

Journée des Conseils de l'Ordre des Sages-Femmes du Nord et du Pas-De-Calais

## Santé mentale: Repérage des critères de vulnérabilité et orientation

**Dr Patricia DO DANG**  
Pédopsychiatre  
Cheffe de pôle secteur 59104 Lille-EPSMAL  
**Responsable de l'USPPAD**

# Introduction

- La période périnatale est une étape de transition importante susceptible de générer un **état de vulnérabilité chez tout parent même en l'absence de facteurs de risques reconnus**
- Les bouleversements physiques, psychiques, sociaux peuvent être si conséquents qu'ils peuvent conduire à la **survenue ou l'aggravation de troubles psychiatriques**
- **La dépression post-natale est la plus fréquente des vulnérabilités maternelles**, entre **10 à 20%** des femmes touchées, **10% des pères**
- Ces troubles sont **délétères** pour la mère, la relation avec le bébé et le partenaire, le devenir de l'enfant
- Ils ont **tendance à être négligés** par les mères elles-mêmes, mais aussi les professionnels. Pourtant, non pris en charge, les conséquences sont susceptibles d'être dramatiques : **le suicide de la mère**

## 2013-2015, ECNMM (Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles)

- **Le décès maternel par suicide** à un an du post-partum est **la première cause de mortalité des mères** en France : 35 suicides rapportés soit 13,4%
- L'analyse des données montre que **77% des femmes se suicident tardivement dans le post-partum** et **23% dans les 42 premiers jours du post-partum**. Le délai médian est à 4 mois après l'accouchement
- Ces décès étaient **majoritairement évitables** avec des stratégies de prévention efficaces
- Dans **90%** des cas la prise en charge était **inadaptée**
- **Nécessité de dépistage** des vulnérabilités

# Quels sont les critères de vulnérabilité?

Nombreux, souvent imbriqués

- **Socio-économiques** : chômage, absence de couverture sociale, bénéficiaires de minimas sociaux
- **Sociaux** : isolement social, absence de conjoint, patiente mineure, hébergement instable, absence de logement, mères migrantes
- **Psychiques**: ATCD DPN, DPN, maladies psychiatriques (bipolarité, schizophrénie, psychose puerpérale), choc traumatique lié à un parcours de vie, à une précédente grossesse (ATCD de FC..), manifestations anxieuses, peurs et craintes excessives exprimées
- **Sanitaires**: comportements à risques et addictions, grossesse non suivie ou suivie tardivement, pathologies de la grossesses, complications obstétricales (césarienne non programmée...)
- **Les femmes victimes de violences** actuelles ou passées, physiques, psychiques, sexuelles, mais aussi les violences gynécologiques ou obstétricales
- Ces vulnérabilités sont **souvent cumulatives**, ce qui rend le repérage mais aussi l'orientation et la prise en charge complexes

# Transition à la parentalité difficile pour les parents

- Période vulnérable pour de nombreux parents en l'absence de facteur de risque
- L'expérience de la naissance et de l'arrivée d'un nouvel enfant au sein d'une famille peut **engendrer un déséquilibre** et conduire à des situations de vulnérabilité si certains besoins ne sont pas comblés ou si le soutien n'est pas suffisant
- Importantes **pressions sociétales** concernant les devoirs parentaux vis-à-vis du bébé
- **Société paradoxale** de performance où est prôné l'épanouissement individuel, devenir parent est un défi à l'origine de difficultés multiples

# Une image et une estime de soi altérées

- **Les mères d'un premier bébé se sentent souvent inadéquates** lorsqu'elles doivent recourir à l'avis d'un tiers parce qu'elles croyaient savoir d'instinct comment s'occuper d'un enfant.
- Les premières difficultés avec l'enfant sont perçues par les parents comme la démonstration de leur incompétence (coliques, pleurs...)
- Importants changements identitaire pour les femmes avec **passage d'une posture d'«experte»**, en contrôle sur sa vie et confiante en ses capacités, à **une posture de « novice »** dans laquelle elles éprouvent différents sentiments de confusion et de doute sur elles-mêmes
- Contact avec les professionnels possible source de stress

# Quotidien transformé, besoin de se reconnaître et d'être reconnus comme de bons parents

- La grossesse et l'arrivée d'un bébé impliquent de nouvelles responsabilités et **d'importants changements du mode de vie des parents**
- **La réalité quotidienne diffère souvent de ce qu'avaient prévu les mères**, des attentes trop élevées occasionnent déception et confusion
- **Perte difficile de contrôle de leur vie** et regret de « leur vie d'avant »
- L'intensité du désir de contrôle est croissante avec le **risque de dépression**
- **Importantes pressions ressenties pour être de « super parents »** durant la période postnatale. Les parents veulent performer dans leur nouveau rôle
- **L'allaitement et la capacité à bien s'acquitter des tâches** domestiques et familiales apparaissent comme les principaux indicateurs de la réussite maternelle.

# La nécessité d'être soutenu émotionnellement

- **Importants besoins de soutien psychologique et émotionnel** ressentis par les parents d'un nouveau-né
- Besoins des mères de partager ce qu'elles ressentent d'avoir la possibilité de se plaindre **sans se sentir coupables**
- **Essentiel du soutien recherché auprès des pairs et des mentors**
- Choix de **soutien informel** (entourage proche) ou **semi-formel +++** (: (organismes communautaires, bénévoles) /soutien formel (professionnels)



## Souhait d'une aide concrète

- Le manque de soutien à ce niveau est perçu par les mères comme **un facteur important d'apparition de symptômes dépressifs** durant les premiers mois qui suivent l'accouchement
- L'aide souhaitée par les mères concerne surtout **les tâches domestiques, la prise en charge des enfants plus âgés, les soins au nouveau-né** ou sa prise en charge complète
- **Le conjoint et la famille immédiate** sont identifiés comme les sources principales d'assistance instrumentale
- **Indispensable en cas de DPN**

# Ne pas se sentir suffisamment préparés

- Les mères ont le sentiment de **ne pas être suffisamment prêtes à l'expérience de la parentalité** et le manque d'information à propos des soins à donner à un nouveau-né est un facteur de stress important pour les nouvelles mères
- Les **cours prénataux**:
  - seraient trop centrés sur la préparation de la naissance et ne permettraient pas d'acquérir les connaissances suffisantes pour prendre soin d'un nouveau-né
  - ne s'intéressent pas suffisamment à l'expérience et aux besoins spécifiques des nouveaux pères
- Les rencontres prénatales ne répondent pas à la totalité des besoins d'information des nouveaux parents, les informations surviendraient **trop tôt dans le processus de transition à la parentalité**
- Les futurs et nouveaux parents ont besoin de réaliser les apprentissages **sous un mode davantage participatif, faisant appel à l'expérience des autres parents**
- **une surabondance d'information pourrait être tout aussi nuisible**

# Comment prévenir les risques liés aux vulnérabilités ?

- Les principaux axes pour réduire les risques passent par le **dépistage des vulnérabilités** et **l'amélioration des soins psychiatriques** en période périnatale.
- Selon plusieurs recommandations internationales, il est préconisé de **procéder au dépistage précocement et de façon répétée**
- **Nécessaire que les professionnels de la périnatalité soient formés** au dépistage des vulnérabilités et à la santé mentale périnatale
- Aide par des outils comme des **grilles d'entretien et de repérages** des vulnérabilités
- **Nécessité d'une collaboration transdisciplinaire** entre tous les acteurs de la mère et du bébé et d'une importante **coordination**
- Le projet gouvernemental des **1000 premiers jours** prévoit un **parcours identifié** avec **3 moments clés** contribuant au dépistage des vulnérabilités :
  - **L'Entretien prénatal précoce**, obligatoire depuis 2020, mais selon l'Enquête nationale périnatale de 2021, seuls 36,5% des femmes déclarent en avoir bénéficié
  - **Lors du séjour à la maternité**
  - **L'entretien postnatal**, obligatoire depuis 2022, réalisé entre la 4e et la 8e semaine post-accouchement

# Autres mesures gouvernementales pour la prévention

- Possibilité pour les mères de remplir l'**échelle d'Edimbourg** (EPDS) et d'être orientées vers l'**association « Maman blues »** en fonction du score
- **Renforcement des visites à domicile par la PMI** (sage-femme, puéricultrice), développement de **nouvelles unités mère-enfant** et mise en place de **nouvelles équipes mobiles en psychiatrie périnatale**
- **La Haute Autorité de Santé**: recommandation de bonnes pratiques sur le thème « Repérage, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnatals »
- **Le site 1000-premiers-jours.fr** informe et sensibilise les parents sur les difficultés de cette période et comment ils peuvent être soutenus
- **Une ligne téléphonique pour prévenir le suicide (3114)** est à disposition depuis octobre 2021 pour les personnes en détresse, mais aussi pour les professionnels de santé qui ont besoin d'informations ou d'un avis spécialisé
- Pour favoriser la communication entre professionnels de santé, l'expérimentation des **référénts en parcours en périnatalité** a été mise en place (**RÉPAP**)
- **Le renforcement des staffs médico-psychosociaux** et une **meilleure articulation ville-hôpital** sont aussi des paramètres favorisant une meilleure prise en charge des femmes ayant des vulnérabilités

# Comment orienter?

- Conditions de vulnérabilité parentale **diversifiées** et **imbriquées** les unes avec les autres impliquent **plusieurs stratégies de soutien**
- Nécessité d'une **connaissance du réseau de ressources**: annuaire en construction par le réseau OREHANE
- **Importance du parcours coordonné**
- **Arbre décisionnel** à destination des professionnels de 1<sup>er</sup> recours en cas de DPN
- **Réponses graduées** en fonction du degré de vulnérabilité repérée et qui doit **tenir compte du désir des parents**

# Une réponse graduée

- Toutes les situations **ne nécessitent pas l'orientation vers des professionnels spécialistes de seconde ligne**
- Exemple de la DPN : **le soutien émotionnel simple et l'écoute attentive** de l'entourage et du professionnel de première ligne peuvent suffire. L'orientation vers le psychiatre ne se fait que dans un second temps s'il existe des critères de gravité.
- Les mères **acceptent les solutions d'aide qui correspondent à ce qu'elles pensent à l'origine de leur trouble**. Importance de l'aide concrète
- Les mères soulignent **leurs besoins d'être écoutées et validées dans leur expérience**. Elles déplorent les formes de soutien prescriptives et normatives qui ne prennent pas en compte les particularités de leur expérience et qui, parfois, les infantilisent
- Les parents **en faveur de soutien semi-informel** avec des espaces pour expérimenter leur rôle de nouveaux parents et développer leurs propres stratégies d'adaptation, ainsi qu'un accompagnement respectueux, **sans jugement**

## Schéma de la notion de parcours HAS Auvergne

Un repérage systématique

- Repérage avec l'EPP
- Des outils pour permettre un repérage systématique (guide d'entretien, grille...)
- Sensibilisation des différents professionnels



Une coordination

- Un staff psycho-social
- Un coordinateur de parcours
- Des transmissions entre les différents acteurs



Un suivi et une PEC adaptés  
en anténatal et en postnatal

- Un travail pluridisciplinaire
- La mise en place d'actions adaptées
- Des transmissions entre les différents acteurs

## Prévenir et accompagner les femmes souffrant de Dépression Postnatale (DPN) par les professionnels de premier recours

### Proposition Arbre décisionnel – Version 2022

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

#### Éléments du tableau clinique

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

Document inspiré du travail initialement réalisé par Marie ANTOINE dans le cadre de sa Thèse de Médecine Générale intitulée « Etats des lieux de la prise en charge de la DPN sur la ville de Lille par les professionnels de premiers recours » sous la direction du Dr P. DO DANG, Pédiopsychiatre, Chef de pôle 39104 de l'EPSM de l'Agglomération Lilloise pour la Journée du CLSM (Conseil Lillois de la Santé Mentale) du 9 décembre 2014.

La version 2022 de ce document a été retravaillée en collaboration avec le groupe projet OREHANE intitulé « Prévenir les troubles de Santé Mentale en périnatalité » sous la supervision du Dr P DO DANG.

Pour tout complément d'informations, l'équipe OREHANE se porte disponible :

[www.orehane.fr](http://www.orehane.fr)

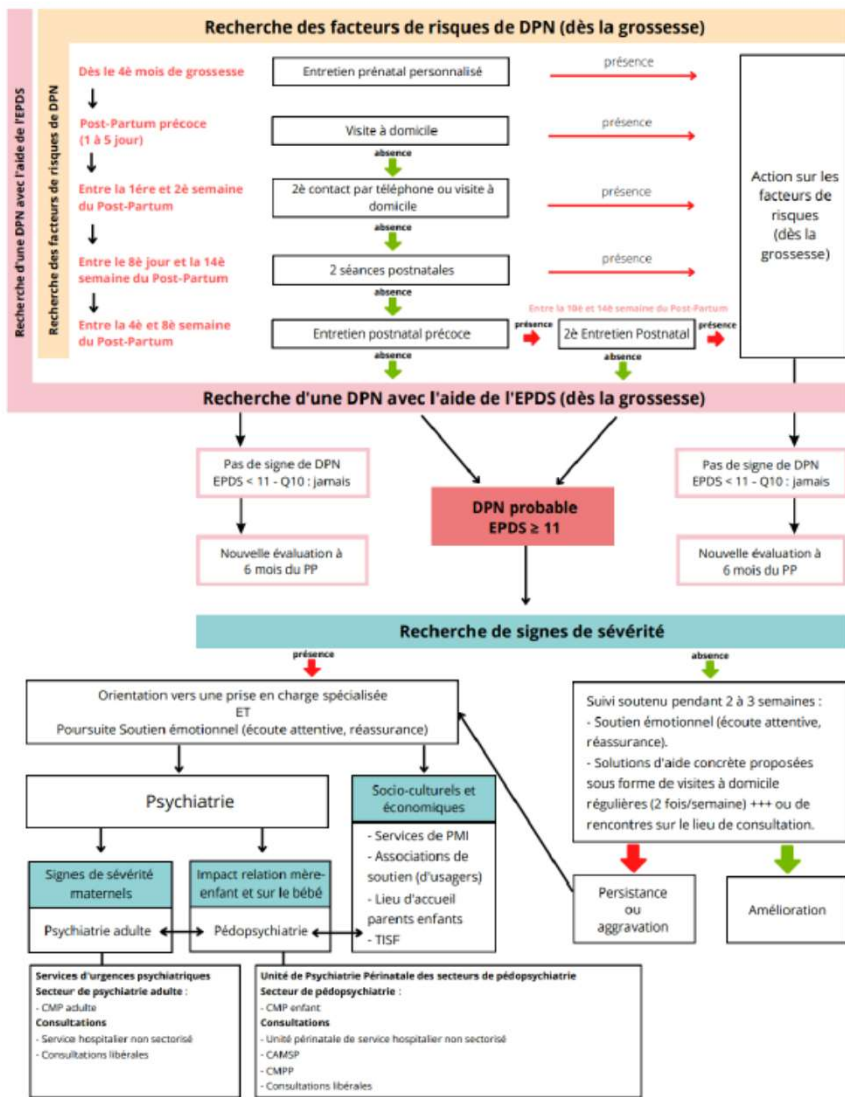
Mail : [sec.direction@orehane.fr](mailto:sec.direction@orehane.fr)

Téléphone : 03.66.06.05.32





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



Patricia Do Dang

## Les facteurs de risques

Psychiatriques/ Psychologiques	Relationnels	Socio-économiques	Obstétricaux	Biologiques	Liés au bébé	Evénements de vie négatifs
-Antécédents Dépression Post-Natale. -Antécédents dépression. -Manifestations anxieuses ou dépressive pendant la grossesse -Antécédents d'autres pathologies psychiatriques. -Conduites addictives. -Grossesse non attendue. -Personnalité (contrôle, perfectionnisme, faible estime de soi).	-Faible soutien social (informationnel, social, émotionnel). -Isolement. -Carences effectives. -Violences et abus sexuels dans l'enfance. -Mésentente conjugale. -Relations conflictuelles et/ou de dépendance à la mère.	-Faible niveau d'éducation. -Absence d'emploi ou emploi peu valorisant. -Faible statut social.	-Complications de la grossesse (prééclampsie, vomissements incoercibles, accouchement prématuré). -Complications liées à l'accouchement (césarienne, extraction instrumentale, hémorragie de la délivrance). -Grossesses multiples. -Age extrême (adolescente/grossesse tardive).	-Rechercher une dysfonction thyroïdienne. -Syndromes prémenstruels.	-Bébé difficile (irritabilité, inconsolabilité, incompréhensibilité). -Pathologie néonatale du bébé. -Troubles de l'alimentation et du sommeil.	-Fausse couche. -Mort-né. -Perte d'un emploi. -Décès d'un parent ou d'un proche.

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

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

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

- J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté :
  - Aussi souvent que d'habitude.
  - Pas tout à fait autant.
  - Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci.
  - Absolument pas.
- Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir :
  - Autant que d'habitude.
  - Plutôt moins que d'habitude.
  - Vraiment moins que d'habitude.
  - Pratiquement pas.
- Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal\* :
  - Oui, la plupart du temps.
  - Oui, parfois.
  - Pas très souvent.
  - Non, jamais.
- Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs :
  - Non, pas du tout.
  - Presque jamais.
  - Oui, parfois.
  - Oui, très souvent.
- Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons\* :
  - Oui, vraiment souvent.
  - Oui, parfois.
  - Non, pas très souvent.
  - Non, pas du tout.
- J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements\* :
  - Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations.
  - Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude.
  - Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations.
  - Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude.
- Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil\* :
  - Oui, la plupart du temps.
  - Oui, parfois.
  - Pas très souvent.
  - Non, pas du tout.
- Je me suis sentie triste ou peu heureuse\* :
  - Oui, la plupart du temps.
  - Oui, très souvent.
  - Pas très souvent.
  - Non, pas du tout.
- Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré\* :
  - Oui, la plupart du temps.
  - Oui, très souvent.
  - Seulement de temps en temps.
  - Non, jamais.
- Il m'est arrivé de penser à me faire du mal\* :
  - Oui, très souvent.
  - Parfois.
  - Presque jamais.
  - Jamais.

## Les signes de sévérité

Dépression maternelle	Impact sur la relation mère-enfant et sur le bébé	Facteurs de risques associés	Absence de facteurs protecteurs
- Score élevé à l'EPDS (>13). - Idées suicidaires. - Ralentissement psycho-moteur important.	- Difficultés à assurer les besoins du bébé. - Troubles importants des interactions mère-enfant. - Signes de souffrance chez l'enfant.	- Relations conflictuelles avec le partenaire. - Isolement. - Statut socio-économique bas.	- Absence de support familial. - Absence d'aide concrète. - Absence de figures substitutives pouvant s'occuper du bébé.

# Conclusion

- La transition à la parentalité est une expérience intense, porteuse de nombreuses conditions de vulnérabilité et génératrice de besoins multiples
- La prise en charge des vulnérabilités ne peut s'envisager sans une **collaboration transdisciplinaire** impliquant la formation au repérage et la mise en place d'un réseau identifié
- Nécessité de **création d'outils harmonisés**
- L'harmonisation des réseaux informels et semi-formels avec le soutien formel soulève d'importants défis, que ce soit en termes de ressources, de financement ou d'échange
- Importance de **dépister et prendre en charge les vulnérabilités paternelles!**

# Merci de votre attention!

- Réseau périnatalité des 2 Savoies
  - [https://www.rp2s.fr/wp-content/uploads/grille-criteres-vulnerabilite-mise-a-jour-2022\\_04-.pdf](https://www.rp2s.fr/wp-content/uploads/grille-criteres-vulnerabilite-mise-a-jour-2022_04-.pdf)
- Podcasts paternité



## PODCASTS ORÉHANE

“ Être père aujourd'hui à l'heure de la crise sanitaire ”

