes de pensée plus sains et améliorer le soutien social. Cette intervention est fondée sur des données probantes et repose sur les principes de la TCC, la théorie de l'attachement et la psychoéducation. Elle intervient dès le début de la grossesse. Le programme MB est conçu pour être dispensé par des prestataires en clinique ou dans la communauté issus de divers milieux éducatifs et professionnels. Il peut être dispensé sous forme d'intervention individuelle ou de groupe dans divers contextes où les femmes enceintes et les nouveaux parents ont accès à des services. (46)

Ce programme a été identifié comme étant une intervention efficace de prévention de la dépression périnatale. (44)

En Arabie Saoudite, une étude qualitative a cherché à explorer l'expérience de six IDE de santé publique formées pour proposer des TCC de groupe à des mères souffrant de DPP. Des entretiens individuels ont été menés et enregistrés auprès des infirmières. Les résultats montrent un impact positif de la TCC non seulement sur les mères souffrant de DPP mais également sur les infirmières. Le ressenti des infirmières est également à prendre en compte ; elles se sentent valorisées par l'utilisation de cet outil dans leur pratique et plus à l'aise dans la prise en charge des femmes présentant une DPP. (43)

L'utilisation des thérapies cognitivo-comportementales par les professionnels de périnatalité a donc non seulement un impact positif dans la prise en charge des patientes présentant une DPP mais également dans le renforcement positif de professionnels par rapport à leurs compétences.

7. Formation en fonction des professions

Les résultats des études peuvent être regroupés en fonction des professions ciblées par les formations.

7.1 Etudiants infirmiers et en médecine

Aux Etats-Unis, une étude de 2022 a mis en œuvre et évalué un programme de formation auprès des étudiants infirmiers. Il s'agit d'une formation en ligne proposant un aperçu des symptômes du trouble de l'humeur périnatale, des risques d'un trouble de l'humeur non traité, des capacités de communications avec les patientes, des

techniques d'évaluation et de dépistage, des options de traitement sûres et des pratiques de suivi.

La formation comportait 5 compétences principales :

- Identifier les lignes directrices actuelles pour l'évaluation et le traitement de la dépression et de l'anxiété périnatales.
- Connaître les outils d'évaluation de dépistage des troubles de l'humeur en période périnatale.
- Développer des connaissances sur les traitements fondés sur des données probantes disponibles pour les troubles de l'humeur prénataux.
- Développer des compétences pour accroître l'auto-efficacité et l'intention de gérer les troubles de l'humeur prénataux.
- Localiser les ressources locales et nationales pour les troubles de l'humeur en période périnatale.

Cette formation fournit aux étudiants des techniques d'entretiens, par exemple des questions à poser aux patientes.

L'évaluation post intervention via des auto-questionnaires montre une amélioration de 80% des connaissances sur le sujet. (16)

Dans le cadre de la campagne d'information sur la dépression du post partum (*Postpartum Depression Awareness Campaign*), une autre étude expérimentale au sein de l'Université de Floride du Sud, Collège des sciences infirmières et Collège de médecine a été réalisée en 2021. Les étudiants en médecine et en soins infirmiers

(n=71) ont utilisé une activité d'apprentissage autodirigée via la plateforme virtuelle REDCap (*Research Electronic Data Capture*). Les connaissances ont été testées avant et après l'intervention à l'aide de l'examen « *Speak Up When You're Down* ». L'auto-efficacité et la motivation ont été mesurées avant et après l'intervention. Les résultats retrouvaient une augmentation moyenne des scores de connaissances, d'auto-efficacité et de motivation. (47)

On ne notait pas de différence significative entre les étudiants IDE et les étudiants en médecine.

Des formations théoriques via les outils numériques semblent donc efficaces pour augmenter les connaissances théoriques des étudiants. En revanche, peu d'études évaluent l'amélioration en pratique de la prise en charge de la DPP par les étudiants.

7.2 Pédiatres

La dépression d'une mère peut entraîner des répercussions sur son bébé mais à l'inverse, un bébé décrit comme difficile peut déprimer une mère déjà vulnérable. **La prise en charge active des bébés est donc un levier essentiel pour améliorer les symptômes présentés par la mère.**

L'observation du bébé via des échelles telle que l'ADBB (*Alarm Distress Baby Scale* (Alarme Détresse Bébé en français)) peut permettre un éventuel dépistage indirect de la DPP chez la mère. (34) L'ADBB est une échelle clinique dont le but est d'évaluer les comportements sociaux, en particulier le retrait relationnel, repéré en observant les enfants de 2 à 24 mois. **(Annexe 4)**

Huit items reprenant des comportements sont repris dans l'échelle. La cotation pour chaque item va de 0 (absence de comportement anormal) à 4 (comportement massivement anormal). Les items sont les suivants :

- Expression faciale
- Contact visuel
- Niveau général d'activité
- Gestes d'autostimulation
- Vocalisations
- Vivacité de la réponse à la stimulation
- Capacité de mise en relation avec autrui
- Attractivité

Un score total entre 5 et 10 met en évidence un enfant en léger retrait relationnel, un score supérieur à 10, un enfant en retrait majeur.

Dans une étude menée aux Etats-Unis en 2013, 155 dyades mères-enfants ont été évaluées. La DPP a été évaluée via un entretien psychiatrique. Le retrait social du nourrisson a été évalué par l'utilisation de l'échelle ADBB réalisée par des pédiatres formés à l'analyse de cette échelle via les supports vidéo.

Les résultats montrent que 18,7% des mères ont reçu le diagnostic de DPP. 39,4% des nourrissons ont obtenu un score supérieur 5, seuil de positivité de l'ADBB. Les nourrissons de mères déprimées étaient plus susceptibles d'obtenir un score positif à l'ADBB (75,8% contre 31,0%, $p < 0,001$) et présentaient des modèles distinctifs de comportements de retrait social. **«Ces résultats confirment la validité de l'ADBB pour détecter le retrait social du nourrisson dans un contexte de dépression maternelle sévère »** (34)

7.3 Sage-femmes

En Australie, une étude a permis d'évaluer un programme de formation destiné aux sage-femmes sur le développement de leurs compétences en communication. Les sage-femmes ont assisté à sept séances sur une période de six mois dont trois ateliers de deux heures animés par un psychologue. Les thèmes des ateliers exploraient les aspects des soins centrés sur la femme en période périnatale. Le programme utilisait des ressources fondées sur des données probantes ainsi que des jeux de rôle et simulations d'entretien puis d'une discussion sur les outils et méthodes de communication utilisés lors du jeu de rôle. Les résultats montrent que ce programme a permis aux sage-femmes de se sentir confiantes dans leurs connaissances des problèmes psychosociaux et dans leur capacité à soutenir les femmes confrontées à ces problèmes au début de la période postnatale. (31)

Ce type de formation, qui s'intéresse au développement des compétences interactionnelles, permet une réponse partielle à la demande des sage-femmes. Celle-ci était de développer leurs compétences en matière de prise en charge de la DPP, au-delà de savoir poser le diagnostic.

7.4 Ensemble des professionnels

Une étude de 2013, réalisée au Royaume-Uni pour le personnel de maternité hospitalière et le personnel de maternité communautaire, a montré un intérêt à former l'ensemble du personnel de maternité à l'évaluation psychologique des mères. La formation s'est déroulée en trois séances de deux heures chacune. Elle était axée sur l'évaluation psychologique des femmes, le suivi durant toute la période péri natale et l'utilisation des outils de dépistage spécifique (questionnaire de Wooley par exemple). La formation a été menée par un psychologue. Le personnel a été invité à évaluer son niveau de confiance avant et après la formation.

Les tests T ont montré que la confiance du personnel dans tous les domaines était considérablement accrue en participant au programme de formation. (48)

Cette formation est proposée de façon interactive, sur plusieurs séances et a permis aux participants d'assimiler les notions et de les expérimenter au fur et à mesure de la formation.

Certains pays ont fait le choix de former le personnel de santé en fonction de facteurs de risque de DPP. La prématurité est un facteur de risque de DPP. (8)

En Finlande, les soignants se sont questionnés sur la possibilité de réduire le risque de DPP dans des unités de soins intensifs néonataux.

Une étude de 2019 a montré que la formation de l'ensemble du personnel d'une unité de soins intensifs néonataux avait un intérêt pour diminuer le risque de DPP. En effet, comme évoqué précédemment, un bébé décrit comme difficile (par exemple un bébé

prématuré) peut déprimer une mère présentant des facteurs de vulnérabilité. Il est donc essentiel de prendre en charge la dyade dans son ensemble.

Le programme de formation comprenait quatre phases :

D'abord l'observation du comportement du prématuré, puis l'observation conjointe des bébés avec les parents, ensuite la compréhension des caractéristiques individuelles des familles et enfin l'accompagnement vers le retour au domicile. (49)

Les résultats ont montré des scores d'EPDS des mères de la cohorte post-intervention significativement plus faibles que les scores EPDS des mères de la cohorte pré-intervention. (33)

Une étude de 2024 montre l'intérêt d'un master en santé mentale périnatale en Irlande.

Il s'agit d'un cours en ligne indépendant de niveau Master de 13 semaines. L'objectif est de développer l'expertise des professionnels de la santé dans le soutien des femmes confrontées à des difficultés psychologique en période périnatale. Le module s'adresse à tous les professionnels de santé susceptibles d'être impliqués dans l'accompagnement des dyades en période périnatale, par exemple sage-femmes, IDE, psychologues, etc. Le module est animé par une équipe multidisciplinaire d'experts cliniques et d'universitaires. L'enseignement et l'apprentissage entre pairs constituent également des caractéristiques essentielles du module. Ce module peut être utilisé pour obtenir des crédits universitaires en vue d'un master complet.

L'évaluation de ce module a été réalisée en 2024.

La méthode de collecte s'est faite par entretien semi structuré en ligne ou en présentiel d'une quarantaine de minutes. Les résultats montrent un intérêt des professionnels pour les caractéristiques pédagogiques de l'apprentissage et de l'enseignement interdisciplinaire. (50)

Aux Etats-Unis, le programme MCPAP For Moms (*Massachussets Child Psychiatry Access Programm*) est mis en place en 2014 et s'adresse aux cabinets d'obstétrique et aux prestataires de soins de première ligne. Il propose des formations ciblées aux différents professionnels (obstétriciens/ pédiatres/ addictologues) sur le repérage des troubles mentaux en lien avec la grossesse et le post partum et permet des orientations vers des professionnels adéquats. (51) Il existe une multitude de fiches disponibles sur le site du programme, accessibles aux professionnels concernés.

Ainsi certains programmes de formation ne s'adressent pas spécifiquement à certains professionnels mais sont efficaces pour tous les professionnels de soins travaillant dans le cadre de la périnatalité. Ces formations ont en commun l'importance d'intervision d'équipe et de supervision lors de situations complexes. (48) (49)

8. Formations théoriques proposées en France

De nombreuses formations théoriques sont disponibles en 2024 en France. Elles s'adressent à l'ensemble des acteurs de soins primaires et sont proposées par les universités.

8.1 Diplômes Universitaires

Université	Diplôme Universitaire
Université Paris Cité	<ul style="list-style-type: none">• La psychologie et la psychopathologie de la périnatalité et du très jeune enfant• Développement précoce et psychopathologie périnatale
Bordeaux Santé Event	<ul style="list-style-type: none">• 1000 jours, santé mentale et psychiatrie périnatale
Université de Lille	<ul style="list-style-type: none">• Psychologie et psychopathologie périnatale et pratique des réseaux
Université de Toulouse	<ul style="list-style-type: none">• Bébé et parentalité : abord théorico-clinique, psychopathologie, prévention et soins précoces
Université de Lorraine	<ul style="list-style-type: none">• Périnatalité, Pleine Conscience, Prévention

8.2 Diplômes Inter Universitaires

Université	Diplôme inter Universitaire
Université Lyon et Montpellier	<ul style="list-style-type: none">• Psycho périnatalité

DU existant autour de la périnatalité mais ne reprenant pas spécifiquement la dépression du post partum :

Université	Diplôme Universitaire
Université de Lyon	<ul style="list-style-type: none">• Psychopathologie et prévention auprès du bébé et de sa famille

9. Formation par les Dispositifs spécifiques Régionaux en Périnatalité (ex-réseaux de périnatalité)

La FFRSP (Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité) a lancé un groupe de travail en 2024 afin d'harmoniser les contenus pédagogiques et les méthodes et outils pédagogiques utilisés par chaque réseau régional. (52) Les résultats de ce groupe de travail ne sont pas encore disponibles.

Voici ci-dessous le tableau reprenant les réponses des réseaux aux questions posées par courriel.

Réseau	Formation	Professionnels concernés
Réseau périnatal du Val de Marne (RPVM)	Pas de retour	
Réseau Périnatal Alpes Isère	En 2023 : Webinaire de sensibilisation à la dépression périnatale En 2023 et 2024 : Organisation d'une formation sur l'entretien post natal précoce (diagnostic, orientation ...)	Sage-femme, médecins généralistes
Maternité en Yvelines et Périnatalité Active (MYPA)	Pas de retour	
Réseau Périnatal des 2 Savoie	Webinaire de sensibilisation à la dépression périnatale en décembre 2022 Fiche entretien post natal précoce Fiche dépression du post partum	Outils disponibles pour tout professionnel
Réseau ELENA	Pas de retour	
Réseau de Santé Périnatal d'Auvergne	Pas de retour	
Réseau de Périnatalité Occitanie (RPO)	Non	DPP abordée lors de la formation à l'entretien post-natal précoce pour les sage-femmes
Réseau Orhéane	Non	Enquête en cours pour établir les besoins de formation
Réseau périnatal de La Réunion (REPERE)	Pas de retour	
Réseau de Périnatalité Méditerranée	Pas de retour	

IV. DISCUSSION

1. Retour sur notre expérience de jeux de rôle auprès des étudiants sage-femmes

Notre expérience de formation pour les étudiantes sage-femmes a montré certaines limites, notamment dans l'application des éléments théoriques abordés. Plusieurs études s'intéressent à la formation des étudiants mais il est difficile d'évaluer l'impact concret de l'implication des étudiants auprès des dyades et des femmes en situation de DPP (16) (47). Certains étudiants ne se sentent pas toujours en responsabilité des patients et sont donc moins impliqués dans la prise en charge ou alors ne sentent pas forcément concernés par la DPP. Par exemple, les étudiants IDE ne sont pas spécialisés dans ce domaine au cours de leurs études et ne savent pas s'ils vont travailler directement dans le champ de la périnatalité. L'étude concernant l'évaluation d'une formation de 13 semaines niveau master proposée à différents professionnels de santé, sur la base du volontariat, donne des résultats positifs mais il faut les confronter au fait que les étudiants étaient impliqués et intéressés par la question de la santé mentale. (50)

2. Résultats principaux de la revue de littérature

Face à ce problème de santé publique majeur (tant par ses conséquences dramatiques que par la fréquence de la maladie), la prévention par les professionnels de santé semble essentielle. Qu'elle soit primaire par le repérage des facteurs de risque, secondaire avec l'utilisation des outils de dépistage ou tertiaire avec la mise en place de thérapeutique, tout professionnel de soins qui rencontre une dyade en période périnatale a sa place dans l'accompagnement de celle-ci.

L'objectif de notre étude était de recenser les programmes de formation existants autour de la DPP pour les professionnels de soins primaires afin d'harmoniser les pratiques et d'augmenter l'efficacité du repérage. L'objectif secondaire était le repérage d'outils proposés aux professionnels de soins primaires pour la prévention de la dépression du post-partum en France et dans le monde.

Les résultats de notre étude montrent que les professionnels expriment un défaut de connaissances à la fois dans le repérage des situations à risque mais également dans la définition du diagnostic de DPP et dans la distinction des différents troubles psychiques existants en post-partum.

Cependant, tous les professionnels de santé s'harmonisent sur l'importance de leur rôle dans la prise en charge de la DPP. Notre étude s'est concentrée sur les professionnels de soins primaires, mais certains articles suggèrent l'importance de former les professionnels du médicosocial. Ils sont cités dans les recommandations officielles et des études nous ont montré l'impact concret qu'ils peuvent avoir dans le soutien proposé aux dyades.

Les besoins exprimés par les différents professionnels ne sont pas exactement similaires. Par exemple, les médecins généralistes sont en demande d'outils d'aide au dépistage via notamment l'utilisation d'échelles. Les sage-femmes et infirmières se sentent plus concernées par des formations relatives aux soins de premiers recours et l'accompagnement direct des dyades en situation de détresse.

Les résultats suggèrent qu'il faut former les professionnels de santé aux outils de dépistage via par exemple l'utilisation systématique d'échelles comme l'EPDS, efficace dès le 3^{ème} jour post partum. Des formations à d'autres échelles, comme

l'ADBB pour les professionnels de la petite enfance, ont montré un intérêt pour repérer les signes de retrait relationnel de l'enfant en lien avec une possible DPP maternelle. La prise en charge de l'ensemble de la dyade est essentielle pour répondre aux difficultés interactionnelles. Aussi, est-il nécessaire d'inciter les professionnels à ancrer leur pratique en lien avec les réseaux locaux pour permettre une prise en charge globale de la dyade mère-enfant. Ce travail de réseau fait partie intégrante des missions des professionnels de soins primaires et ne doit pas être minimisé.

Les formations ayant montré un intérêt pour l'amélioration globale des connaissances sont les formations théoriques, assistées de l'outil technologique, ainsi que l'importance de la mise en pratique rapide des connaissances via des jeux de rôles, et ce, dans toutes les catégories professionnelles. Les sensibilisations à l'échelle de tout le personnel d'une maternité ou centre de soins ont montré également un intérêt sans distinction de la profession.

De plus, former les professionnels aux soins de premier recours psychique apparaît essentiel à la lecture de nos résultats. L'outil technologique a un intérêt pour proposer des formations théoriques à grande échelle mais également dans l'application de ces soins de premiers recours. Par exemple, l'utilisation d'une application mobile qui met en lien des professionnels de soins primaires avec des mères ayant accouché récemment peut contribuer à diminuer le risque de DPP. Les avantages de tels outils sont la facilité de contact entre les professionnels et la mère, le faible coût ainsi que le fait pour la mère ne pas avoir à se déplacer avec un nourrisson pour échanger avec un professionnel.

Les soins de premiers recours psychiques comprennent également le soutien par les pairs et l'importance pour les professionnels de proposer aux mères des lieux de partage et d'échange entre elles sur les difficultés rencontrées.

Enfin notre étude montre que les soins de premiers recours psychiques peuvent s'appuyer sur la formation aux outils de TCC.

Beaucoup de femmes en post partum sont réticentes à la prise de thérapeutiques médicamenteuses, notamment les femmes allaitantes. Elles expriment parfois des craintes concernant la potentielle somnolence induite par les anti dépresseurs alors qu'elles doivent être vigilantes lorsqu'elles s'occupent de leur nourrisson. Elles souhaitent également éviter les risques de passage des molécules dans le lait maternel. (53)

La Thérapie Cognitivo-Comportementale est moins invasive que les traitements médicamenteux et permet d'obtenir des résultats efficaces. Plusieurs études ont montré un intérêt pour la réalisation de TCC de groupe menée par des IDE.

Il est essentiel de pouvoir bien évaluer la demande de la mère avant de débiter les séances.

Former les professionnels à l'utilisation de tels outils pourrait permettre de répondre de manière efficiente aux symptômes de DPP.

Ainsi, la formation aux soins de premiers recours psychiques inclut la prise en charge globale de la dyade via les différents partenaires du réseau, via le recours au soutien par les pairs et via le développement de formation de TCC. Les technologies sont un outil essentiel dans les formations théoriques et dans la mise en place des soins de premiers recours.

3. Résultats principaux de l'enquête de terrain

Les résultats de l'enquête de terrain montrent qu'en France, il existe de nombreuses formations théoriques autour de la périnatalité avec une sensibilisation à la dépression du post partum, sous forme de diplômes universitaires. De leur côté, les Dispositifs Régionaux de Santé en Périnatalité proposent pour certains des sensibilisations à la DPP mais la plupart n'ont pas de formation spécifique sur le sujet. Des études d'évaluation des besoins sont en cours (notamment pour le réseau Orhéane, Nord). Les résultats du groupe de travail lancé par la FFRSP en 2024 pour harmoniser les contenus pédagogiques et les pratiques des réseaux ne sont pas encore disponibles.

4. Limites

4.1 Limites méthodologiques

Concernant la revue de littérature, l'exclusion de 525 articles après lecture des titres et résumés pose la question de la spécificité des mots-clés sélectionnés pour développer cette revue de littérature. L'enquête menée auprès des Dispositifs Spécifiques Régionaux en Périnatalité n'a pas permis une analyse exhaustive des possibilités de formation car certains réseaux n'ont pas répondu à notre sollicitation.

4.2 Limites des résultats

Par ailleurs, il existe certaines limites aux formations et outils de soins mis en évidence dans nos résultats.

Comme évoqué dans la première partie de la discussion, les résultats des formations centrées sur les étudiants nous questionnent sur l'intérêt de former les étudiants à grande échelle. Si une sensibilisation semble nécessaire au cours des études, des formations sur l'application des outils ne semble pas toujours adaptée aux étudiants qui ne se sentent pas toujours en responsabilité au cours de leurs études. Peu d'études évaluent l'amélioration en pratique de la prise en charge de la DPP par les étudiants.

La TCC demande un temps de formation pour les professionnels l'utilisant, ainsi qu'un temps de mise en pratique avec les patientes. Si la TCC de groupe s'avère efficace pour traiter plusieurs patientes en même temps, elle a comme limites qu'elle n'est pas adaptée de façon individualisée à chaque mère et ne prend pas en compte la dyade dans son ensemble. Or, nous avons évoqué à plusieurs reprises l'intérêt de prendre en charge la dyade dans son ensemble pour améliorer les symptômes présentés par la mère et l'enfant et soutenir les interactions précoces.

L'expérience de terrain nous montre la nécessité pour la femme présentant une DPP de se sentir entourée et soutenue. Le sommeil, souvent mis à mal en post partum, a un effet direct sur le risque de décompensation d'un trouble thymique de la mère. Le fait d'être une mère isolée est un facteur de risque supplémentaire de DPP. Ce relais permettant le repos des mères peut d'abord se trouver dans le cadre familial. L'évaluation de l'entourage maternel par les professionnels doit être réalisée au cours de la grossesse et réévaluée en post partum.

L'utilisation des technologies comme outils de soins de premier recours peut tenter de répondre à ce manque d'étayage.

Cependant, bien que facilitant la rapidité des échanges à travers les écrans, les technologies et les réseaux sociaux peuvent provoquer chez certaines un sentiment de solitude décuplé. Ils ne répondent pas concrètement à la nécessité pour les femmes d'obtenir des relais pour s'occuper de leur nourrisson.

5. Rôle du psychiatre en périnatalité dans la gradation de soins

En France, on dénombre 20 psychiatres pour 100 000 habitants, dont 10 en exercice libéral ou mixte. (15500 psychiatres sur tout le territoire et environ 700 pédopsychiatres). Il existe des inégalités territoriales majeures. Le nombre global de psychiatres diminue depuis 2016. (54)

La psychiatrie publique est sectorisée en fonction du lieu de résidence des patients.

Les secteurs de psychiatrie périnatale recoupent historiquement les inter-secteurs de pédopsychiatrie. En réalité, il n'existe pas d'homogénéité sur le plan national. A Lille par exemple, la psychiatrie périnatale ne dépend ni de la pédopsychiatrie ni de la psychiatrie adulte. L'Hôpital De Jour (HDJ) et l'hospitalisation à temps complet ne sont pas sectorisés et le développement d'une équipe mobile permet une évaluation et une prise en charge des dyades jusqu'à 60 km autour de Lille, couvrant différents secteurs de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie.

Ainsi, en fonction de la réalité de chaque secteur (nombre de professionnels dédiés, existence ou non d'une équipe mobile en périnatalité sur le secteur ou d'une équipe

de liaison en maternité, etc.), les réalités de l'accessibilité à une prise en charge médicale diffèrent.

Dans les cas les plus complexes, il existe des possibilités d'hospitalisation à temps complet pour la dyade mère-enfant. Ces places sont malgré tout limitées en France. Sur l'ensemble du territoire, on dénombre jusqu'à 100 places d'hospitalisation à temps complet pour des dyades mère-enfants, dont 4 au CHU de Lille.

La carte ci-dessous reprend les différentes hospitalisations en unité mère-enfant possibles en secteur de psychiatrie (HDJ/ Temps complet/ Unité périnatale addictologie).

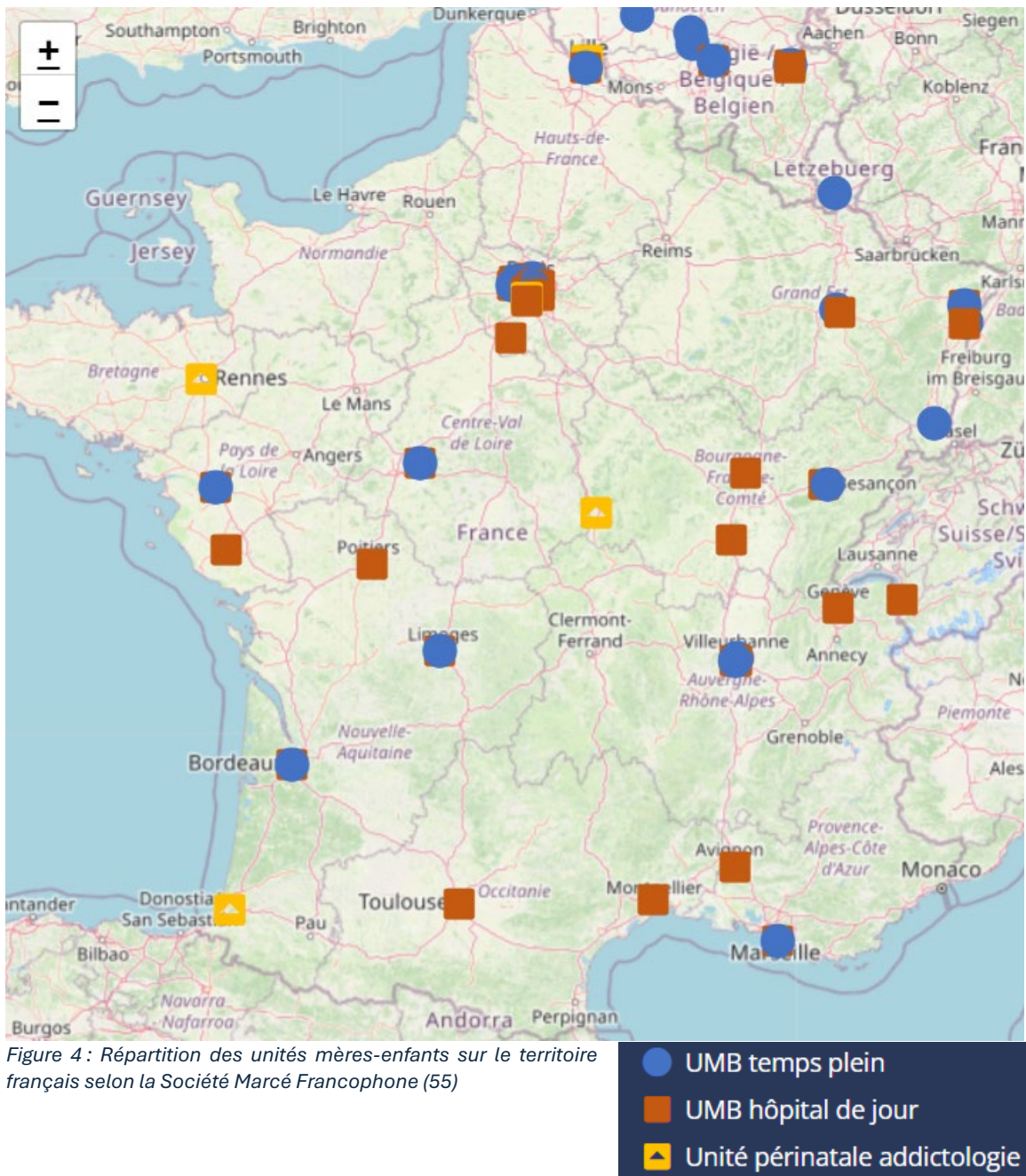


Figure 4 : Répartition des unités mères-enfants sur le territoire français selon la Société Marcé Francophone (55)

Cette réalité de terrain doit alerter tous les professionnels de la périnatalité qui, bien que ne remplaçant pas un médecin psychiatre ni dans ses fonctions ni dans ses responsabilités, ont un rôle majeur à jouer dans la prévention par le repérage, le dépistage, l'accompagnement et si besoin l'orientation vers des spécialistes.

Le psychiatre en périnatalité a d'abord une mission de recours auprès des différentes équipes pluri-disciplinaires. La psychiatrie périnatale est à l'interface entre la psychiatrie adulte et la pédo psychiatrie. Le psychiatre est également souvent à l'interface entre les secteurs de psychiatrie et les service somatiques (maternité/obstétrique). Il a souvent un rôle de liaison en maternité. Il a également un rôle de formation par l'organisation de sensibilisation sur les risques de DPP en lien avec tous les acteurs de la périnatalité.

Il a aussi un rôle de supervision d'équipe et de coordination de soins autour des situations cliniques les plus complexes. Cette coordination ne peut être efficace sans une connaissance précise du réseau local et des différents acteurs de terrains. (PMI, lien avec les maternité, travailleurs sociaux, DSRP, etc.). Ce temps de coordination fait partie intégrante des missions du psychiatre de périnatalité et ne peut être minimisé.

Enfin, les dernières recommandations (56) publiées à l'été 2024 concernant la gestion des troubles de l'humeur en période périnatale publiées par un comité d'expert recommandent de :

- Traiter les symptômes de l'humeur pendant la grossesse et de maintenir le traitement pharmacologique même chez les patientes euthymiques ou stabilisées.
- Avoir recours à un psychiatre en périnatalité en première intention au cours de la grossesse , sinon à un psychiatre adulte ou au médecin traitant.

6. Quelle proposition de contenu de formation ?

Il ressort de notre étude différents contenus de formation possibles à cibler.

Nous avons vu que les réalités de terrains diffèrent à l'échelle mondiale mais également à l'échelle nationale. Cependant, certains messages concernant les professionnels de santé sont universels :

- Proposer au médecin traitant l'utilisation systématique des échelles de repérage des symptômes DPP (EPDS, Questions de Whooley, etc.) aux femmes en post partum.
- Sensibiliser les sage-femmes en maternité mais également en libéral au repérage précoce des facteurs de risques de DPP et aux situations de vulnérabilités lors de consultations dédiées pour anticiper la prise en charge des dyades.
- Sensibiliser l'ensemble du personnel en maternité à la prise en charge globale des dyades et à l'observation des interactions précoces. Ces formations responsabilisent chaque corps de métier dans la prévention de la DPP.
- Proposer des intervisions d'équipe de façon systématique sur les situations les plus complexes avec une supervision par un médecin psychiatre en périnatalité.
- Organiser les prises en charge de façon pluridisciplinaire en fonction de possibilités de chaque secteur.
- Axer les formations sur les acteurs du médicosocial et sur le soutien par les pairs dans les pays présentant un système de soins plus précaire.

Il ressort également de notre étude que les formations théoriques proposées, notamment aux étudiants, sont efficaces dès lors qu'elles ciblent les étudiants motivés et intéressés par la question de la périnatalité. Une mise en pratique concrète de ces formations via des jeux de rôles par exemple est essentielle.

L'utilisation de l'outil technologique non seulement pour former à des échelles plus importantes les acteurs de périnatalité mais également pour faciliter le lien avec les femmes, via les application mobile par exemple, s'est avérée probante dans plusieurs études. Le développement des applications gérées par des IDE formés à l'utilisation de l'outil se montre efficace pour réduire l'intensité et la durée des symptômes dépressifs.

L'application « 1000 premiers jours », en France, permet d'aborder la question de la santé mentale en post partum pour les mères via différents contenus : vidéo explicative des symptômes, liens vers les PMI ou réseau locaux. Néanmoins, l'application ne contient pas de lien vers les différentes associations de soutien, notamment entre pairs.

En France, des associations de soutien comme Maman Blues ont vu le jour pour tenter de répondre aux souffrances perçues. Il s'agit d'une association non médicale de soutien, d'écoute et de conseils dans le cadre de la difficulté maternelle. (57)

Cette association propose des informations, des témoignages, un forum de discussion mais également des orientations vers d'autres sites et associations sensibilisant à différents facteurs de risque de DPP (SOS Préma/ deuil périnatal/ mère isolée/...).

Certaines unités de périnatalité proposent des groupes thérapeutiques avec des activités à plusieurs dyades en même temps.

Ces groupes sont à la fois une forme de soutien par les pairs mais ont également un intérêt clinique dans l'observation du fonctionnement des dyades et de la place de chaque dyade au sein du groupe. Ces groupes peuvent être proposés par des unités médicales (par exemple : groupe *temps-comptines* ou *gym-poussettes* dans l'unité de périnatalité au CHU de Tours) mais également par des acteurs plus larges de la périnatalité comme les PMI (groupe thérapeutique *massage bébé* par exemple).

Ainsi, le rôle des professionnels de soins primaires est donc de faire le lien avec les différents acteurs de périnatalité (notamment avec les PMI et les maternités) ainsi que d'évaluer la nécessité de la mise en place d'un soutien au domicile si l'entourage ne suffit pas (par exemple TISF).

Le travail en réseau est donc primordial dans la prise en charge de femmes atteintes de DPP.

Orienter les patientes vers des associations de soutien par les pairs fait également partie du rôle du soignant.

Enfin, la HAS va proposer de nouvelles recommandations en 2025 ciblées sur les troubles de l'humeur en période périnatale qui compléteront de façon plus spécifiques les recommandations pour « l'accompagnement médico-psychosocial des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal » publiées en janvier 2024.

7. Ouverture sur les propositions de formation à envisager dans les Hauts-de-France

A la lecture de cette étude, plusieurs formations pour les professionnels de soins primaires pourraient être mises en place dans les Hauts-de-France :

- Sensibilisation autour de la DPP pour les étudiants sage-femmes en amont de leur 5^{ème} année, avec supervision des situations complexes rencontrées au cours de leurs études.
- Formation à l'ADBB proposée aux professionnels dans les différents services de pédiatrie et en maternité.
- Développement d'un onglet spécifique sur le site d'ORHEANE pour les professionnels de soins primaires contenant par exemple les différentes échelles de dépistage à utiliser, référençant les orientations possibles avec les numéros d'adressage aux équipes de périnatalité et bons d'adressages en HDJ / Hospitalisation complète au CHU de Lille et les initiatives locales à proposer aux dyades en difficulté.
- Organisation de formations théoriques proposées par les psychiatres de périnatalité spécifiquement destinées aux médecins généralistes de la région.
- Animation d'une journée annuelle régionale autour de la psychiatrie périnatale pour favoriser la rencontre des acteurs et le développement du réseau.

V. CONCLUSION

Si la question de la prise en charge de la dépression du post-partum semble très actuelle, notre étude a souligné certains obstacles à l'accompagnement des dyades en souffrance. Les difficultés de formation globale des professionnels en sont un facteur limitant. Par ailleurs, cette étude a mis en évidence certaines possibilités de formations théoriques et pratiques qui peuvent être proposées aux professionnels de santé au regard des contraintes économiques, d'accessibilité aux soins et de priorités de santé publique des différentes régions du monde. La nécessité d'intégrer la notion de dyade et de prise en charge globale (mère/ enfant/ interactions précoces) dans les formations est essentielle. La demande des professionnels se concentre sur l'importance de l'évaluation pratique des situations (intervision d'équipe / supervision des situations), au-delà des formation théoriques.

La réalité de terrain concernant la démographie médicale en France, justifie que l'ensemble des professionnels de périnatalité sachent repérer les situations à risques, sachent coordonner les soins autour de la dyade, comprennent les enjeux d'un dépistage précoce mais également accompagnent les dyades vers les soins de premiers recours psychiques. Certaines propositions de formation ont pu être évoquées dans le chapitre Discussion.

Enfin, pour répondre aux exigences des recommandations de la HAS et de l'OMS, former les professionnels de soins primaires à la prévention du post-partum devrait faire partie des priorités de santé publique en matière de soins périnataux.

BIBLIOGRAPHIE

1. Sutter AL, Lacaze I, Loustau N, Paulais JY, Glatigny-Dallay E. Troubles psychiatriques et période périnatale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. juill 2005;163(6):524-8.
2. SanteMentale. Le suicide première cause de mortalité maternelle jusqu'à un an après la grossesse [Internet]. *Santé Mentale*. 2024. Available from: <https://www.santementale.fr/2024/04/un-deces-maternel-de-cause-psychiatrique-toutes-les-trois-semaines-en-france/>
3. Doncarli A, Tebeka S, Demiguel V, Lebreton É, Deneux-Tharoux C, Boudet-Berquier J, et al. Prévalence de la dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires à deux mois post-partum : données de l'Enquête nationale périnatale 2021 en France hexagonale.
4. Rapport public : La politique de périnatalité. 6 mai 2024; Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-politique-de-perinatalite>
5. Onzième Révision de la Classification internationale des maladies (CIM-11).
6. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd. ; DSM-5 ; American Psychiatric Association, 2013).
7. Agbokou C, Ferreri F, Nuss P, Peretti CS. Clinique des dépressions maternelles postnatales. *EMC - Psychiatrie*. janv 2011;8(4):1-7.
8. Moldenhauer JS. Dépression du post-partum [Internet]. Vol. 2024. *Le Manuel MSD*; 2024. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gynecologie-et-obstetrique/soins-du-post-partum-et-troubles-associes/depression-du-post-partum>
9. Bobo WV, Yawn BP. Concise Review for Physicians and Other Clinicians: Postpartum Depression. *Mayo Clinic Proceedings*. juin 2014;89(6):835-44.
10. Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry*. 1997;58 Suppl 15:26-32.
11. Maternal depression and child development. *Paediatr Child Health*. oct 2004;9(8):575-98.
12. Haute Autorité de Santé. Accompagnement médico-psychosocial des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal. 11 janv 2024;
13. Eléonore Bleuzen, Sarah Benjilany, Adrien Gantois, Myriam Kheniche, Nathalie Baunot, Sophie Guillaume, Nathalie Piquée, Priscille Sauvegrain, Laurent Gaucher. EPNP Préconisation CNSF [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.cnsf.asso.fr/preconisations-cnsf-entretien-postnatal-precoce/>

14. OMS. RECOMMANDATIONS DE L'OMS POUR LES SOINS POSTNATAUX DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ [Internet]. 2017 Dec. Available from: https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/GAB-MN-48-01-OPERATIONALGUIDANCE-fra-WHO-Recommendations-Postnatal-Mother-Newborn-Care.pdf?utm_source=chatgpt.com
15. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression: Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med.* juill 1997;12(7):439-45.
16. Long MM, Cramer RJ, Leiferman JA, Bennington LK, Paulson JF. Perinatal Depression Educational Training for Graduate Nursing Students. *Community Health Equity Research & Policy.* juill 2022;42(4):381-9.
17. Dennis C, Chung-Lee L. Postpartum Depression Help-Seeking Barriers and Maternal Treatment Preferences: A Qualitative Systematic Review. *Birth.* déc 2006;33(4):323-31.
18. Schwartz H, McCusker J, Law S, Zekowitz P, Somera J, Singh S. Perinatal Mental Healthcare Needs Among Women at a Community Hospital. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada.* mars 2021;43(3):322-328.e1.
19. Gajaria A, Ravindran AV. Interventions for perinatal depression in low and middle-income countries: A systematic review. *Asian Journal of Psychiatry.* oct 2018;37:112-20.
20. Lakshminarayanan M, Kathuria N, Mehra S. Delivery of perinatal mental health services by training lay counselors using digital platforms. *Asian Journal of Psychiatry.* déc 2020;54:102277.
21. Koly KN, Baskin C, Khanam I, Rao M, Rasheed S, Law GR, et al. Educational and Training Interventions Aimed at Healthcare Workers in the Detection and Management of People With Mental Health Conditions in South and South-East Asia: A Systematic Review. *Front Psychiatry.* 11 oct 2021;12:741328.
22. Branquinho M, Shakeel N, Horsch A, Fonseca A. Frontline health professionals' perinatal depression literacy: A systematic review. *Midwifery.* août 2022;111:103365.
23. Arefadib N, Cooklin A, Nicholson J, Shafiei T. Postnatal depression and anxiety screening and management by maternal and child health nurses in community settings: A scoping review. *Midwifery.* sept 2021;100:103039.
24. Magdalena CD, Tamara WK. Antenatal and postnatal depression – Are Polish midwives really ready for them? *Midwifery.* avr 2020;83:102646.
25. Noonan M, Doody O, Jomeen J, O'Regan A, Galvin R. Family physicians perceived role in perinatal mental health: an integrative review. *BMC Fam Pract.* déc 2018;19(1):154.

26. Glasser S, Levinson D, Bina R, Munitz H, Horev Z, Kaplan G. Primary Care Physicians' Attitudes Toward Postpartum Depression: Is It Part of Their Job? *J Prim Care Community Health*. janv 2016;7(1):24-9.
27. Noonan M, Doody O, Jomeen J, Galvin R. Midwives' perceptions and experiences of caring for women who experience perinatal mental health problems: An integrative review. *Midwifery*. févr 2017;45:56-71.
28. Docherty A, Najjar R, Combs S, Woolley R, Stoyles S. Postpartum depression screening in the first year: A cross-sectional provider analysis in Oregon. *J Am Assoc Nurse Pract*. avr 2020;32(4):308-15.
29. Stacy M, Dwyer E, Kremer M, Schulkin J. Obstetrician/Gynecologists' Knowledge, Attitudes, and Practice Regarding Suicide Screening Among Women. *Journal of Women's Health*. 18 août 2022;jwh.2021.0646.
30. Elkhodr S, Saba M, O'Reilly C, Saini B. The role of community pharmacists in the identification and ongoing management of women at risk for perinatal depression: A qualitative study. *Int J Soc Psychiatry*. févr 2018;64(1):37-48.
31. McLachlan HL, Forster DA, Collins R, Gunn J, Hegarty K. Identifying and supporting women with psychosocial issues during the postnatal period: Evaluating an educational intervention for midwives using a before-and-after survey. *Midwifery*. oct 2011;27(5):723-30.
32. 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. *Journal of Affective Disorders*. juill 2006;93(1-3):169-76.
33. Ahlqvist-Björkroth S, Axelin A, Korja R, Lehtonen L. An educational intervention for NICU staff decreased maternal postpartum depression. *Pediatr Res*. juin 2019;85(7):982-6.
34. Burtchen N, Alvarez-Segura M, Mendelsohn AL, Dreyer BP, Castellanos FX, Catapano P, et al. SCREENING FOR SUSTAINED SOCIAL WITHDRAWAL BEHAVIORS IN SIX-MONTH-OLD INFANTS DURING PEDIATRIC PRIMARY CARE VISITS: RESULTS FROM AN AT-RISK LATINO IMMIGRANT SAMPLE WITH HIGH RATES OF MATERNAL MAJOR DEPRESSIVE DISORDER. *Infant Mental Health Journal*. nov 2013;34(6):542-52.
35. Jardri R. Le dépistage de la dépression postnatale : revue qualitative des études de validation de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Devenir*. 2004;16(4):245.
36. Byatt N, Biebel K, Moore Simas TA, Sarvet B, Ravech M, Allison J, et al. Improving perinatal depression care: the Massachusetts Child Psychiatry Access Project for Moms. *General Hospital Psychiatry*. mai 2016;40:12-7.

37. Byatt N, Straus J, Stopa A, Biebel K, Mittal L, Moore Simas TA. Massachusetts Child Psychiatry Access Program for Moms: Utilization and Quality Assessment. *Obstetrics & Gynecology*. août 2018;132(2):345-53.
38. Sawyer A, Kaim A, Le HN, McDonald D, Mittinty M, Lynch J, et al. The Effectiveness of an App-Based Nurse-Moderated Program for New Mothers With Depression and Parenting Problems (eMums Plus): Pragmatic Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 4 juin 2019;21(6):e13689.
39. Sawyer AC, Kaim AL, Reece CE, McDonald D, Le HN, Clark J, et al. Evaluating the Effectiveness of an App-Based Nurse-Moderated Program for New Mothers With Depression and Parenting Problems (eMums Plus): Protocol for a Pragmatic Randomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc*. 16 janv 2019;8(1):e11549.
40. Zafar S, Sikander S, Hamdani SU, Atif N, Akhtar P, Nazir H, et al. The effectiveness of Technology-assisted Cascade Training and Supervision of community health workers in delivering the Thinking Healthy Program for perinatal depression in a post-conflict area of Pakistan – study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. déc 2016;17(1):188.
41. Shafiei T, McLachlan HL, Dennis CL, Nicholson JM, Nguyen T, Shiell A, et al. Preventing postnatal depression in new mothers using telephone peer support: protocol for the DAISY (Depression and Anxiety peer Support study) multi-centre randomised controlled trial. *BMJ Open*. mai 2024;14(5):e087477.
42. Van Lieshout RJ, Layton H, Savoy CD, Haber E, Feller A, Biscaro A, et al. Public Health Nurse-delivered Group Cognitive Behavioural Therapy for Postpartum Depression: A Randomized Controlled Trial. *Can J Psychiatry*. juin 2022;67(6):432-40.
43. Layton H, Bendo D, Amani B, Bieling PJ, Van Lieshout RJ. Public health nurses' experiences learning and delivering a group cognitive behavioral therapy intervention for postpartum depression. *Public Health Nursing*. nov 2020;37(6):863-70.
44. Diebold A, Ciolino JD, Johnson JK, Yeh C, Gollan JK, Tandon SD. Comparing Fidelity Outcomes of Paraprofessional and Professional Delivery of a Perinatal Depression Preventive Intervention. *Adm Policy Ment Health*. juill 2020;47(4):597-605.
45. Milgrom J. Dépistage et traitement de la dépression postnatale (DPN): Une approche cognitiviste et comportementale. *Devenir*. 2001;13(3):27.
46. Mental healthcare Providers - Northwestern Mothers & Babies [Internet]. Northwestern Mothers & Babies. 2024. Available from: <https://www.mothersandbabiesprogram.org/providers/>
47. Beasley DR. An Online Educational Intervention to Influence Medical and Nurse Practitioner Students' Knowledge, Self-Efficacy, and Motivation for Antepartum Depression Screening and Education. *Nursing for Women's Health*. févr 2021;25(1):43-53.

48. King L, Pestell S, Farrar S, North N, Brunt C. Screening for antenatal psychological distress. *British Journal of Midwifery*. juin 2012;20(6):396-401.
49. Ahlqvist-Björkroth S, Boukydis Z, Axelin AM, Lehtonen L. Close Collaboration with Parents™ intervention to improve parents' psychological well-being and child development: Description of the intervention and study protocol. *Behavioural Brain Research*. mai 2017;325:303-10.
50. Byrne A. Longitudinal impact of an online interdisciplinary perinatal mental health module on Healthcare Professionals' knowledge, skills, attitudes and confidence: A qualitative evaluation. *Nurse Education in Practice*. févr 2024;75:103879.
51. MCPAP for moms [Internet]. Available from: <https://www.mcpapformoms.org/>
52. ACTION : Formation – FFRSP [Internet]. Available from: <https://ffrsp.fr/action-formation/>
53. Appleby L. Le traitement de la dépression postnatale. *Devenir*. 2001;13(3):21.
54. Westphal V. Crise de l'attractivité en psychiatrie : état des lieux et perspectives par Frank Bellivier [Internet]. *Santé Mentale*. 2023. Available from: <https://www.santementale.fr/2023/01/crise-de-lattractivite-en-psychiatrie-frank-bellivier-dresse-un-etat-des-lieux-et-des-perspectives/>
55. Unités mère-enfant - Société Marcé Francophone [Internet]. Société Marcé Francophone. Available from: <https://societemarcefrancophone.fr/unites-mere-enfant/>
56. Belzeaux R, Gressier F, Boudieu L, Arnould A, Moreau E, Pastol J, et al. French Society for Biological Psychiatry and Neuropsychopharmacology and French-speaking Marcé Society guidelines for the management of mood disorders in women before, during, and after pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. août 2024;27(4):595-605.
57. Association Maman Blues. Association Maman Blues [Internet]. Association Maman Blues. Available from: <https://www.maman-blues.fr/>

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de Whooley

1. During the past month, have you often been bothered by feeling down, depressed or hopeless?

Yes

No

2. During the past month, have you often been bothered by little interest or pleasure in doing things?

Yes

No

“Yes” to one (or both) questions = positive test (requires further evaluation)

“No” to both questions = negative test (not depressed)

Annexe 2 : Questionnaire envoyé aux étudiantes sage-femmes, 4 mois après la formation proposée aux 5^{ème} année.

Repérage des symptômes de dépression maternelle chez les étudiants sage-femme

Vous avez bénéficié d'une formation au repérage des symptômes de la dépression maternelle en janvier dernier lors d'une demi-journée à Présage. Ce questionnaire anonyme, d'une durée de quelques minutes, nous permettra d'évaluer l'intérêt de cette journée plusieurs mois après et s'inscrit également dans le cadre d'un travail de thèse autour de la formation de professionnels de soins primaires au dépistage de la dépression maternelle.

* Indique une question obligatoire



1. A combien évaluez-vous vos compétences concernant le repérage des facteurs * de risque de la dépression maternelle AVANT la formation?

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucune connaissance Excellentes connaissances

2. A combien évaluez-vous vos compétences concernant le repérage des premiers *
signes de dépression maternelle AVANT la formation?

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune connaissance <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Excellentes connaissances										

3. Avez-vous été en activité professionnelle depuis la formation (stage) *

Une seule réponse possible.

- oui *Passer à la question 4*
- non *Passer à la question 5*

Type d'exercice

4. Quelle activité avez-vous exercée ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Anténatale hospitalier
- Anténatale ambulatoire
- Postnatale précoce en maternité
- Postnatale ambulatoire

Dépistage

5. Avez-vous dépisté des cas de dépression maternelle depuis la formation? *

Une seule réponse possible.

- Oui, plusieurs *Passer à la question 7*
- Oui, à une reprise *Passer à la question 7*
- Non, jamais *Passer à la question 6*

Dépistage

6. Si non, pour quelle(s) raison(s)? Avez-vous identifié des freins particuliers au repérage? *

Formation

7. A combien évaluez-vous vos compétences concernant le repérage des facteurs de risque de la dépression maternelle APRES la formation? *

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucune connaissance Excellentes connaissances

8. A combien évaluez-vous vos compétences concernant le repérage des premiers signes de dépression maternelle APRES la formation? *

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucune connaissance Excellentes connaissances

9. Avec plusieurs mois de recul, quelles seraient vos attentes concernant votre formation pour vous aider à améliorer vos compétences dans le repérage des symptômes de la dépression maternelle? (Type de formation ex : mise en situation/ cours théorique/ supervision de cas . Outils ex : échelle/ algorithme décisionnel/ outil numérique) *

Merci beaucoup pour votre participation



Annexe 3 : EPDS

Date du jour :	Lieu de consultation :
Votre nom :	Nom du consultant :
Votre prénom :	
Votre date de naissance :	Date de naissance de votre bébé :
Votre adresse :	Votre N° de Tel :

Questionnaire EPDS d'évaluation d'un état dépressif « Edinburg Postnatal Scale »

Vous venez d'avoir un bébé.
Nous aimerions savoir comment vous vous sentez.

Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en entourant le chiffre correspondant à la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est à dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui.

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER :

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

- 0 Aussi souvent que d'habitude
- 1 Pas tout à fait autant
- 2 Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- 3 Absolument pas

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

- 0 Autant que d'habitude
- 1 Plutôt moins que d'habitude
- 2 Vraiment moins que d'habitude
- 3 Pratiquement pas

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

- 0 Non, pas du tout
- 1 Presque jamais
- 2 Oui, parfois
- 3 Oui, très souvent

(4-) Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif

- 0 Non, pas du tout
- 1 Presque jamais
- 2 Oui, parfois
- 3 Oui, très souvent

(5-) Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison

- 3 Oui, vraiment souvent
- 2 Oui, parfois
- 1 Non, pas très souvent
- 0 Non, pas du tout

(6-) J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements

- 3 Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- 2 Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- 1 Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- 0 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

- 3 Oui, la plupart du temps
- 2 Oui, parfois
- 1 Pas très souvent
- 0 Non, pas du tout

(8-) Je me suis sentie triste ou peu heureuse

- 3 Oui, la plupart du temps
- 2 Oui, très souvent
- 1 Pas très souvent
- 0 Non, pas du tout

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

- 3 Oui, la plupart du temps
- 2 Oui, très souvent
- 1 Seulement de temps en temps
- 0 Non, jamais

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

- 3 Oui, très souvent
- 2 Parfois
- 1 Presque jamais
- 0 Jamais

Annexe 4 : ADBB

ALARME DETRESSE BEBE (ADBB) A. Guedeney, 2012©

Chaque item est coté de 0 à 4.

- 0 : Pas de comportement anormal de retrait
- 1 : Comportement discrètement anormal
- 2 : Comportement nettement anormal
- 3 : Comportement très nettement anormal
- 4 : Comportement massivement anormal

L'échelle est au mieux remplie par l'observateur lui-même, sur la base de ses propres observations, juste après la consultation. On évalue d'abord le comportement spontané, puis la réaction aux stimulations (sourire, voix, geste, toucher, etc...), en suivant l'évolution des réactions tout au long de l'examen. La valeur correspond à la réaction la plus significative pendant toute la durée de l'observation. En cas d'hésitation entre deux valeurs de l'échelle, on applique la gradation ci-dessus. **En cas de doute, on applique la valeur la plus basse.**

1 EXPRESSION DU VISAGE. Diminution de l'expressivité du visage:

0 1: 2: 3: 4

2 CONTACT VISUEL. Diminution du contact visuel:

0 1: 2: 3: 4

3 ACTIVITE CORPORELLE. : Diminution de la mobilité de la tête, du torse et des membres, sans prendre en compte l'activité des mains et des doigts

0 1: 2: 3: 4

4 GESTES D'AUTO-STIMULATION. L'enfant se centre son corps (doigts, mains, cheveux, succion du pouce, frottement répétitifs...), d'une manière automatique, sans plaisir, et de façon apparaissant détachée du reste de son activité :

0 1: 2: 3: 4

5 VOCALISATIONS. Diminution des vocalisations, qu'elles traduisent le plaisir (gazouillis, rire, babil, lallations, cris aigus de plaisir), mais aussi le déplaisir, l'anxiété ou la douleur (cris, geignements et pleurs) :

0 1: 2: 3: 4

6 VIVACITE DE LA REACTION A LA STIMULATION. Diminution de la vivacité de la réaction à la stimulation, au cours de l'examen (sourire, voix, toucher). Note: ce n'est pas l'ampleur de la réponse qui est évaluée ici, mais le délai de la réponse ; **l'absence de réaction ne permet pas de coter:**

0 1: 2: 3: 4

7 RELATION. Diminution de l'aptitude de l'enfant à entrer en relation, avec l'observateur, l'examineur ou toute personne présente dans la pièce, excepté celle qui s'occupe habituellement de l'enfant. La relation est évaluée par le comportement, le contact visuel, la réaction aux stimulations :

0: 1: 2: .3: 4:

8 - ATTRACTIVITE. Effort d'attention nécessaire pour rester en contact avec l'enfant, et sentiment de plaisir ou d'inquiétude que procure le contact avec l'enfant, **et le sentiment subjectif de durée de l'examen :**

0: 1: 2: 3: 4

Nom/N° :

Age : Examineur

Total:

Annexe 5 : PHQ-9

**QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT
- 9
(PHQ-9)**

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?
(Veuillez cocher (✓) votre réponse)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout
difficile(s)

Assez
difficile(s)

Très
difficile(s)

Extrêmement
difficile(s)

Colonnes de Beck

Ce PDF est modifiable : vous pouvez remplir les cases inférieures.

Date	Situation	Emotions	Pensées automatiques	Pensées rationnelles	Résultat
Date du moment où les émotions et pensées ont surgi	Description de l'événement, la situation, le moment associé à l'émotion désagréable	Quelle pensée automatique a précédé, accompagné ou suivi l'émotion ? Évaluez le degré de croyance en cette pensée de 0 à 10 Quelle pensée automatique a précédé, accompagné ou suivi l'émotion ? Évaluez le degré de croyance en cette pensée de 0 à 10	Quelle pensée automatique a précédé, accompagné ou suivi l'émotion ? Évaluez le degré de croyance en cette pensée de 0 à 10	Quelles pensées rationnelles pouvez-vous produire pour répondre à la pensée automatique ? Évaluez le degré de croyance en cette pensée automatique de 0 à 10	Réévaluez les émotions ressenties et votre degré de croyance vis-à-vis de la pensée automatique

Annexe 7 : Scénarios de jeux de rôles proposés aux étudiantes sage-femmes

Scénario	Scénario 1 EPP à 23 SA	Scénario 2 EPNP à 4 semaines	Scénario 3 Visite à domicile à J 12 Post Partum
Actrice	<p>Femme de 30 ans ATCD de violences conjugales, de scarifications, de burn-out Anti dépresseur par le passé. Pas de traitement en cours. Insomnies Angoisse à l'évocation de l'accouchement.</p>	<p>Femme de 23 ans 2ème enfant. ATCD de viol il y a 3 ans. Accouchement voie basse difficile du fait de symptômes de reviviscences traumatiques. Syndrome de stress post traumatique avec idées suicidaires associées. Elle vient avec son bébé sans le partenaire qui a repris le travail. Fils aîné à l'école Les idées suicidaires sont scénarisées par précipitations d'un pont, elle n'identifie pas de facteur protecteur, évolution des idées suicidaires depuis 48h</p>	<p>Patiente 35 ans, 3ème enfant. Pas d' ATCD psychiatrique. Dans les échanges, la patiente met en avant les difficultés avec son bébé: pas assez de lait, elle est fatiguée par les tétées nocturnes mais ne souhaite pas arrêter l'AM, vécu de culpabilité par rapport aux 2 aînés, se dit épuisée, débordée, réurgitations, coliques, il refuse d'être posé, hyper extension du nouveau-né. Dépression d'intensité légère. EPDS score léger 12</p>
Sage-femme	<p>Vous êtes sage-femme en maternité, vous recevez une patiente pour son entretien prénatal.</p>	<p>Vous êtes sage-femme libérale, vous recevez une patiente pour un entretien postnatal précoce.</p>	<p>Vous êtes sage-femme de PMI, vous vous rendez chez une patiente que vous connaissez. Vous l'avez suivi pour son 2ème né à 34SA. Elle vous a appelé hier pour contrôle du poids de son 3ème né il y a 12 jours.</p>
Attentes	<p>Interroger les facteurs de vulnérabilité Suggérer la présence du coparent pour le prochain entretien. Orienter la patiente vers la psychologue ou psychiatre selon protocole de la maternité, se mettre en contact avec médecin traitant si la patiente est d'accord</p>	<p>Evaluer l'urgence pour la femme et les enfants sur le plan psychiatrique Ne pas laisser partir la patiente Appel 31 14 ou équipe proche pour évaluation psychiatrique en urgence Appeler le père pour récupérer le bébé et l'informer de la situation</p>	<p>Repérer les difficultés du lien d'attachement Repérer les répercussions sur le nouveau-né Rechercher les signes de gravité Soliciter la psychologue de PMI, travail de réévaluation, aides travailleuses familiales, puer de la PMI Questionner la présence du père et de la famille/proches</p>

Annexe 8 : Résultats de la revue de littérature

Catégorie	Référence	Type d'étude	Année	Pays	Participants	Interventions	Résultats
Etats des connaissances et des pratiques. Evaluation du besoin de formation	DOI : 10.1016/j.midw.2021.103039	Revue de littérature sur 23 articles	2021	Australie	Sage-femmes et infirmières	Revue de littérature	Les IDE comprennent leur rôle dans l'identification et le soutien des mères à risque ou souffrant de DPP. De multiples obstacles remettent en cause le niveau et la qualité des soins qu'elles fournissent. Bien que les lignes directrices sur les meilleures pratiques pour l'identification et la gestion de la DPP reflètent largement les données de la recherche, l'examen a identifié des écarts entre les données de la recherche et la pratique clinique. De nombreux facteurs liés aux praticiens et aux organisations ont un impact sur la mise en œuvre.
	DOI : 10.1177/215131915611827	Etude transversale	2015	Israël	Généralistes et Pédiatres (n =224)	Enquête par questionnaire envoyée à l'ensemble des pédiatres et généralistes de Clalit (organisation de soins de santé à but non lucratif) dans 8 régions du pays.	98 % des répondants ont estimé qu'il était important qu'ils soient capables de reconnaître les signes de DPP. Six répondants ont déclaré qu'ils traiteraient le cas eux-mêmes. Les médecins généralistes ont rapporté une grande diversité de connaissances et de sensibilisation aux symptômes de la DPP. Le principal obstacle retrouvé était le manque de reconnaissance des symptômes.
	DOI :10.1089/jwh.2021.0646	Etude quantitative	2022	Etats-Unis	Gynécologues obstétriciens	Questionnaire portant sur le suicide. Une enquête de 53 questions a été distribuée au <i>Pregnancy-Related Care Research Network</i> , évaluant les pratiques, les attitudes et les connaissances concernant l'évaluation et la gestion du risque de suicide, ainsi que l'expérience personnelle du suicide.	Le taux de réponse était de 31,9 %. Les gynécologues obstétriciens ont déclaré dépister plus fréquemment les idées/intentions/comportements suicidaires chez les patientes enceintes et en post-partum que chez les patientes non enceintes/non en post-partum en âge de procréer. L'outil d'évaluation le plus courant était l'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg ; la moitié des personnes interrogées posaient des questions sur les idées/comportements suicidaires passés ou les pensées/projets actuels.
	DOI : 10.1186/s12875-018-0843-1	Revue de littérature sur 13 articles	2018	Irlande	Médecin traitant	Revue de littérature	29,9 % n'évaluent pas la DPP dans les suites d'un accouchement. 80% seraient d'accord pour utiliser un bref questionnaire de dépistage.

Catégorie	Référence	Type d'étude	Année	Pays	Participants	Interventions	Résultats
Etats des connaissances et des pratiques. Evaluation du besoin de formation	DOI : 10.1016/j.jogc.2020.08.015	Etude descriptive sur l'utilisation de ressources de santé mentale par les mères présentant une DPP	2021	Canada	Mères avec un EPDS > 10 à 2 semaines post partum (n=73)	Recueil des données à 4 mois via appels téléphoniques.	37 % estiment leurs besoins en santé mentale non satisfaits. Les préférences pour un soutien supplémentaire comprenaient des ressources en ligne (30 %), un soutien téléphonique (28 %) et des brochures (25 %). Le manque de temps (38 %) et le manque de moyen de garde d'enfants (23 %) étaient les principaux obstacles à la recherche d'aide.
	DOI : 10.1177/002076417746198	Etude qualitative	2021	Australie	Pharmaciens (n=20)	Entretiens semi-dirigés réalisés auprès de pharmaciens.	Les pharmaciens soulignent leur importance dans la reconnaissance des symptômes et l'accompagnement médicamenteux. Ils mettent en évidence leur manque de formation.
	DOI : 10.1097/JXX.000250	Etude descriptive transversale	2020	Etats-Unis, Oregon	Prestataires de soins primaires (n=55)	Recueil des données sur les pratiques et le calendrier de dépistage comparé aux directives de l' <i>American Academy of Pediatrics (AAP)</i> et de la <i>National Association of Pediatric Nurse Practitioner (NAPNAP)/US Preventative Services Task Force.</i>	31 % n'ont respecté aucune des directives de dépistage. Les obstacles au dépistage les plus courants étaient la connaissance limitée et/ou la disponibilité des services d'orientation.
	DOI : 10.1016/j.mjd.2022.103365	Revue de littérature sur 43 articles	2022	Portugal	Professionnels de santé de première ligne (sont exclus les étudiants et pharmaciens)	Revue de littérature	Les professionnels de santé présentaient des niveaux de connaissances moyens. Des études ont fait état d'une difficulté générale chez les professionnels de la santé à définir la dépression post-natale et à la différencier d'autres problèmes et affections de santé mentale, tel que le baby blues.
	DOI : 10.1016/j.mjd.2016.12.010	Revue de littérature	2016	Irlande	Sage-femmes	Revue de littérature	Les sage-femmes reconnaissent généralement leur rôle dans les soins de santé maternels et infantiles.
	DOI : 10.1016/j.mjd.2020.102646	Etude qualitative	2020	Pologne	Sage-femmes (n=142) travaillant dans 2 hôpitaux de Gdansk (Pologne)	Les sage-femmes ont reçu une enveloppe contenant un questionnaire/un test/une étude de cas.	20% ont reçu une préparation pédagogique. 80% ont admis ne pas être suffisamment préparées sur le plan pédagogique au dépistage et à la prise en charge des femmes souffrant de DPP. Elles ont estimé que leurs connaissances et leurs compétences en matière d'évaluation de l'état mental des femmes étaient nettement inférieures à leurs connaissances et compétences dans d'autres tâches professionnelles.

Catégorie	Référence	Type d'étude	Année	Pays	Participants	Interventions	Résultats
Types de formation proposées	DOI : doi.org/10.12968/ bjom.2012.20.6.396	Quasi- expérimental, pré-post test	2013	Royaume- Uni	Personnel de maternité hospitalière (n = 126), personnel de maternité communautaire (n = 23)	Le personnel de la maternité de l'hôpital communautaire a participé à une formation en évaluation psychologique. La formation s'est déroulée en trois séances de deux heures chacune. La formation a été menée par un psychologue clinicien ou un conseiller. Le personnel a été invité à évaluer son niveau de confiance avant et après la formation. Un programme de formation aux compétences avancées en communication a été mis en place. Les sage-femmes ont assisté à sept séances sur une période de six mois. Les thèmes des ateliers exploiraient les aspects de la prestation de soins centrés sur la femme pour les femmes en période périnatale. Le programme utilisait des ressources fondées sur des données probantes ainsi que des jeux de rôle et des commentaires avec des patients simulés.	Les tests T ont montré que la confiance du personnel dans tous les domaines était considérablement accrue en participant au programme de formation.
	DOI : doi.org/10.1016/ j.midw.2010.01.008	Conception de l'enquête avant-après	2011	Australie, Victoria	Sage-femmes (n =25) dans deux hôpitaux		Les sage-femmes se sentaient plus confiantes dans leurs connaissances des problèmes psychosociaux et dans leur capacité à soutenir les femmes confrontées à ces problèmes au début de la période post-natale après le programme éducatif.
	DOI : 10.1186/s1 3063-016-1308-2	Essai contrôlé randomisé	2016	Pakistan	Agents de santé communautaires (n=80) appelés Lady Health Workers (LHW) en zone rurale post-conflit	Démontrer si les LHW au Pakistan atteignent le même niveau de compétence auprès des mères déprimées s'ils sont formés à l'aide de la technologie par rapport à une formation par des spécialistes. Matériel d'intervention disponible sur tablette.	Le principal résultat de l'étude est le score moyen de compétence après la formation et à 3 mois. Pas de différence de niveau de formation entre la formation classique et la formation via la technologie. Permet de former massivement via la technologie.
	DOI : 10.1016/j.nwh. 2020.11.004	Etude quasi- expérimentale	2021	Etats-Unis, Floride	Etudiants en médecine et étudiants IDE (n=71)	Activité d'apprentissage autodirigée sous la forme d'une présentation sur la plateforme virtuelle REDCap. Test des connaissances avant et après l'intervention à l'aide de l'examen « <i>Speak Up When You're Down</i> » - <i>Postpartum Depression Awareness Campaign.</i>	Augmentation moyenne des scores de connaissances, d'auto-efficacité et de motivation.

Catégorie	Référence	Type d'étude	Année	Pays	Participants	Interventions	Résultats
Types de formation proposées	DOI : 10.1177/0272684X211004685	Quasi-expérimental. Evaluation pré et post intervention	2021	Etats-Unis	Etudiants infirmiers (n=59)	Formation en ligne d'une heure « <i>Prise en charge des troubles de l'humeurs pendant la grossesse</i> ».	Evaluation de la formation via auto-questionnaire post-intervention. Amélioration de 80% des connaissances sur le sujet et des aptitudes globales des étudiants à évoquer le sujet.
	DOI : 10.1038/s41390-019-0306-y	Etude de cohorte	2019	Finlande, Unité de soins intensifs néonataux de l'hôpital de Turku.	Mères (n=145) ayant donné naissance à des enfants de faible poids <1500 g	Mesure des scores d'EPDS dans 2 cohortes de mères comparables. La première cohorte est pré-intervention (formation des professionnels de santé), la seconde est post-intervention.	Score d'EPDS plus faible dans la cohorte post intervention.
	DOI : 10.1097/AOG.0000000000002688	Etude qualitative	2018	Etats-Unis	Professionnels de santé travaillant avec le programme MCPAP issus de 2 cabinets d'obstétriques (n=35)	Groupes de discussion entre professionnels utilisateurs du programme et entretiens semi-dirigés.	Les professionnels de soins ont estimé que <i>MCPAP for Moms</i> leur permettait de détecter et de traiter la dépression et aux femmes de révéler leurs symptômes , de demander de l'aide et de commencer un traitement.
	DOI : 10.1016/j.nepr.2024.103879	Etude qualitative	2024	Irlande	Tous les professionnels de santé susceptibles d'être impliqués dans la prestation de soins aux femmes/personnes pendant la période périnatale. (N=6 participants à l'étude tirés au sort)	Evaluation d'une formation indépendante en ligne de niveau Master de 13 semaines. Recueil des données via entretiens.	Les résultats montrent un intérêt des professionnels pour les caractéristiques pédagogiques de l'apprentissage et de l'enseignement interdisciplinaires.

Catégorie	Référence	Type d'étude	Année	Pays	Participants	Interventions	Résultats
Outils d'aide au dépistage et soins de premier recours	DOI: doi.org/10.1002/imhj.21418		2013	Etats-Unis	Dyades mères-enfants (n=155)	Examiner les relations entre le comportement de retrait social du nourrisson et la DPP. Evaluation des bébés par ADBB. Evaluation des mères par entretien psychiatriques.	Les nourrissons de mères déprimées étaient plus susceptibles d'obtenir un score positif à l'ADBB (75,8 contre 31,0 %, $p < 0,001$) et présentaient des schémas distincts de comportement de retrait.
	DOI: 10.1016/j.ajp.2018.08.014	Revue de la littérature	2018	Pays à revenus faibles et intermédiaires	Etude concernant les interventions contre la DPP mises en place	Revue de littérature portant sur les interventions dans des pays à faible revenu.	La plupart des interventions étaient de nature psychosociale et souvent fournies par des agents de santé non professionnels.
	DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102277	Revue de littérature	2020	Inde	Etude concernant les interventions d'agents non professionnels de santé	Revue de littérature	Les interventions dispensées par des conseillers non spécialisés au niveau local sont une alternative efficace.
	DOI: 10.1111/phn.12807	Etude qualitative avec approche phénoménologique	2020	Arabie Saoudite	Infirmières de Santé Publique (n=6)	Exploration de l'expérience de 6 IDE de santé publique formées pour proposer des TCC de groupe dans le cadre des DPP.	Impact positif de la TCC sur les mères souffrant de DPP. Valorisation du rôle des IDE par l'utilisation de cet outil.
	DOI: 10.2196/13689	Essai contrôlé randomisé	2019	Australie	Les mères contactées pour le bilan de santé post-natal proposé à toutes les mères en Australie du Sud (n=133)	Efficacité d'une intervention de groupe en ligne de 4 mois dirigée par une infirmière, délivrée à des nourrissons âgés de 2 à 6 mois, par rapport aux résultats des soins standard. Evaluation par échelle EPDS et la qualité des soins maternels évaluée à l'aide de l'indice de stress parental (PSI) ainsi que les interactions mère-enfant évaluées par vidéo aux 8 mois de l'enfant.	Pas de différence des scores d'EPDS mais score de PSI plus faible à 8 mois post-intervention (meilleure interaction avec l'enfant). Selon les participantes, l'intervention était utile et l'application était facile à utiliser.

Catégorie	Référence	Type d'étude	Année	Pays	Participants	Interventions	Résultats
Outils d'aide au dépistage et soins de premier recours	DOI : 10.1177/07067437221074426	Etude expérimentale	2022	Canada	Mères (n=141) avec EDPS>10 et un nourrisson <12 mois	Randomisation des mères en deux groupes : 1er groupe= traitement habituel seul (médicament +/- psychothérapie individuelle). 2ème groupe= Traitement habituel + 9 séances de TCC de groupe proposées par des IDE de santé publique.	Les résultats montrent que le groupe expérimental à trois fois et demie plus de chances d'obtenir une réduction cliniquement significative des scores EPDS (≥ 4 points) par rapport aux participants témoins.
	DOI : 10.1136/bmjopen-2024-087477	Essai contrôlé randomisé multicentrique en simple aveugle	2024, En cours	Australie, Melbourne	Mères éligibles recrutées dans unité post-natal de 2 maternités, 4 semaines après l'accouchement (n=1060)	Randomisation en deux groupes: 1er groupe= soins habituels, (services communautaires post-partum standard qui leur sont proposés), 2ème groupe= soins d'intervention, pour recevoir un soutien téléphonique proactif d'un pair bénévole pendant 6 mois, en plus des services communautaires standard.	Résultats : comparaison de la proportion de femmes ayant obtenu un score > 12 sur l'EPDS à 6 mois. Etude encore en cours
	DOI : 10.1007/s10488-020-01022-5			Etats-Unis	Mères (n=160) qui adhèrent au programme <i>Mother and Babies</i>	Randomisation en deux groupes. 1er groupe= animé par professionnel de santé mentale. 2ème groupe= animé par des visiteurs de santé ayant reçus une formation TCC. Total de 6 séances.	Les résultats ne suggèrent pas de différence significative entre les 2 groupes. Le programme pourrait donc être appliqué par des personnes non issues du champ de la santé mentale.

AUTEURE : Nom : BOUCHE
Date de soutenance : 4 mars 2025

Prénom : Caroline

Titre de la thèse : Comment former les professionnels de soins primaires à la prévention de la dépression du post-partum ? Revue de littérature narrative et enquête de terrain.

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Psychiatrie

DES : Psychiatrie

Mots-clés : Dépression du post-partum, formation des professionnels de soins primaires, psychiatrie

Résumé :

Contexte : La dépression du post partum (DPP) touche jusqu'à 17% des femmes. Ses conséquences à la fois sur la dyade, mais également sur le cercle familial, et sa prévalence, en font un problème de santé publique majeur et actuel. A la suite d'une expérience de formation auprès des étudiants sage-femme de Lille, nous nous sommes questionnés sur les différentes formations existantes proposées aux professionnels de soins primaires pour prévenir la dépression du post-partum. Cette étude a pour objectif de recenser les programmes de formation existants autour de la dépression du post-partum pour les professionnels de soins primaires afin d'harmoniser les pratiques et d'augmenter l'efficacité du repérage et de la prise en charge des dyades. L'objectif secondaire est le repérage d'outils proposés aux professionnels de soins primaires pour la prévention de la dépression du post-partum en France et dans le monde. **Méthode :** Revue de littérature narrative associée à une enquête de terrain auprès des Dispositifs Spécifiques Régionaux en Périnatalité. **Résultats :** L'ensemble des professionnels de santé allègue un défaut de connaissances dans le repérage des facteurs de risque de DPP mais également dans l'identification des symptômes à la fois maternels et pédiatriques de cette pathologie. Les résultats montrent un intérêt à former l'ensemble des professionnels impliqués en périnatalité. Les formations théoriques via l'utilisation des outils numériques ont montré un intérêt dans la formation à grande échelle. Les résultats mettent également en évidence un intérêt à former les professionnels aux soins de premiers recours psychiques par exemple en développant des formations de TCC, en développant les réseaux de soins et le soutien par les pairs, appuyé par l'utilisation des technologies. L'enquête de terrain auprès des réseaux locaux retrouve peu de formation proposées par les réseaux. Des programmes d'évaluation des besoins sont en cours. **Conclusion :** La réalité de terrain implique l'importance pour l'ensemble des professionnels de périnatalité de savoir repérer les situations à risques, savoir coordonner les soins autour de la dyade, comprendre les enjeux d'un dépistage précoce mais également d'accompagner les dyades vers soins de premiers recours psychiques.

Composition du Jury :

Président : Pr Renaud Jardri

Assesseurs : Dr Aline Picard
Dr Eole Nyangwile

Directeur de thèse : Dr Mathilde Winant