



HAL
open science

A booklet to help for perinatal psychological assistance in maternity wards. Enhancing early screening and continuity of care between pre- and post-natal periods

A. Guedeney, Xavier Benarous

► To cite this version:

A. Guedeney, Xavier Benarous. A booklet to help for perinatal psychological assistance in maternity wards. Enhancing early screening and continuity of care between pre- and post-natal periods. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2021, 205 (6), pp.587-591. 10.1016/j.banm.2020.10.023 . hal-03603412

HAL Id: hal-03603412

<https://u-picardie.hal.science/hal-03603412>

Submitted on 13 Jun 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Un cahier de suivi psychologique périnatal : Favoriser le dépistage et la continuité entre soins pré et postnataux en maternité*

A booklet to help for perinatal psychological assistance in maternity wards. Enhancing early screening and continuity of care between pre and post-natal periods

Antoine GUEDENEY ¹, Xavier BENAROUS ²

¹ Pr Antoine GUEDENEY, MD, Ph.D

Université de Paris, CESP Inserm U 1178 ‘Développement et affect’, Policlinique Jenny Aubry, 124 Blvd Ney, 75018 Paris;

E-mail : antoine.guedeney@aphp.fr

Auteur correspondant

Tirés à part : Professeur Antoine Guedeney, même adresse

² Dr Xavier BENAROUS, MD, MBs

Email : Benarous.Xavier@chu-amiens.fr

CHU Amiens ; Université Picardie Jules Verne ; Unité INSERM UMR-S 1105 Groupe de Recherches sur l'Analyse Multimodale de la Fonction Cérébrale (GRAMFC)

*Séance du 30 mars 2021

Résumé

La dépression prénatale est un problème important de santé publique, avec des conséquences dommageables potentielles sur la femme, sa famille, et sur le développement précoce du bébé. Son dépistage en France est encore très limité, malgré l'existence d'outils de dépistage efficaces. Le suivi de la grossesse en maternité est l'occasion d'un dialogue sur l'état mental, favorisé par ces outils de dépistage que sont l'EPDS, la PRAQ-R2 et la MBIS, tous validés en français. Notre proposition est de les regrouper dans un cahier de suivi périnatal, pour favoriser la continuité du suivi psychologique entre l'anté et le post natal.

Abstract

Prenatal depression is a major public health issue, with potential negative consequences on the women's health, on her family, as well as on the early development of the child. Screening for prenatal depression is still scarce in France, although some very effective screening tools are now available. The pregnancy follow-up is a good opportunity to start a dialogue about the woman's mental health,

using some French validated assessment tools such as the EPDS, the PRAQ-R2 and the MIBS. Our proposition is to gather these scales into a perinatal follow-up booklet in order to ensure some continuity between the pre and post natal periods.

Mots-clés : Soins périnataux ; Dépression/diagnostic ; Études de suivi ; Anxiété ; Relations mère-enfant/psychologie

Key-words: Perinatal Care ; Depression/diagnosis ; Follow-Up Studies ; Anxiety ; Mother-Child Relations/psychology

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en relation avec le contenu de cet article.

INTRODUCTION

La dépression périnatale est une cause de souffrance pour la femme, sa famille, et peut avoir un impact sur le développement de l'enfant dans les formes sévères et durables. Ce terme englobe à la fois les dépressions survenant durant la grossesse (dépression prénatale) et après l'accouchement (dépression du postpartum). La dépression prénatale concernerait entre 8 % et 12 % des femmes [1, 2]. Dans près de la moitié des cas les symptômes dépressifs persisteraient après l'accouchement. La prévalence de la dépression du postpartum est estimée entre 10 % à 15 % en population générale et jusqu'à 25 % dans les groupes plus à risque [3-6]. On distingue un premier pic d'incidence 2 mois après l'accouchement et un second moins élevé à 6 mois [3, 4, 7]. En France, le taux de suicide post natal reste anormalement élevé [8].

QUELS SONT LES ENJEUX D'UN PROGRAMME DE DEPISTAGE PSYCHOLOGIQUE EN PERIODE PERINATAL ?

En France, l'enquête ELFE (*Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance*) a permis de montrer que seules 27 % des patientes déclarant des difficultés psychologiques durant la grossesse bénéficient d'une consultation auprès d'un professionnel de santé (médecin généraliste ou psy). Malgré des contacts réguliers avec divers professionnels de santé (sages-femmes, médecins généralistes, pédiatres, puéricultrices de PMI), entre 50 et 60 % des dépressions périnatales ne sont pas diagnostiquées [9]. La fréquence élevée de la dépression périnatale et son retentissement important pour la mère et l'enfant en font un problème de santé publique qui permet d'envisager des interventions de dépistage systématique selon les recommandations de l'OMS [10].

Il est intéressant de constater que dans l'étude ELFE, seul 11 % des femmes avec des difficultés psychologiques bénéficiaient d'un traitement psychotrope et un tiers d'entre elles recevaient un traitement psychotrope sans suivi psychiatrique spécialisé. Ces résultats montrent l'importance de proposer des programmes de prévention qui facilitent à la fois le repérage mais aussi la prise en charge de la détresse psychologique en permettant l'orientation des femmes vers les soins les plus adaptés [11].

Un dépistage idéal doit être facile à administrer, peu coûteux et le moins contraignant possible pour ceux qui y participent. Par ailleurs, pour les professionnels impliqués dans un programme de prévention de difficultés psychologiques périnatal, les contraintes de temps, le manque de motivation et la crainte de stigmatiser les mères enceintes/jeunes mères constituent les freins les plus souvent rapportés [12]. Enfin, il est important de rappeler que la détresse psychologique durant la période périnatale peut se présenter de façon très différente. L'existence de symptômes d'anxiété sont aussi importants à reconnaître compte tenu de leur impact sur la sensibilité maternelle [13].

LES EXPERIENCES DE PROGRAMMES DE DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DE LA DEPRESSION PERINATALE A L'ETRANGER

La plupart des programmes de prévention psychologique en période périnatale se focalisent sur le dépistage de la dépression périnatale [7]. Une revue de la littérature montre que l'utilisation d'intervention de dépistage des symptômes dépressifs en postpartum réduirait en moyenne la fréquence des troubles dépressifs maternels 3 à 5 mois après la naissance de 59 % à 18 % [7]. Deux grandes études ont évalué l'efficacité de programme de dépistage universelle de la dépression

périnatale pendant et après la grossesse. Dans l'étude conduite à l'hôpital *Kaiser Permanente Northern California*, les symptômes dépressifs étaient systématiquement évalués chez toutes les femmes enceintes à 24 et 28 semaines d'aménorrhée puis à 3 et 8 semaines après l'accouchement [14]. Sur les 96 % patientes dépistées, 14 % avaient une dépression et 6 % une dépression sévère. Sur les patients diagnostiqués 80 % furent traitées, avec une rémission dans 25 % des cas. Dans le programme mis en place au *Massachusetts General Hospital*, les patients étaient dépistés entre 24 et 28 semaines d'aménorrhée et à 6 semaines du postpartum. Sur les patients dépistés, 67 % présentaient une dépression et 37 % un trouble anxieux [15].

Ces dernières années plusieurs sociétés savantes ont recommandé la mise en place de dépistage universelle de la dépression périnatale :

- *L'American College of Obstetricians and Gynecologists* recommande le dépistage systématique des symptômes anxieux et dépressifs dans l'année qui suit l'accouchement à l'aide d'échelles standardisées bien validées [16]
- *US Preventive Services Task Force* recommande le dépistage systématique des femmes enceintes et après l'accouchement [4]
- *Le National Institute for Health and Care Excellence* recommande l'utilisation du questionnaire *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* en cas de réponse positive à aux au moins une des deux questions de repérage des symptômes dépressifs de Whooley (« *Durant le dernier mois, vous êtes-vous déjà sentie déprimés ou sans espoir ? / Durant le dernier mois, avez-vous ressenti moins d'intérêt ou de plaisir dans vos activités quotidiennes ?* ») [17]

CONTEXTE SPECIFIQUE DE LA FRANCE

L'utilisation de questionnaires validés pour le dépistage des syndromes dépressifs durant la période périnatale reste très limitée en France.

Les atouts du système de soin français par rapport à d'autres pays sont la facilité d'accès et la gratuité des soins, ainsi que l'importance des dispositifs de soins de périnatalité existants (réseaux de périnatalité, staffs périnatalité obligatoires, services de Protection Maternelle Infantile).

Toutefois, le manque de coordination entre ces dispositifs nous semble un frein majeur au dépistage de difficultés psychologiques périnatales ; en particulier l'articulation entre les soins prénataux, lors de l'hospitalisation en maternités et postnatales C'est un point important compte tenu de la continuité entre les symptômes anxieux et dépressions tout au long de l'accouchement puis lors de la période du postpartum [2]. Il n'existe pas encore de filière de soins périnataux, dans laquelle s'organise le dépistage et les propositions d'interventions, sans délai, depuis le début de la grossesse jusqu'à la première année postpartum. La mise en place d'un cahier de suivi psychologique périnatal comprenant des outils spécifiques, proposés en anténatal et en post natal viendrait pallier cette situation.

La seconde limite est l'absence dans le système français d'orientation claire et précise des femmes qui présentent des signes de détresse psychologique en période périnatale. La présence d'équipe de liaison psychologique dans les services de maternité doit permettre d'orienter plus facilement ces patientes. A côté des prises en charges non spécifique (psychothérapie, médicamenteux), il existe plusieurs dispositifs qui ont la particularité de se focaliser sur l'interaction mère-bébé comme les thérapies mère-bébé (guidance interactive), des interventions de visites à domicile, ou encore des unités d'hospitalisation mère-bébés pour les cas les plus graves.

DES UTILS DE DEPISTAGE PSYCHOLOGIQUE EN PERINATALITE COMME BOITES DE DIALOGUE AVEC LES MERES

Nous nous sommes intéressés à trois outils de mesure. Ces échelles ont été choisies pour tenir compte de la diversité de symptômes de détresse psychologique périnatale. Les troubles anxieux sans symptômes dépressifs associés sont importants à évaluer compte tenu de leur possible impact sur les interactions mère-bébé [13]. La qualité du lien mère-bébé est importante à évaluer indépendamment des symptômes maternels compte tenu de son implication pronostique sur le développement de la relation mère-enfant et de l'enfant. Enfin, nous avons souhaité retenir des échelles standardisées, ayant de bonnes qualités psychométriques et pouvant être complétées en moins de cinq minutes chacune.

L'échelle *Edinburgh Depression Postnatal Scale* (EPDS) développée par John Cox, Holden [18] est l'outil le plus largement utilisé pour le repérage de la dépression périnatale compte tenu de ses très bonnes qualités psychométriques et de sa simplicité d'utilisation [9]. La première validation française de l'EPDS remonte à 1994, par Nicole Guedeney et les puéricultrices de la Protection Maternelle Infantile de Paris [19, 20]. L'EPDS est un auto-questionnaire de 10 items cotés avec une échelle Likert en 4 points. Le score minimum est 0 et maximum 30. Un seuil à 11 est utilisé pour définir l'existence de symptômes dépressifs en postpartum et à 12 en prénatal. La mère doit remplir seule le questionnaire, sans qu'un proche, en particulier son compagnon, puisse lire ses réponses et les biaiser du fait de la désirabilité sociale. Un point important est de savoir que toute réponse différente de 0 à l'item 10 (« j'ai pensé à me faire du mal ») doit inciter à préciser les pensées et les intentions suicidaires. La formation à l'usage de l'EPDS paraît prioritaire, tant en petite enfance qu'en maternité. La Société Marcé francophone a publié un manuel d'usage et de formation à l'EPDS à l'usage des réseaux périnataux (<http://www.marce-francophone.fr/>). Selon les études, la sensibilité de l'EPDS pour dépister la dépression périnatale est de 59-100 % et la spécificité entre 49-100 % [7].

L'échelle de symptômes anxieux *Pregnancy Anxiety Questionnaire-Revised* (PRAQ-R) est une échelle spécifique d'évaluation des symptômes d'anxiété spécifique de la grossesse [13]. Ce questionnaire à 10 items permet de calculer un score total, et trois sous-scores : un score sur la crainte d'accoucher (items 1, 2, 6), un score concernant la peur de porter un enfant physiquement ou mentalement handicapé (items 4, 8, 9 et 10), et un score sur les inquiétudes par rapport à sa propre apparence physique (items 3, 5 et 7). Le score total présente une bonne consistance interne ($\alpha > .80$), de même que les trois sous échelles ($>.70$).

La *Mother to Infant Bonding Scale* (MBIS) est une échelle spécifique d'évaluation du lien mère-enfant [21]. Il s'agit d'un auto-questionnaire de 8 items coté avec une échelle Likert en 4 points (de '*vraiment beaucoup*' à '*pas du tout*'). Les questions portent sur les sentiments (positifs, neutres ou négatifs) ressentis avec le bébé depuis sa naissance. Le score minimum est 0 et maximum 24. Elle permet le dépistage précoce des troubles de l'instauration du lien mère-bébé, de façon à éviter l'installation de troubles effectifs de la relation. La consistance interne de l'outil est satisfaisante : satisfaisante ($\alpha = 0.71$).

UN CAHIER DE SUIVI PSYCHOLOGIQUE PERINATAL POUR MAINTENIR L'ATTENTION DES PROFESSIONNELS A L'ETAT MENTAL DE LA MERE A TOUTES LES ETAPES DE LA PERIODE PERINATALE

Un cahier de suivi périnatal pourrait être proposé à chaque femme au début du suivi de la grossesse en maternité. Ce document ferait partie intégrante du dossier médical. Il comprendrait des auto-questionnaires bien validés dans cette population évaluant à la fois les symptômes les plus fréquents (comme les symptômes anxieux et dépressifs), les plus sévères (comme les idées suicidaires) et le retentissement sur le lien avec l'enfant à différents moments de la période périnatal.

Nous proposons que les échelles EPDS et le PRAQ-R puissent être complétées par toutes les femmes enceintes au cours du dernier trimestre. L'échelle EPDS serait de nouveau complétée à la maternité juste après l'accouchement ainsi que le MBIS. Ces évaluations seraient refaites à une semaine du postpartum entre 4 et 12 semaines. Une étude pilote évaluant l'application de ce cahier est en cours dans une dizaine de maternités publiques et privées à Paris et à Amiens de façon à en déterminer sa faisabilité, et son acceptabilité.

[Insérer figure 1 ici]

Cependant, la mise en place d'outil de repérage ne suffit pas pour assurer une prévention efficace des difficultés psychologiques périnatales. La disponibilité de soignant spécialisé est un élément clef de l'efficacité des programmes de prévention périnatalité [7]. La généralisation de cet outil suppose non seulement une formation des professionnels de premières lignes et surtout de coordonner un réseau d'aval pour permettre une prise en charge adaptée selon le degré de sévérité des symptômes repérés et les besoins de la femme. Une fois le repérage effectué un temps d'évaluation diagnostique et d'information sur les symptômes doit permettre de rompre le cercle vicieux de la culpabilisation et de l'isolement maternel. La mise en place de ce programme de dépistage nécessite de développer des liens privilégiés avec des structures qui peuvent proposer des services de soins de périnatalité spécialisés pour les cas complexes comme les visites à domicile ou les services du dispositif spécifique PRADO.

CONCLUSION

Le suivi et la prévention des troubles psychologiques pendant la grossesse a beaucoup progressé, avec l'instauration de l'entretien prénatal systématique, bien que ce dispositif soit appliqué à des degrés variables. La césure entre les dispositifs de suivi prénatal et post natal est problématique pour permettre le repérage des symptômes dépressifs du post-partum dont les symptômes peuvent être insidieux. En France, l'usage et la formation aux outils de dépistages validés reste encore très limités. Le taux élevé de suicides en période périnatale [6] rappelle dramatiquement que de nombreuses femmes en situation psychologique difficile échappent à tout dépistage et dès lors à toute aide. Le développement d'un cahier de suivi psychologique en périnatalité vise à utiliser des outils consensuels comme une boîte de dialogue ouvrant l'opportunité d'un dépistage efficaces.

Figures

Figure 1 : Proposition d'utilisation du cahier de suivi psychologique en périnatalité

Note : Les visites de surveillance de la grossesse normales (7 visites prénatales obligatoires, entretien prénatal précoce du 4ème mois) et qui suivent l'accouchement (8ème jour de l'accouchement et visite à 6-8 semaines du postpartum) représentent une opportunité pour proposer des interventions de prévention.

RÉFÉRENCES

1. Gressier F, Letranchant A, Glatigny-Dallay E, Falissard B, Sutter-Dallay AL. Negative impact of maternal antenatal depressive symptoms on neonate's behavioral characteristics. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29(4):515-26.
2. de Tychev C, Spitz E, Briançon S, Lighizzolo J, Girvan F, Rosati A, et al. Pre- and postnatal depression and coping: a comparative approach. *J Affect Disord*. 2005;85(3):323-6.
3. Chabrol H, Teissèdre F, Saint-Jean M, Teisseyre N, Rogé B. Prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude contrôlée. *Devenir*. 2003;15(1):5-25.
4. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*. 2016;315(4):388-406.
5. Sutter-Dallay A-L, Murray L, Glatigny-Dallay E, Verdoux H. Newborn Behavior and Risk of Postnatal Depression in the Mother. *Infancy*. 2003;4(4):589-602.
6. Gerardin P, Wendland J, Bodeau N, Galin A, Bialobos S, Tordjman S, et al. Depression during pregnancy: is the developmental impact earlier in boys? A prospective case-control study. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(3):378-87.
7. Learman LA. Screening for Depression in Pregnancy and the Postpartum Period. *Clin Obstet Gynecol*. 2018;61(3):525-32.
8. Deneux-Tharoux C, Saucedo M. Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, 2010-2012. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2013;42:613-27.
9. Bales M, Pambrun E, Melchior M, Glangeaud-Freudenthal NM, Charles MA, Verdoux H, et al. Prenatal psychological distress and access to mental health care in the ELFE cohort. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2015;30(2):322-8.
10. Wilson JMG, Jungner G. Principles and Practice of Screening for Disease. Geneva: World Health Organization; 1968.
11. Miller LJ, McGlynn A, Suberlak K, Rubin LH, Miller M, Pirec V. Now what? Effects of on-site assessment on treatment entry after perinatal depression screening. *J Womens Health (Larchmt)*. 2012;21(10):1046-52.
12. Prevatt BS, Desmarais SL. Facilitators and Barriers to Disclosure of Postpartum Mood Disorder Symptoms to a Healthcare Provider. *Matern Child Health J*. 2018;22(1):120-9.
13. Reymond C, Derguy C, Wendland J, Loyal D. Validation française d'une échelle d'anxiété spécifique à la grossesse (PRAQ-R2). *Pratiques psychologiques*. 2018:1269-763.
14. Flanagan T, Avalos LA. Perinatal Obstetric Office Depression Screening and Treatment: Implementation in a Health Care System. *Obstet Gynecol*. 2016;127(5):911-5.
15. Venkatesh KK, Nadel H, Blewett D, Freeman MP, Kaimal AJ, Riley LE. Implementation of universal screening for depression during pregnancy: feasibility and impact on obstetric care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2016;215(4):517.e1-.e8.
16. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. Screening for perinatal depression. Committee Opinion. *Obstet Gynecol*. 2015;630(125):1268-71.
17. NICE. National Institute for Health and Care Excellence: Guidance. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Leicester (UK): The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.; 2014.
18. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782-6.
19. Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 1998;13(2):83-9.

20. Guedeney N, Fermanian J, Guelfi JD, Delour M. Premiers résultats de la traduction de l'EPDS sur une population parisienne : à propos de la validation et de la traduction de l'EPDS. *Devenir*. 1995;7.
21. Bienfait M, Hacquet A, Maury M, Faillie J-L, Combes C, Cambonie G. Traduction française de l'auto questionnaire MIBS (Mother to Infant Bonding Scale) et validation comme évaluation du lien mère-nouveau-né en maternité *Devenir*. 2017;29:233-53.

