

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTÉ DE SANTÉ**

---

ANNÉE 2024

2024 TOU3 1562

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement

par

**Maud PARENT**

le 05 Juillet 2024

**DEPISTAGE EN MATERNITE DES PATIENTES A HAUT RISQUE DE**  
**TROUBLES PSYCHIQUES DU POST-PARTUM : ETUDE PILOTE AU**  
**CHU DE TOULOUSE.**

Directeur de thèse : Pr Paul GUERBY

**JURY**

Monsieur le Professeur Christophe VAYSSIERE	Président
Monsieur le Professeur Paul GUERBY	Assesseur
Madame le Docteur Ludivine GUERIN	Assesseur
Madame le Docteur Lola LOUSSERT-CHAMBRE	Assesseur
Madame le Docteur Armelle BERTRAND	Suppléant
Madame le Docteur Alexandra LETOURNEAU	Membre invité

**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**
  
**Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine**
  
**2023-2024**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

**Professeurs Emérites**

Professeur BUJAN Louis	Professeur MESTHE Pierre
Professeur CARON Philippe	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur CHAP Hugues	Professeur PARINI Angelo
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur PERRET Bertrand
Professeur LANG Thierry	Professeur ROQUES LATRILLE Christian
Professeur LAROCHE Michel	Professeur SERRE Guy
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur SIZUN Jacques
Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**P.U. - P.H.**  
**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

**P.U. Médecine générale**

Mme DUPOUY Julie  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)  
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**P.U. - P.H.**  
**2ème classe**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

**Professeurs Associés**

**Professeurs Associés de Médecine Générale**

M. ABITTEBOUL Yves  
M. BIREBENT Jordan  
M. BOYER Pierre  
Mme FREYENS Anne  
Mme IRI-DELAHAYE Motoko  
Mme LATROUS Leila  
M. POUTRAIN Jean-Christophe  
M. STILLMUNKES André

**Professeurs Associés Honoraires**

Mme MALAUAUD Sandra  
Mme PAVY LE TRAON Anne  
M. SIBAUD Vincent  
Mme WOISARD Virginie

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**MCU - PH**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
M. CHICOULAA Bruno  
M. ESCOURROU Emile  
Mme GIMENEZ Laetitia

**Maîtres de Conférence Associés**

**M.C.A. Médecine Générale**

Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme DURRIEU Florence  
Mme FRANZIN Emilie  
M. GACHIES Hervé  
M. PEREZ Denis  
M. PIPONNIER David  
Mme PUECH Marielle  
M. SAVIGNAC Florian

# REMERCIEMENTS

---

## **A Monsieur le Professeur Christophe VAYSSIERE**

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

Merci de nous partager ton immense savoir, toujours avec humour et de nous communiquer ta tranquillité en nous apprenant à « ne pas être inquiet ». Merci pour ta disponibilité et ton soutien dans mes projets professionnels.

Sois assuré de mon profond respect.

## **A Monsieur le Professeur Paul GUERBY**

Merci de m'avoir proposé de travailler sur ce sujet passionnant et d'avoir accepté d'encadrer mon travail de thèse.

Merci pour ta disponibilité, ton accompagnement personnalisé, ton soutien dans mes projets et ta pédagogie à essayer de nous transmettre tes innombrables connaissances.

J'ai manqué de ne pas choisir l'internat de gynécologie obstétrique à cause de sa mauvaise réputation, et si je n'ai jamais regretté ce choix, je le dois en grande partie au climat bienveillant que tu instaures à PDV, alors un immense merci pour ça !

Sois assuré de ma grande admiration et de mon profond respect.

## **A Madame le Docteur Ludivine GUERIN**

Merci de m'avoir patiemment accompagnée tout au long de ce projet, et de m'avoir apporté les nombreuses connaissances qui me manquaient dans le domaine de la psychiatrie périnatale. C'est un domaine passionnant et tellement essentiel pour nos patientes !

J'espère avoir l'occasion de continuer à bénéficier de ton expertise.

## **A Madame le Docteur Lola LOUSSERT-CHAMBRE**

C'est un immense honneur de t'avoir dans mon jury de thèse.

D'abord en tant que co-interne puis en tant que cheffe, merci de me partager ton analyse pondérée et juste des situations, ton savoir infini, et ce toujours avec humour et bienveillance.

C'est un réel plaisir de travailler avec toi et un grand enrichissement.

Tu es une véritable source d'inspiration.

### **A Madame le Docteur Armelle BERTRAND**

Armelle, c'est un grand plaisir de t'avoir dans mon jury de thèse.

Merci pour ton humanité, le soin que tu apportes aux patientes, d'être un exemple en accompagnant les couples sans jugement, avec bienveillance et humour.

Merci de mettre la prise en charge de la précarité sociale et de la santé psychique des patientes au centre de notre pratique.

J'espère avoir la chance de continuer d'apprendre à tes côtés à mieux soigner.

Et j'attends avec impatience la partie 2 de l'histoire incroyable !

### **A Madame le Docteur Alexandra LETOURNEAU**

Alexandra, je te remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Merci pour ta bienveillance sans fin, ton soutien et ton réconfort dans les situations difficiles, merci pour ta confiance. Les jeudis matin à tes côtés resteront un des meilleurs souvenirs de mon internat.

Tu symbolises pour moi tout ce que j'admire dans la médecine fœtale, une grande compétence technique, des connaissances précises et surtout une humanité et une douceur avec les mères et les couples infinies.

Je suis persuadée que tu apporteras à ce travail de thèse un regard extérieur enrichissant.

En espérant avoir de nouveau le bonheur d'apprendre à tes côtés,

Sois assurée de mon immense admiration.

## Remerciements professionnels

**A tout ceux qui ont participé à ce projet,**

**Aux sage-femmes du service d'hospitalisation de suites de naissance,** ce travail n'existerait pas sans vous.

Un immense merci pour votre aide avec les questionnaires, vos remarques, vos propositions d'amélioration, votre enthousiasme qui m'a remonté le moral plus d'une fois, votre soutien pendant ces nombreuses heures de recueil de données parfois tard le soir.

Discuter avec vous a été une réelle source de motivation.

Un merci tout particulier à Camille et à Gaëlle pour vos retours.

**A Roisin et à Marlène,** merci pour votre participation à ce projet, pour tous ces entretiens menés. Merci pour vos retours et votre disponibilité. C'était un plaisir de travailler avec vous.

**A Mesdames Nathalie LAURENCEAU, Claire DUPUY et Véronique SABATE** pour votre participation à ce projet.

**Au Docteur Simon TAIB,** merci pour ton aide dans la compréhension du PTSD, dans l'analyse de la littérature à ce sujet et dans la confection des questionnaires.

**Aux membres de l'équipe de psychiatrie périnatale** et notamment à **Aurélie** pour votre participation à ce projet et tes réponses à mes questions.

**A Célia,** un immense merci pour ton aide dans l'analyse statistique, pour les innombrables tableaux que tu m'as aidé à remplir, pour ta disponibilité et ta réactivité lorsque j'étais en retard sur les dead-lines. Je t'en suis très reconnaissante.

**A Carine,** merci beaucoup pour ton efficacité hors pair, ton aide et ton soutien dans ce recueil de données (alors même que cette tâche ne t'incombait pas !)



**A tous ceux qui ont participé à ma formation et aux rencontres que j'ai faite au cours de cet internat,**

**A l'équipe des Grossesses Pathologiques,**

A nos mamans des GP, **Stouv** et ton humour, ta spontanéité, les apéros rooftop en incruste en plein confinement, j'ai hâte que tu reviennes en Métropole, **Margaux** pour les citations sur le tableau et ton romantisme sans fin, je suis fière de porter ton joli calot en garde ! A mes co-bébés GYO, Adèle et Chloé, malgré le confinement et le début d'internat, c'était un très chouette semestre en votre compagnie !

A **Poupou** pour ton calme olympien et la vidéo sur les césariennes que j'ai dû regarder 150 000 fois, à **Aurianne** pour ta rigueur et ton dynamisme, à **Pierre** pour m'avoir appris à faire un accouchement du siège avec un classeur, et pour ce kit de suture qui m'a suivi pendant quelques semestres. A **Rémi**, pour ton calme, et ces repas et verres en dehors de l'hôpital !

A **Mika**, parce que je n'ai jamais vu quelqu'un dire que son objectif du semestre était de me faire faire un droit au remord avec une telle bienveillance, pour ton humour, ta disponibilité permanente, ton expérience, les biscottes à 4h du matin en garde. Je suis très chanceuse d'avoir pu travailler à tes côtés. A **Christelle** pour ta justesse, tu as été une véritable source d'inspiration au cours de ce premier semestre. A **Edith** pour ta pédagogie et ton exigence. A **Anita** pour m'avoir répété encore et encore que c'était normal de ne pas tout savoir car sinon l'internat ne durerait pas 6 ans, à **Béa, Virginie et Laure**.

A **Marion G** de m'avoir permis d'assister à ma première fœtoscopie et d'avoir éveillé une fascination pour la médecine fœtale.

Aux **sage-femmes du service des Grossesses Pathologiques** pour votre patience infinie lors de ces premiers pas d'interne alors que je ne comprenais même pas les abréviations sur la relève, pour votre bienveillance et votre réassurance.

**A l'équipe de Gynécologie-Obstétrique du CH d'Auch,**

A **Sophie** pour ton immense sourire et ton accueil chaleureux, pour nous avoir fait nous sentir tout de suite à l'aise, et tes rappels aux racines marseillaises quand le soleil me manquait. A **Marine** pour ta confiance et ta pédagogie lors de mes premiers pas au bloc opératoire, et pour les cafés dans ton bureau. A **Émilie** pour ton franc parler et de m'avoir transmis les fondamentaux de l'échographie. A **Caroline** pour ta patience face à mon ignorance en gynécologie médicale et ton accessibilité. A **Clotilde** pour ton soutien au cours de ce semestre auscitain, j'espère te retrouver à Ducuing. A **Mme LEJEUNE** pour votre expérience en gynécologie et en obstétrique.

Aux **sage-femmes du CH d'Auch** de m'avoir appris les fondamentaux de l'obstétrique, pour votre bienveillance et ces nuits à discuter avec vous. Une pensée tout particulière à **Jéromine** (j'espère te recroiser en écho !!), à **Tanguy, Célia, Marie Hélène et Anne**.

**A l'équipe de Chirurgie Viscérale du CH d'Auch,**

A **Jad**, j'espère que tu pourras accomplir tes projets professionnel et personnels. A **Estelle** pour ton dynamisme, à **Thierry, Tovo et Bali** pour vos enseignements en chirurgie.

**A l'équipe d'anesthésistes d'Auch**, à **Clémence** pour ta douceur et à **Elodie** pour ta rigueur. Aux **IBODE, Eric, Pauline, Bibi, Elise, Anita, Karine, Alexandra et Manu** (grâce à toi je vois une boule à facette à chaque fois que je regarde un scialytique !). Merci pour votre accueil et d'avoir rendu ces astreinte si agréables, même s'il s'agissait de tenir des écarteurs d'orthopédie toute la journée. Ca a été un immense plaisir de passer cette année à vos côtés.

**A l'équipe de Récamier,**

**Pépé**, si compétente et fiable, c'est toujours un plaisir de passer du temps avec toi, que ce soit au travail ou en dehors, **Sarah**, une jolie découverte des îles.

A **Léa B** pour ta douceur et ton calme à tout épreuve, **Oriane** et **Emmeline**. A **Yann** de porter le service de Chirurgie depuis si longtemps, ton expertise immense à la fois en gynécologie et en obstétrique, pour ces phrases devenues mythiques, à **Hélène** et **Géraldine**.

Aux infirmières de Récamier et du bloc, à **Eva, Alex, Zoé, Karine, Michele, Anne, Nadia, Nath**.

**Au service d'échographie de PDV,**

A **Tania**, une si belle découverte. Merci pour ton humanité débordante, ton engagement auprès des autres, ton sens de l'aventure qui me donne envie de sauter dans un bateau pour la Patagonie et gravir des 6000 m avec toi ! Qui sait, peut-être qu'un jour ce camion de gygy ambulante verra le jour ! A **Shaada** pour ta douceur infinie, ton calme, ta gentillesse, j'espère avoir l'occasion de te revoir rapidement ! A **Auriane**, si lumineuse, incarnation de la bonne humeur, tes patientes auront beaucoup de chance de t'avoir ! A **Amélie**, pour ta passion pour la gynéco qui me remotive à chaque fois que j'en parle avec toi et notre amour commun pour la médecine fœtale, ton engagement humanitaire, ton côté grognon qui s'exaspère de naïveté ! A **Violette** pour tes aventures en voiliers qui me donnaient des étoiles dans les yeux ! A **Agnès** pour ton exigence, vrai moteur de progrès, à **Joseph** pour ta pédagogie, tes topos sont toujours passionnants, à **Louise** pour la Bible de l'écho, à **Marlène** pour ta bonne humeur. A **Kevin** pour ton humour, à **Seb** pour ton immense talent en échographie, à **Sandra, à Claire et à Aline**.

**A l'OncoTeam,**

A **Hélène** pour m'avoir fait découvrir les subtilités de la pelote basque, pour tes tatanes et les discussions tardives, j'espère que tu continueras à t'épanouir dans ta nouvelle spécialité. A **Pauline**, quel dommage que tu manques tant de confiance en toi ! A **Meggy** pour ta sérénité et le Bingo loupé. A **Victoire** tu mérites bien ta tasse bichette ! A **Clem** pour ta douceur, j'espère que tu resteras encore un peu parmi nous ! A **Sophie**, merci de m'avoir laissé apprendre aux côtés de ton Marco pendant 3 mois.

A **Mathilde**, si petite mais si forte, merci d'avoir essayé de me transmettre ta passion pour l'oncologie (passion à égalité avec Ronron et Tutut), à **Giulio** (Jules Conté) d'avoir essayé de m'apprendre les bases de la chirurgie en fredonnant patiemment pendant que je galérais alors que tu aurais fait le même geste en cinq minutes, à **Anne So**, et à **Marc**.

Au reste de l'équipe chirurgicale de l'Oncopôle avec qui j'ai eu la chance de travailler, **Anna** et ton humour incisif, **Alejandra, Gwen, Elodie, Charlotte C, Eva, Charlotte V, Gabrielle**.

### **A l'équipe de Béclère,**

A **Camille** merci pour ces nombreuses discussions entre « expat », ces heures à préparer le staff, et la Papoterie qu'on n'a jamais réussi à faire, à **Léa** pour les partages de sortie théâtre et de projets de voyage, à **Mathilde**, notre star du service, parce qu'il n'y a jamais une bonne excuse pour louper le café du matin, à **Margaux** ronchon en apparence mais toujours dispo pour filer un coup de main, à **Fitia** parce que le café au lait sucré définit très bien ta personnalité, à **Léonie** pour les jus maison aux cours du matin !

A **Julien**, merci pour tes enseignements, les anecdotes toulousaines et t'être évertuer à répondre à mes trop nombreuses questions même si ça voulait dire passer 10 min à regarder les surnéales de tous les bébés de la matinée. C'était un vrai plaisir d'apprendre à tes côtés.

A **Alexandre** pour ta disponibilité, les pauses du midi dans ton bureau, à **Lucie** pour ta rigueur pour les staffs et en salle qui font tellement progresser, à **Lina** de m'avoir appris à être plus exigeante, à **Hoda** pour ta confiance. A **Maëlig** pour ton franc parler, ta pédagogie, la chanson de la chenille et les cafés dans notre bureau, à **Julie** pour tes patientes filoutes, ton accueil chaleureux et ta bonne humeur permanente.

Au **Pr Alexandra BENACHI**, c'était un réel privilège de travailler à vos côtés.

A la **super équipe du DAN**, **Blandine** et tes magnifiques peintures, **Béa** la mémoire du CPDPN, **Cécile** pour les recommandations gastro, **Mathilde** pour ta douceur, **Pascale** pour ton expérience. A **Souad**, petit rayon de soleil de l'écho du sous sol.

Merci pour ce semestre si enrichissant.

Aux co-internes de ce 2<sup>ème</sup> semestre à Récamier, **Audrey, Marie et Mathilde**, et aux Grossesses Pathologiques, **Zoé, Majda, Églantine, Pauline et Léa**.

Aux internes maintenant devenues cheffes qui m'ont tenu la main au cours de mes premières gardes, un immense merci à **Alexandra, Maurine, Marie, Cassandre, Charlotte**. A **Arnaud, Carlo, Diane S et Léa E**. Au reste de ma promo, **Morgane, Clara, Nina et Laurie**.

Aux plus petites interne avec qui j'aurais probablement la chance de travailler plus tard, **Aïcha, Axelle, Fanny, Lise, Marine, Pauline, Zoé, Cécile, Quiterie, Zélie, Aziliz et Pauline**.

A **Lucile** pour ton énergie et tes 100 000 projets qui font rêver.

A **Diane C.** pour ton engagement, on va finir par y aller à la Base !

A **Ninon**, merci pour ta disponibilités et tes nombreux conseils, je t'en suis si reconnaissante !

**Aux chefs de PDV avec qui j'ai eu l'occasion de travailler, Océane** tu es un vrai rayon de soleil, c'est toujours un immense plaisir de travailler avec toi. Je suis triste de te voir partir loin de nous mais j'espère que tu trouveras un équilibre qui te convienne, **Aurélie**, merci pour tes conseils, tu es un véritable exemple en terme de compétences et de pédagogie, à **Camille, Thomas** pour ta confiance en salle de naissance, **Anaïs, Maeva, Anne Claire** .

Un merci tout particulier à **Mathilda**, pour ta douceur et ta pédagogie, tu auras eu un impact certain sur mes 1ers pas en salle de naissance.

A **Lucyle**, Maman Lulu. J'ai eu tellement de chance de croiser ta route au cours de cet internat ! Merci pour ta pédagogie, ta confiance et ton accompagnement, je te dois énormément. Tu es une chirurgienne, une cheffe et une personne exceptionnelle. J'espère avoir l'occasion de venir nager avec les baleines avec toi !

## Remerciements personnels

### A mes parents,

A **Maman**, merci pour ton soutien indéfectible, ta présence rassurante en tout temps et tes conseils précieux. Merci pour les petits déjeuners interminables (un des symboles de la maison des parents Parent), notre émerveillement partagé, et pour ton empathie dont j'essaie de m'approcher. Merci de d'avoir été la première à me parler de psychiatrie périnatale, bien avant que je n'envisage d'être gynéco (et encore moins de prendre ce sujet de thèse)

A **Papa**, merci pour ton humanité, cette leçon si précieuse qu'on a de la chance d'être né là où on est né, pour chantonner en permanence (je pense que certains de mes chefs ont dû t'en vouloir de m'avoir transmis ça !), et pour tes traits d'esprit. Merci pour la sécurité de te savoir toujours là, pour le co-dodo à 2h du matin une veille de concours... Tu es un père hors pair (jeu de mot presque digne des Parent non ?)

Je ne saurais jamais vous remercier assez pour votre amour et tout ce que vous nous apportez. (et merci d'être rentrés de Nouvelle Calédonie pour cette thèse).

### A ma famille,

A **Luc**, avoir un jumeau est le plus beau cadeau que la vie m'ait faite. Tu es une véritable source d'inspiration pour moi. J'admire ton engagement, ton sens critique, ta volonté de construire une Utopie réelle. Merci pour les conseils lectures, et la bouffée d'air pur de chacune de nos discussions. Merci pour la sécurité de savoir que toujours, quelque part perdu sur les chemins de France, il y a quelqu'un qui sera là pour me tenir la main si, comme en maternelle, j'ai peur de rentrer dans la cours de l'école.

A **Alice**, ma petite grande sœur. Merci pour ta douceur et ton humour. J'aurais aimé voir l'Aventurier à cette thèse mais malheureusement, je crois que l'invitation n'est jamais arrivé jusqu'à lui ! A **Thomas** pour les Mojito, **Aloïs** pour ton rire si communicatif et **Margot** pour ton caractère déjà bien trempé !

A **Brice** pour ton calme en toute circonstance, ta patience, et ta sérénité. En plus d'un super grand frère, tu es un papa exceptionnel ! A **Laura** pour ces nombreuses discussions de gynéco ou sur les sujets passionnants que tu traites, à **Nathan** pour toujours tout analyser, du haut de tes 5 ans, à **Isée**, notre petite dernière qui fait déjà chavirer tous les cœurs avec ton immense sourire.

A **Marlou**, pour ta créativité infinie, ton immense talent, et la joie que tu communique autour de toi ! Merci pour ton conseil il y a 4 ans, de faire un choix pour la Maud de l'instant présent sans s'inquiéter du futur, c'était un conseil précieux et fort juste. A **Guillaume** pour les conseils montagne, à **Audrey**, notre petite crevette devenu si vive, si grande et si joie, qui pourrait croire maintenant que tu as eu le droit à un diplôme pour avoir atteint ton 1<sup>er</sup> kilo ! à **Mathias** pour ta vivacité et m'avoir appris à faire les pommes de Toulaine. A **Lila**, notre jolie étoile.

Vous êtes une famille en or.

A **Claire**, ma marraine, si douce. Merci pour les petits pas de côté que tu me fais prendre, pour ta présence en toute circonstance, les souvenirs de bataille de vesse-de-loup et les futurs randos !

A **Erwan**, pour les cabanes dans la montagne à Pelonne, les toboggans dans la marne, les ateliers peinture chez Gérard. Merci pour ces petits bars parisiens plein de caractère et ces discussions passionnantes, il faudra maintenant trouver d'autres occasions !

A **Atou**, présente depuis qu'on est si petits que tu as pour moi toujours fait partie de nos vies. Merci pour ton regard apaisant. Merci pour tout ce que tu apportes à Maman et votre belle amitié qui est un véritable exemple.

A **Mamy**, pour mon caractère de cochon, ton amour inconditionnel et ta force. J'ai aujourd'hui l'impression d'avoir poursuivi ton rêve.

A **Zouma** pour les leçons de petits bonheurs du quotidien, à **Abuelo** et **Eliane** pour les Noël en Camargue, à **Panou** et **Manou** pour les souvenirs de cousinade et de jeux dans la pinède.

A **Bernard** et **Claude**, votre engagement et votre humanité est une véritable source d'inspiration pour moi.

**A mes amis,**

**A ma deuxième famille,**

A **Laurène**, parce qu'au bout de 15 ans, j'ai plus de souvenirs avec que sans toi, pour les boîtes à livres, les Nouvel An dans le Queyras, les Fish and Chips à Uttakleiv, ton immense talent qui m'impressionne à chacune de tes créations, et ton univers coloré qui te correspond si bien !

A **Nathou**, pour les aventures sans fin, pour les toucans qu'on n'a toujours pas vu, pour les meilleures cartes postales que les facteurs n'aient jamais transporté, la guagua 68 qu'on finira par trouver et tes attentions pour les autres, tu es notre petite fée à nous.

Merci à toutes les deux d'être là.

A **Laura**, pour les chansons de Queens, les café noisette au Calif et parce que malgré les années, tu es toujours aussi pertinente dans tes conseils.

**A mes amies marseillaises,**

A **Camille** pour avoir ponctué notre D4 des meilleures recettes de sous-colle, et ton efficacité incroyable, capable de tout gérer en même temps.

A **Adrienne**, en souvenir de Gary, pour les découvertes des plages de Caen et ta force immense.

A **Emma**, les sessions tuto et les conseils sur la semaine pré WEI (je ne dirais pas sur la PACES car nous savons toutes les deux qu'il s'agissait d'un emploi fictif) sont bien loin maintenant mais je remercie le CLM pour cette jolie amitié! Ma petite tutée a bien grandi, mais tu continues à m'impressionner par ta culture infinie et ton ouverture d'esprit !

A **Nina**, Marseillaise retrouvée à Toulouse, merci pour les petits repas debriefs, les rando (H)Appy, les discussions féministes, c'est toujours un plaisir !

## **A mes jolies découvertes Toulousaines**

A **Chloé**, pour avoir confirmé que les grenoblois, c'était forcément des bonnes personnes ! Pour ces premiers pas de bébé interne, les rando dans le brouillard, les doutes, les besoins d'escapade, les semestres à distance puis en squat chez toi. Pour les moments hors du temps à Mafate ou dans les Dolomites, les choucou dans la gamelle, les soirées alternatives, les projets communs, passés ou à venir. Ne serait-ce que pour notre amitié, Toulouse était le meilleur choix ! Merci pour ces 4 années, je suis curieuse de voir ce qui nous attends !

A **Adèle**, pour ton engagement féministe, tes recommandations de lecture bien plus vite que je n'arrive à les achever, nos séances ralage, et les rêves des îles.

A **Raphaëlle**, pour ton humour, ta force de caractère et ton indépendance, les suggestions d'événements queer, et les birkenstocks comme symbole !

A la **Grande Famille** pour son tableau noir, à **Faby** pour l'amour des baleines et des festivals, à **Théo**, pour avoir été la 1<sup>ère</sup> personne que j'ai croisé en arrivant, à **Léo** pour tes dictons de père Castor !

A **Léa**, pour ces heures interminables à trier les bio qui ont fini par une belle amitié, pour les discussions arrachées au coin de chaque couloir d'hôpital (à Auch ou à PDV), ton sensibilité et ta présence si rassurante ! J'ai beaucoup de chance de t'avoir comme amie.

A **Fabrice**, pour les pieds écrasés sur les enchuffla, les conseils shopping et les déménagements de dernière minute.

A **Mathilde**, pour ton immense gentillesse, ton humour, ta passion pour le jeu des petits trains, tu es mon exemple à la mater et en dehors !

## **A mes colocs Parisiennes**

A **Alex**, merci pour les débats à 7h du matin alors qu'on était toutes les deux en retard, les leçons sur Louis XIV, pour ta passion pour les nouilles et pour les animaux de la ferme (5h au Salon de l'Agriculture c'est beaucoup !)! Merci pour ton immense intelligence et ton regard si pertinent (presque trop !).

A **Margot**, pour les cours de pesto, la course derrière les couchés de soleil, la passion des brunchs, les déménagements au champagne, les vendredi soir resto-théâtre. Merci pour ta joie de vivre et ton énergie pétillante !

Merci à vous deux pour ce semestre exceptionnel qui n'aurait pas été le même sans la coloc de la rue Mouchotte et sa terrasse Modigliani !

# TABLE DES MATIERES

---

<b>LISTE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>2</b>
<b>MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>8</b>
I- Design de l'étude et population	8
II- Dépistage des patientes à haut risque de troubles psychiques du post-partum	8
III- Entretien Postnatal Précoce	11
IV- Évaluation de la satisfaction des patientes et des sage-femmes	11
V- Analyse statistique	12
VI- Autorisation éthique	12
<b>RESULTATS.....</b>	<b>13</b>
I- Description de la population	13
II- Évaluation du parcours de dépistage des patientes à haut risque de troubles psychiques du post-partum	14
II.1. <i>Caractéristiques des patientes participant à l'étude</i>	15
II.2. <i>Patientes orientées vers l'EPNP</i>	18
II.2.a. Caractéristiques des patientes orientées vers l'EPNP	18
II.2.b. Critères d'orientation vers l'EPNP	18
II.3. <i>Entretien Postnatal Précoce à la maternité Paule de Viguier</i>	20
II.3.a. Patientes adressées à l'équipe de psychiatrie périnatale à l'issue de l'EPNP	20
II.3.b. Patientes non adressées à l'équipe de psychiatrie périnatale à l'issue de l'EPNP	21

III-	Évaluation du parcours	22
III.1.	<i>Satisfaction des patientes vis-à-vis du parcours de dépistage</i>	22
III.1.a.	Patientes orientées vers l'EPNP à la maternité Paule de Viguier	22
III.1.b.	Patientes non orientées vers l'EPNP à la maternité	22
III.2.	<i>Évaluation de la satisfaction du personnel soignant</i>	23
<b>DISCUSSION.....</b>		<b>24</b>
I-	Dépistage des patientes à haut risque de troubles psychiques du post-partum	24
II-	Entretien Post Natal Précoce à la maternité Paule de Viguier	25
III-	Diagnostic de Dépression du Post-Partum	26
IV-	Diagnostic du Trouble du Stress Post-Traumatique	27
V-	Évaluation du parcours global	28
VI-	Limites	30
VII-	Forces	30
VIII-	Proposition d'amélioration	32
<b>CONCLUSION.....</b>		<b>33</b>
<b>ANNEXES.....</b>		<b>34</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>		<b>48</b>



## ABREVIATIONS

---

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

DPP : Dépression du Post-Partum

ENCMM : Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles

EPNP : Entretien Postnatal Précoce

HPP : Hémorragie du Post-partum

PMI : Service de Protection Maternelle et Infantile

PTSD : Post-Traumatic Stress Disorder (Trouble du stress post traumatique)

SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

## INTRODUCTION

La grossesse et la naissance d'un enfant est une période de grand bouleversement psychologique, émotionnel et physique chez la femme.

**Les troubles de l'humeur sont fréquents dans le post-partum** avec jusqu'à 85% des patientes présentant un baby-blues<sup>1</sup>.

Dans la majorité des cas, ces troubles de l'humeur sont physiologiques, transitoires et **sans conséquences durables** sur la mère, l'enfant ou le lien d'attachement.

La **dépression du post-partum** (ou dépression périnatale) est définie par le DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>ème</sup> édition*)<sup>2</sup> comme un épisode dépressif caractérisé (Tableau 1) survenant au cours de la grossesse ou dans les 4 semaines suivant l'accouchement.

La CIM-10 élargit le délai d'apparition des symptômes aux 6 semaines du post-partum quand la majorité des auteurs parlent de **dépression périnatale, s'étendant de la grossesse aux 12 mois suivant l'accouchement**<sup>3</sup>.

**Tableau 1** : Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé (DSM-5)

- Présence d'au moins 5 des symptômes suivants, présents durant la même période de deux semaines et représentant un changement par rapport au fonctionnement précédent.
- Au moins un de ces symptômes doit être soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

Symptômes d'un épisode dépressif caractérisé :

- Humeur dépressive
  - Perte d'intérêt ou de plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours (signalée par la patiente ou observée par les autres)
  - Perte de poids significative
  - Insomnie ou hypersomnie
  - Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur
  - Fatigue ou perte d'énergie
  - Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée
  - Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, indécision
  - Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires
- Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
  - L'épisode n'est pas imputable aux effets psychologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.
  - L'apparition de l'épisode dépressif n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un autre trouble du spectre schizophrénique ou un autre trouble psychotique.
  - Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

American Psychiatric Association (2013). DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

Selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2021<sup>4</sup>, **17% des parturientes françaises** présentent des symptômes de **dépression du post-partum**.

**Son impact négatif sur le comportement de l'enfant** est bien établi dans la littérature avec plus de cris excessifs, de troubles du sommeil ou de troubles du comportement<sup>5</sup>. La dépression du post-partum a également des effets sur le développement cognitif de l'enfant à long terme, avec une diminution du langage ou des scores de QI. La sévérité et la chronicisation de la dépression semblent liées à un impact plus sévère sur le développement de l'enfant<sup>6,7</sup>. A l'inverse, la prise en charge de ces troubles dépressifs serait associée à un impact positif sur le développement de ce dernier.<sup>8</sup>

**La dépression du post-partum a également un impact sur la santé de la mère** et du couple avec un risque augmenté de troubles psychiatriques et émotionnels chez la femme et une satisfaction moindre de la qualité de la relation de couple<sup>9,10</sup>. Les femmes ayant ou ayant eu une dépression périnatale ont un risque augmenté de décès, que ce soit d'une cause naturelle ou par suicide<sup>11,12</sup>. Il est donc primordial de pouvoir identifier rapidement ces patientes afin de les prendre en charge de manière optimale.

Bien que ce soit une pathologie fréquente pour laquelle existent des outils de dépistage validés et des possibilités de traitement, **seules 40 à 50% des dépressions du post-partum seraient diagnostiquées**, en dépit de contact régulier avec des professionnels de santé (sage-femmes, gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes, pédiatres, puéricultrices de PMI)<sup>1,13</sup>. Selon l'étude **ELFE** (Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance), seules 27% des patientes déclarant des difficultés psychologiques durant la grossesse auraient accès à un professionnel de la santé (médecin généraliste ou psychologue) pour ce motif<sup>14</sup>.

Ce sous diagnostic entraîne une **absence de traitement ou une prise en charge suboptimale** : 24% des femmes déprimées accèderaient à un traitement quel qu'il soit et 10% de ces patientes bénéficieraient du traitement le plus adéquat aux symptômes présentés<sup>1</sup>.

Le retard de la mise en place d'un traitement est le principal facteur de risque de développer une dépression chronique<sup>15</sup>.

**Le trouble du stress post-traumatique** (ou Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD) est une affection secondaire à un traumatisme particulièrement grave (subi par le patient ou par un de ses proches).

Il est défini par la présence de différentes manifestations cliniques (évitement, altération négative des capacités cognitives et de l'humeur, symptômes dissociatifs) pendant plus d'un mois (tableau 2).<sup>2</sup>

**Tableau 2** : Critères diagnostiques d'un trouble du stress post-traumatique (DSM-V)

**Critère A** : Exposition directe ou indirecte à un événement traumatique (mort, menace de mort, blessures graves réelles ou menacées, violences sexuelles réelles ou menacées).

**Critère B** : Symptômes d'intrusion avec (≥ 1 des suivants):

- Souvenirs récurrents, involontaires ou intrusifs.
- Cauchemars
- Flash-backs
- Détresse émotionnelle après exposition à des rappels traumatiques.
- Réactivation physique après exposition à des rappels traumatiques.

**Critère C** : Symptômes d'évitement (≥ 1 des suivants): Évitement des stimuli liés au traumatisme :

- Pensées ou sentiments liés au traumatisme
- Rappels liés au traumatisme

**Critère D** : Effets négatifs sur les capacités intellectuelles et l'humeur (≥ 2 des suivants):

- Incapacité à se souvenir d'éléments importants de l'événement (amnésie dissociative)
- Pensées ou hypothèses excessivement négatives sur soi ou sur le monde
- Blâme excessif de soi ou des autres pour avoir causé le traumatisme.
- État émotionnel négatif persistant (p. ex., peur, horreur, colère, culpabilité, honte)
- Diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités importantes
- Sentiment d'isolement
- Incapacité persistante à vivre des émotions positives

**Critère E** : Excitation et réactivité liées au traumatisme altérées (≥ 2 de ce qui suit):

- Difficultés d'endormissement
- Irritabilité ou accès de colère
- Comportement imprudent ou autodestructeur
- Difficultés de concentration
- Réaction de sursaut accrue
- Hyper vigilance

**Critère F** : Durée des symptômes supérieure à 1 mois.

**Critère G** : Les symptômes créent une détresse ou un handicap fonctionnel.

**Critère H** : Les symptômes ne sont pas dus à la prise de médicaments, à la consommation de substances ou à une autre maladie.

American Psychiatric Association (2013). DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

Après la naissance, un trouble du stress post-traumatique peut apparaître suite à un accouchement difficile au cours duquel la patiente a cru qu'elle ou son bébé pouvaient mourir ou être blessé.

**Environ 5 % des patientes** présentent des symptômes de **PTSD lié à l'accouchement** dans le post-partum.<sup>16</sup>

Tout comme la dépression du post-partum, le trouble du stress post-traumatique lié à l'accouchement est responsable de multiples effets négatifs sur la santé psychologique de la mère<sup>17</sup>, le comportement de l'enfant<sup>18</sup>, sur les interactions parent-enfant<sup>19</sup> ainsi que sur la relation au sein du couple parental<sup>18</sup>.

Une prise en charge précoce semble associée avec une amélioration des symptômes et du lien mère-enfant.<sup>20</sup>

Un mauvais vécu du travail ou de l'accouchement, une césarienne en urgence, l'intervention d'un obstétricien au moment de la naissance pour une assistance instrumentale ou une douleur non soulagée au cours de l'accouchement sont des facteurs de risque de PTSD lié à l'accouchement<sup>21,22,23</sup>.

Du fait de symptômes et de facteurs de risque communs, le trouble du stress post-traumatique lié à l'accouchement et la dépression du post-partum peuvent être associés<sup>23,24</sup>.

**Non ou mal pris en charge, ces troubles peuvent se chroniciser, jusqu'à mener au suicide**<sup>11,12,25</sup>.

Selon le 7<sup>ème</sup> rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) 2016-2018<sup>26</sup> paru en Avril 2023, le **suicide** est, en France, la **première cause de morts maternelles**, avec 16,5% des décès. La mort maternelle est définie comme le décès survenant du début de la grossesse à 1 an suivant l'accouchement.

On estime environ **un décès par suicide maternel toutes les 3 semaines en France**. Le délai médian de survenu est de 4 à 5 mois du post-partum.

**Dans 79% des suicides maternels, des soins non optimaux ont été retrouvés.**<sup>26</sup>

**79% des suicides maternels sont considérés comme potentiellement ou probablement évitables.** Il est retrouvé un défaut de diagnostic dans 52% des cas. Dans 46% des suicides maternels, un défaut d'organisation du soin est mis en cause, avec dans la plupart des cas un défaut de communications pluridisciplinaires entre soignants. **Dans 76% des cas de suicides maternels, on retrouve un défaut d'interaction entre la patiente et le système de soin.**<sup>26</sup>

Il existe un certain nombre de **facteurs de risque** identifiés<sup>13,27</sup>, notamment des facteurs de vulnérabilité sociale (précarité, patiente issue de l'immigration, absence d'étayage social) ou psychique (antécédent personnel ou familial de pathologie psychiatrique, antécédent de violences...). Environ une femme sur trois présentant des troubles psychologiques sévères et isolée sur le plan social développera une dépression du post-partum<sup>28</sup>.

Le **dépistage systématique de la dépression du post-partum permet de réduire** les symptômes dépressifs et la **prévalence de la dépression** dans une population, sans que des effets néfastes d'un dépistage systématique n'aient été mis en évidence.<sup>29</sup>

Suite à ce constat, l'ENCMM recommande notamment de former et sensibiliser les professionnels de santé à la santé mentale en périnatalité. C'est dans ce cadre que s'inscrit le **rapport des 1000 premiers jours**<sup>30</sup>.

Ce projet national, piloté par le Ministère des Solidarités et de la Santé mets la période périnatale au centre des prérogatives, la posant comme un moment clé en terme de prévention en santé publique, tant pour l'enfant que pour ses parents.

Paru en Septembre 2020, ce rapport pose la nécessité d'une implication de l'ensemble des professionnels de santé de la périnatalité dans le dépistage et la prise en charge de la dépression du post-partum. Il recommande notamment d'améliorer le suivi postnatal grâce à l'entretien postnatal précoce.

**L'entretien postnatal précoce**, recommandé par l'Haute Autorité de Santé (HAS) depuis 2014<sup>31</sup> est une consultation proposée aux couples entre le 8<sup>ème</sup> jour et la 8<sup>ème</sup> semaine suivant l'accouchement (préférentiellement à la 4<sup>ème</sup> semaine<sup>32</sup>).

Réalisé par une sage-femme, il a pour objet de permettre aux patientes d'exprimer leurs besoins voire leurs difficultés et aux professionnels de repérer les premiers signes de troubles psychiques du post-partum ainsi que de dépister leurs facteurs de risques. La sage-femme évalue les besoins des femmes et des couples en termes d'accompagnement et leur propose un suivi adapté en s'appuyant sur les ressources du réseau de santé en périnatalité. Un deuxième entretien entre la 10<sup>ème</sup> et la 14<sup>ème</sup> semaine peut être proposé aux femmes primipares ou aux patientes présentant des signes de dépression ou des facteurs de risques.

**Depuis le 01 Juillet 2022, cet entretien est rendu obligatoire** par l'article 86 de la Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2022<sup>33</sup>.

Il est cependant actuellement peu déployé, y compris chez les femmes présentant des facteurs de risque de troubles psychiques du post-partum. Les professionnels ayant la charge de ces patientes nécessitent une formation au dépistage et à la prise en charge de ces pathologies, et il est primordial d'identifier un réseau territorial pour accompagner au mieux ces patientes.

La **maternité Paule de Viguier** (Centre Hospitalo-Universitaire de Toulouse) est la seule maternité de type 3 d'Occitanie Ouest et la seule maternité publique du Grand Toulouse. Elle prend en charge à la fois les femmes ayant une grossesse à risque de complications nécessitant une prise en charge spécialisée, et les patientes en situation de vulnérabilité psycho-sociale.

Ces patientes, que ce soit par leurs complications obstétricales ou du fait de leur précarité sont à surrisque de dépression du post-partum et de troubles du stress post-traumatique<sup>13,27,34</sup>. Ce sont pourtant souvent les patientes ayant le moins accès aux soins en pré et post-partum, du fait de phénomènes multiples médico-physico-socio-économiques (absence de statut légal, difficultés à se rendre au rendez-vous, barrière de la langue, processus d'acculturation ...).

**Afin de lutter contre le défaut d'interaction entre les patientes et le système de soin, nous avons décidé d'utiliser la période d'hospitalisation en suite de naissance (d'une durée moyenne de trois à cinq jours après l'accouchement) afin d'identifier les patientes à haut risque de troubles psychiques du post-partum et les orienter de manière ciblée vers l'Entretien Post Natal Précoce au sein de la maternité Paule de Viguié.**

Une période pilote de ce dispositif a été mise en place de Septembre à Octobre 2023 afin d'évaluer la qualité du dispositif et les besoins humains nécessaires.

**L'objectif de la présente étude est d'étudier la faisabilité d'un tel parcours et d'évaluer la satisfaction des patientes et des professionnels quant à ce dispositif.**

## MATERIEL ET METHODE

### I- Design de l'étude et population

Il s'agit d'une étude monocentrique, non interventionnelle et prospective avec un recueil rétrospectif des caractéristiques des patientes.

**Un dépistage systématique des patientes à haut risque de troubles psychiques du post-partum a été effectué lors de l'hospitalisation dans le secteur de suites de naissance, en moyenne 3 à 5 jours après l'accouchement.**

Ont été incluses l'ensemble des patientes ayant accouché à la maternité Paule de Viguière entre le 3 Septembre et le 27 Septembre 2023 et ayant accepté de participer. Ont été exclues les patientes mineures ou hospitalisées dans le post-partum dans le cadre d'un rapprochement mère-enfant.

Une notice d'information sur l'étude avec demande de consentement était remise à l'ensemble des patientes à l'arrivée dans le secteur de suite de naissance.

Si la patiente acceptait de participer, un questionnaire lui était remis au cours de l'hospitalisation.

### II- Dépistage des patientes à haut risque de troubles psychiques du post-partum

Le dépistage des patientes à haut risque de troubles psychiques du post-partum s'est effectué **selon plusieurs critères** (Annexe 1 et 2) :

#### - ***Un score > 10 à l'Edinburg Postnatal Depression Scale :***

L'Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) est un auto-questionnaire validé<sup>35</sup> et largement utilisé dans le dépistage de la dépression du post-partum.

Un seuil  $\geq 13$  présente une bonne spécificité et une bonne sensibilité pour le diagnostic de la dépression du post-partum<sup>36</sup>. C'est le seuil utilisé dans l'Enquête Périnatale de 2021 pour définir la prévalence de la dépression du post-partum en France. C'est également le seuil identifiant une dépression du post-partum dans la plupart des études observationnelles<sup>37</sup>.

**Un score > 10 dans le post-partum immédiat** (2 à 3 jours après l'accouchement) présente une bonne sensibilité et une bonne spécificité pour prédire un score à l'EPDS  $\geq 13$  à 4 à 6 semaines<sup>38</sup>.



- **Une réponse autre que « jamais » à la question 10 de l'EPDS « Il m'est déjà arrivé de penser à me faire du mal » :**

Les réponses possibles sont :

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

Nous avons défini comme étant à haut risque de troubles psychiques du post-partum et nécessitant d'une évaluation en urgence par l'équipe de psychiatrie périnatale, les patientes répondant autre chose que « jamais » à la question 10 de l'EPDS.

- **Vécu subjectif :**

Un trouble du stress post-traumatique obstétrical peut survenir après un accouchement qualifié de « physiologique » par les professionnels de santé<sup>23</sup>.

**Un mauvais vécu de l'accouchement semble être associé à un risque de trouble du stress post-traumatique obstétrical à 2 mois de l'accouchement<sup>16</sup>.**

Nous avons demandé aux patientes d'évaluer leur vécu de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum immédiat à l'aide d'une échelle de Likert sur 5 points : Très mauvais – Mauvais – Neutre – Bon – Excellent.

**Les patientes présentant un vécu qualifié de « mauvais » ou « très mauvais » ont été orientées vers l'EPNP.**

La **douleur au moment de l'accouchement** a également été identifiée comme facteur de risque de trouble du stress post-traumatique<sup>23</sup>.

Nous avons donc demandé aux patientes de coter la prise en charge de la douleur au cours de l'accouchement sur une échelle de Likert sur 5 points (Pas du tout– Pas assez – Neutre – Presque suffisamment –Suffisamment).

Nous avons également recueilli dans les dossiers obstétricaux les patientes souhaitant une analgésie péridurale et pour lesquelles cette analgésie n'avait pas été fonctionnelle (non posée à temps, nécessité de plusieurs poses...).

**Les patientes ayant répondu « pas du tout » ou « pas assez » ou ayant eu une analgésie péridurale non fonctionnelle ont été orientées vers l'EPNP.**

- **Accouchement à risque de traumatisme :**

Le critère A du diagnostic de trouble du stress post-traumatique selon le DSM-5 impose que **la patiente ait été exposée de manière directe ou indirecte à un événement traumatique.**

Dans le trouble du stress post-traumatique lié à l'accouchement, cet événement peut donc concerner la patiente ou son enfant.

Ont donc été orientées vers l'EPNP les patientes ayant eu un accouchement susceptible de mettre leur vie en danger :

- Hémorragie de la délivrance > 1 litre <sup>16</sup>
- Patiente nécessitant une surveillance continue suite à l'accouchement avec hospitalisation en Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI), hors surveillance post-opératoire d'une césarienne.

Ont également été orientées vers l'EPNP les patientes ayant vécu une situation à risque pour leur enfant<sup>34</sup>:

- Accouchement instrumental (par spatules, ventouse ou forceps).
- Césarienne en urgence (code orange ou rouge)
- Hospitalisation néonatale de l'enfant dans le service de néonatalogie ou réanimation néonatale.

Par ailleurs, les patientes ayant un score à l'EPDS  $\geq 12$  dans le post-partum immédiat ou ayant répondu un autre item que « jamais » à la question 10 de l'EPDS ont été évaluées par l'équipe de psychiatrie périnatale au cours de l'hospitalisation.

Un score  $\geq 12$  à l'EPDS dans le post partum immédiat a été choisi comme critère de nécessité d'une évaluation psychiatrique en urgence car reflet d'une grande détresse psychologique.

Les patientes répondant aux critères de dépistage du questionnaire rempli pendant le séjour en suite de naissance ont été orientées vers l'EPNP, indépendamment du fait qu'elles aient bénéficié d'une évaluation par l'équipe de psychiatrie périnatale au cours de l'hospitalisation ou qu'elles aient déjà un suivi par un psychiatre en cours.

Les notices d'information, la demande de consentement ainsi que les questionnaires à destinés des patientes étaient **traduits** en anglais, espagnol, arabe, ukrainien et roumain afin de faciliter l'inclusion des patientes issues de l'immigration.

L'EPDS est validé en anglais<sup>36</sup>, arabe<sup>39</sup> et espagnol<sup>40</sup>.

### III- Entretien Postnatal Précoce

Les patientes dépistées comme à haut risque de troubles psychiatriques du post-partum ont été orientées vers **l'EPNP au sein de la maternité Paule de Viguier 1 mois après leur accouchement**. Cet entretien a été réalisé par 2 sage-femmes, préalablement formées au dépistage des symptômes de dépression du post-partum et de PTSD par la psychiatre référente de l'équipe de psychiatrie périnatale et un psychiatre du Centre Expert Stress Traumatique de Toulouse (CEST).

Au cours de l'EPNP, un dépistage systématique de la dépression du post-partum par l'EPDS a été de nouveau réalisé. Le trouble du stress post-traumatique a été recherché en cas de symptômes évocateurs à l'aide du PCL-5, un auto-questionnaire validé dans la littérature pour le dépistage du PTSD<sup>41</sup>.

Un cut-off de 13 à l'EPDS a été choisi pour adresser les patientes à l'équipe de psychiatrie périnatale, en accord avec la littérature.

A l'issue de l'EPNP, les patientes étaient adressées à l'équipe de psychiatrie périnatale en cas de symptômes cliniques, d'EPDS  $\geq 13$  ou de PCL-5  $> 38$  (en accord avec la littérature et les pratiques locales du CEST)<sup>42</sup>.

Un relais vers la PMI, le médecin traitant ou des associations de patientes pouvait également être effectué.

### IV- Évaluation de la satisfaction des patientes et des sage-femmes

**2 mois après l'accouchement, les patientes ayant accepté de participer à l'étude ont été recontactées par mail afin de remplir un questionnaire de satisfaction** (Annexe 4) quant à ce parcours de dépistage.

Le questionnaire était envoyé via une application sécurisée « REDCap » afin de sécuriser les données personnelles des patientes (Annexe 5).

**Une demande de retour d'expérience a également été effectuée auprès des sage-femmes exerçant dans le secteur de suites de naissance** au cours de la période pilote afin d'évaluer l'adhésion du personnel au dépistage et l'impact sur le fonctionnement du service (Annexe 6).

## V- Analyse statistique

Pour l'analyse descriptive, les variables qualitatives sont exprimées en effectifs et pourcentage. Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne et écart-type ou en médiane et premier et troisième quartile.

L'analyse bivariée des variables qualitatives a été effectuée à l'aide d'un test du Chi2 ou d'un test Exact de Fisher si les conditions d'applications du test de Chi2 n'étaient pas respectées.

Pour les variables quantitatives avec une distribution non normale (et/ou des variances hétéroscédastiques), un test de Mann-Whitney a été utilisé. Lorsque leur distribution était normale, un test de Student a été utilisé.

Toutes les p-values reportées sont bilatérales. Le seuil de significativité choisi est  $p < 0,05$ .

Les données ont été analysées grâce au logiciel Stata (V14.2 StataCorp Stata Statistical Software Release, College Station, TX: StataCorp LLC).

## VI- Autorisation éthique

En accord avec les lois françaises d'éthique et le Code de Santé Publique, les patientes ont été informées que leurs données allaient être utilisées pour cette étude et ont donné leur consentement.

Cette étude est inscrite dans le registre internes des études des données du CHU de Toulouse (numéro d'inscription au registre : RnIPH 2023-80) et couverte par la MR-004 (numéro CNIL : 2206723 v 0).

Elle a été approuvée par le CHU de Toulouse qui confirme que les exigences éthiques ont été totalement respectées.

## RESULTATS

### I- Description de la population (Annexe 7)

**Entre le 3 Septembre et le 27 Septembre 2023, 310 patientes ont accouché** à la maternité Paule de Viguiet. 302 étaient éligibles à notre étude et **176 ont accepté de participer**.

Les patientes ayant accouché à la maternité Paule de Viguiet sur la période de notre étude avaient un âge moyen de 32 ans. La majorité des patientes vivaient en couple et étaient d'origine française.

**20% n'étaient pas affiliées au régime général de Sécurité Sociale** (la Couverture maladie universelle (CMU) ou l'Aide médicale de l'État (AME) n'étant pas considérées comme une affiliation au régime général).

17% des patientes présentaient des antécédents psychiatriques et 17% avaient une conduite addictive en cours. 18 % des patientes étaient ou avaient été victime de violence.

A noter, **5% des patientes avaient un antécédent de dépression du post-partum**.

Sur le plan obstétrical, notre population comportait 38% de primipares. 15% ont été hospitalisées pendant la grossesse et 22% ont présenté une anémie en cours de grossesse.

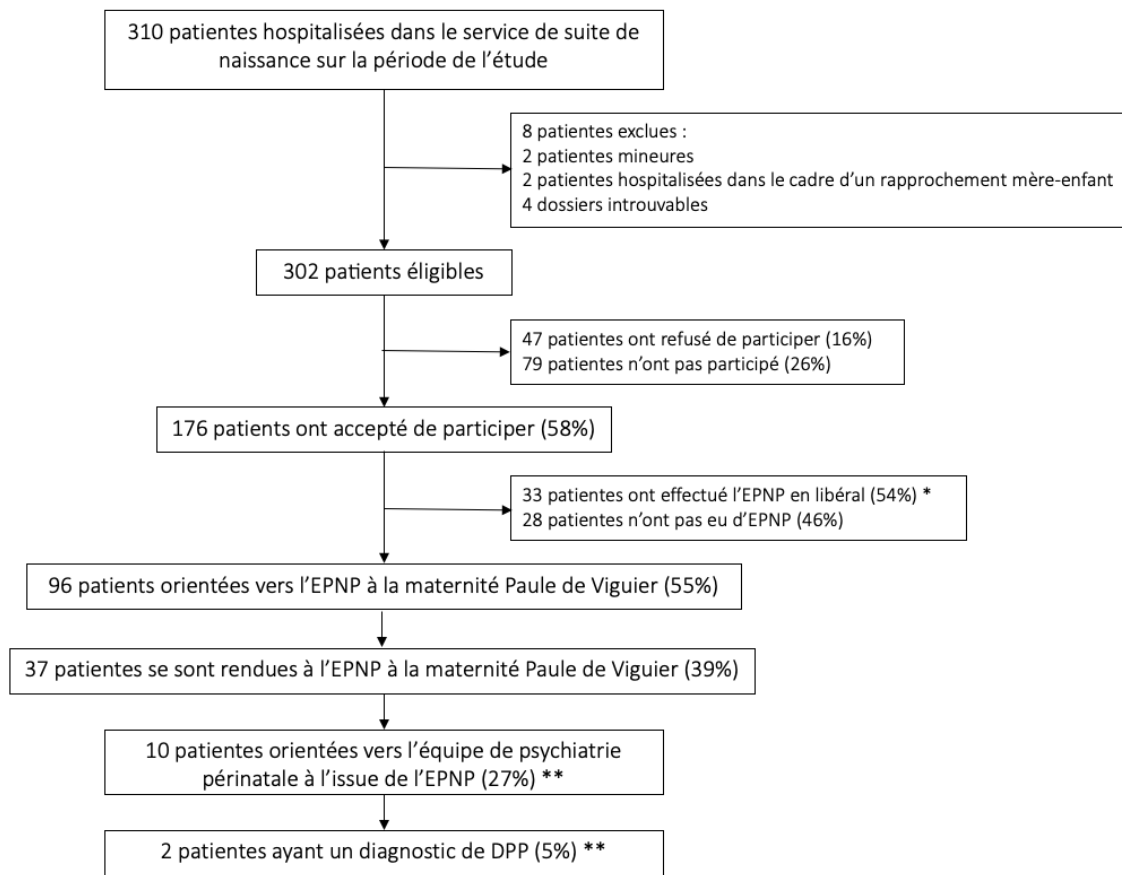
L'accouchement a été déclenché chez 38% des patientes. 25% des patientes ont accouché par césarienne et 12% après assistance instrumentale à la naissance.

L'accouchement a été compliqué d'une hémorragie de la délivrance de plus d'1 litre chez 8% des patientes. 8% des patientes ont été hospitalisées en SSPI suite à l'accouchement, hors surveillance post-opératoire de césarienne.

4% des bébés présentaient une acidose néonatale avec un pH artériel < 7,10.

Au cours de l'hospitalisation en suites de naissance, 9% des patientes ont présenté une anémie. Parmi les 176 patientes ayant accepté de participer à l'étude, **31 patientes (18%) ont bénéficié d'une consultation avec un membre de l'équipe de psychiatrie périnatale** (psychiatre ou psychologue) au cours de l'hospitalisation en suite de naissance.

**Figure 1 : Flow-chart**



\* : Total = Nombre de patientes ayant répondu au questionnaire via REDCap (118)

\*\* : Total = Nombre de patientes s'étant rendues à l'EPNP à la maternité Paule de Viguié.

DPP : Dépression du Post-Partum.

## II- Évaluation du parcours de dépistage des patientes à haut risque de troubles psychiques du post-partum

176 patientes (58%) ont accepté de participer à notre étude.

Au cours de l'hospitalisation en suite de naissance, 75% questionnaires ont été remplis entre le 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> jour du post-partum (Tableau I).

Le score moyen à l'EPDS était de 6.

5 patientes n'ont pas répondu « jamais » à la question 10 de l'EPDS (« Avez-vous déjà pensé à vous faire du mal ? »).

**Tableau I : Résultats**

<b>Questionnaire en suite de naissance <sup>A</sup></b>	
<b>Délai accouchement – réponse au questionnaire (jours) med [Q1 ; Q3]</b>	3 [2 ; 3]
<b>Score EPDS med [Q1 ; Q3]</b>	5 [2 ; 9]
<b>Réponse autre que « jamais » à la question 10 n (%) <sup>a</sup></b>	5 (3)
<b>Vécu de la grossesse « Très mauvais » ou « Mauvais » n (%) <sup>b</sup></b>	26 (15)
<b>Vécu de l'accouchement « Très mauvais » ou « Mauvais » n (%) <sup>c</sup></b>	25 (14)
<b>Douleur au moment de l'accouchement n (%) <sup>d</sup></b>	21 (12)
<b>Vécu du post-partum immédiat « Très mauvais » ou « Mauvais » n (%) <sup>e</sup></b>	10 (6)
<b>Consultation avec l'équipe de périnatalité pendant l'hospitalisation en suite de naissance n (%)</b>	31 (18)
<b>Entretien post-natal précoce</b>	
<b>EPNP à la maternité Paule de Viguier proposée n (%)</b>	96 (55)
<b>EPNP effectué en libéral n (%) <sup>B</sup></b>	33 (54)
<b>Rendez-vous d'EPNP à la maternité Paule de Viguier honoré n (%) <sup>C</sup></b>	37 (39)
<b>Score à l'EPDS lors l'EPNP à la maternité Paule de Viguier med [Q1 ; Q3]</b>	5 [3 ; 8]
<b>Score &gt; 10 <sup>f</sup></b>	6 (16)
<b>Score &gt; 12 <sup>f</sup></b>	2 (5)
<b>Signes d'anxiété n (%) <sup>D</sup></b>	9 (24)
<b>Signes de PTSD n (%) <sup>D</sup></b>	0
<b>Patientes adressées à l'équipe de psychiatrie périnatale n (%) <sup>D</sup></b>	13 (32)
<b>Diagnostic de dépression du post-partum n (%) <sup>D</sup></b>	2 (5)
<b>Diagnostic de PTSD n (%) <sup>D</sup></b>	0

<sup>A</sup> : Total = Nombre de patientes ayant accepté de participer à l'étude (176)

<sup>B</sup> : Total = Nombre de patientes ayant répondu au questionnaire via RedCap – les patientes orientées vers l'EPNP à la maternité Paule de Viguier.

<sup>C</sup> : Total: Nombre de patients orientées vers l'EPNP à la maternité Paule de Viguier.

<sup>D</sup> : Total = Nombre de patients ayant honoré leur rendez-vous d'EPNP à la maternité Paule de Viguier.

Données manquantes : n (%) :

<sup>a</sup> 3 (1.7) <sup>b</sup> 3 (1.7) <sup>c</sup> 5 (2.8) <sup>d</sup> 6 (3.4) <sup>e</sup> 5 (2.8) <sup>f</sup> 2 (5.4)

EPDS : Edinburg Postnatal Depression Scale. EPNP : Entretien Postnatal Précoce. PTSD : Trouble du Stress Post-Traumatique.

### *II.1. Caractéristiques des patientes participant à l'étude.*

Les **patientes n'ayant pas participé à l'étude** (refus de participation ou étude non proposée à la patiente par le personnel soignant) étaient plus souvent **célibataires** (18% vs 5%,  $p < 0,001$ ), **issues de l'immigration** (50% vs 35%,  $p = 0,048$ ) **et sans emploi** (54% vs 29%,  $p < 0,001$ ), (Tableau II). Elles étaient plus fréquemment **non francophones** (73% vs 89%,  $p = 0,001$ ) **et non affiliées au régime général de Sécurité Sociale** (couverture sociale par la CMU ou l'AME ou absence de couverture sociale, 36% vs 15%,  $p < 0,001$ ).

Elles étaient également plus fréquemment en situation de **précarité financière** (29% vs 10%,  $p < 0,001$ ), et suivies par une assistante sociale (22% vs 10%,  $p = 0,001$ ).

Sur le plan obstétrical, les patientes n'ayant pas participé à l'étude étaient plus souvent multipares. Les autres caractéristiques étaient similaires à celles des patientes ayant participé.

**Tableau II :** Comparaison des caractéristiques des patientes ayant participé à l'étude et n'ayant pas participé (refus de participation ou questionnaire non remis par le personnel soignant).

<b>Caractéristiques maternelles</b>			
	<b>Patientes ayant participé à l'étude (n=176)</b>	<b>Patientes n'ayant pas participé à l'étude (n=125) *</b>	<b>p-value</b>
<b>Age moy (sd)</b>	32 (5.43)	32 (5.87)	0.6991 <sup>Ω</sup>
<b>IMC n (%)</b>			0,148 <sup>δ</sup>
< 25	94 (53)	53 (43)	
[25-29]	46 (26)	44 (36)	
≥ 30	26 (20)	26 (21)	
<b>Statut marital n (%) <sup>a</sup></b>			0,001 <sup>δ</sup>
Mariée /PACS/ concubinage	145 (95)	80 (82)	
Célibataire	8 (5)	18 (18)	
Veuve	0 (0)	0 (0)	
<b>Origine géographique n (%) <sup>b</sup></b>			0.048 <sup>δ</sup>
Europe centrale	82 (7)	42 (34)	
DOM/TOM	6 (3)	6 (5)	
Issue de immigration	61 (35)	62 (50)	
<b>Niveau d'étude n (%) <sup>c</sup></b>			0,833 <sup>f</sup>
Néant	2 (2)	2 (3)	
Primaire ou secondaire	23 (19)	13 (19)	
Technique ou Universitaire	99 (80)	54 (78)	
<b>Emploi en cours n (%) <sup>d</sup></b>	125 (71)	57 (46)	<0.001 <sup>δ</sup>
<b>Francophone n (%) <sup>e</sup></b>	157 (89)	91 (73)	0.001 <sup>f</sup>
<b>Couverture sociale n (%) <sup>f</sup></b>			< 0,001 <sup>f</sup>
Sécurité sociale	125 (85)	65 (64)	
CMU ou AME	20 (14)	30 (30)	
Pas de couverture sociale	2 (1)	6 (6)	
<b>Précarité financière n (%) <sup>g</sup></b>	17 (10)	36 (29)	<0.001 <sup>δ</sup>
<b>Suivi par une assistante sociale n (%) <sup>h</sup></b>	17 (10)	28 (22)	0.001 <sup>δ</sup>
<b>Pathologie chronique n (%)</b>	54 (31)	34 (27)	0.232 <sup>f</sup>
<b>Antécédent psychiatrique n (%) <sup>i</sup></b>			0,763 <sup>f</sup>
Dépression	8 (5)	7 (6)	
Tentative de suicide	1 (0,6)	2 (2)	
PTSD	1 (0,6)	0 (0)	
DPP	7 (4)	7 (6)	
Autre pathologie psychiatrique	13 (8)	6 (5)	
<b>Addiction en cours n (%) <sup>j</sup></b>			
Tabac	25 (14)	19 (15)	0.412 <sup>f</sup>
OH	0 (0)	2 (2)	0.111 <sup>f</sup>
Cannabis	3 (2)	1 (1)	0.421 <sup>f</sup>
<b>Addiction sevrée n (%) <sup>k</sup></b>			0.284 <sup>f</sup>
Tabac	10 (6)	4 (3)	
OH	1 (0.6)	0 (0)	
Cannabis	0 (0)	0 (0)	
Héroïne	0 (0)	1 (0.8)	
<b>Violence n (%) <sup>l</sup></b>			
Conjugale en cours	3 (2)	3 (2)	0.655 <sup>f</sup>
Antécédent de violence conjugale	9 (5)	6 (5)	0.751 <sup>δ</sup>
Familiale	10 (6)	3 (2)	0.331 <sup>δ</sup>
Professionnelle	3 (2)	0 (0)	0.331 <sup>f</sup>
Sexuelle	11 (6)	6 (5)	0.690 <sup>δ</sup>
<b>Contexte obstétrical</b>			
<b>Parité n (%)</b>			0.050 <sup>δ</sup>
0	77 (44)	37 (30)	
1	63 (36)	46 (37)	
>	37 (21)	42 (34)	
<b>Antécédent de MFIU, FCT ou IMG n (%)</b>	10 (6)	6 (5)	0,737 <sup>δ</sup>
<b>Antécédent de décès néonatal n (%)</b>	3 (2)	4 (3)	0.455 <sup>f</sup>
<b>Antécédent d'accouchement traumatique n (%)</b>	10 (6)	10 (8)	0.426 <sup>δ</sup>
<b>Antécédent d'enfant hospitalisé en réanimation n (%)</b>	15 (9)	12 (10)	0.293 <sup>f</sup>



<b>Grossesse actuelle</b>			
<b>Obtention de la grossesse</b> n(%) <sup>m</sup>			0.109 <sup>o</sup>
Spontanée désirée	125 (71)	87 (70)	
Spontanée non désirée	34 (19)	21 (17)	
PMA	9 (5)	3 (2)	
<b>Consultation en urgence</b> n (%)	83 (47)	51 (41)	0.274 <sup>o</sup>
<b>Durée moyenne d'hospitalisation</b> moy (sd)	0.86 (4)	1 (5)	0.6361 <sup>µ</sup>
<b>Suivi d'une pathologie fœtale au CPDPN</b> n (%)	26 (15)	17 (14)	0.774 <sup>o</sup>
<b>Pathologie de grossesse</b> n (%)			
Anémie	34 (19)	31 (25)	0.255 <sup>o</sup>
Diabète gestationnel	36 (21)	30 (24)	0.464 <sup>o</sup>
Pré éclampsie	3 (2)	2 (2)	>0.999 <sup>f</sup>
Autre	23 (13)	12 (10)	0.355 <sup>o</sup>
<b>Accouchement</b>			
<b>Déclenchement de l'accouchement</b> n (%)			0.913 <sup>f</sup>
Maturation par Angusta	41 (23)	28 (22)	
Maturation par Propess	6 (3)	4 (3)	
Maturation par ballonnet	13 (7)	10 (8)	
Déclenchement par Ocytocine seul	8 (5)	3 (2)	
<b>Accouchement prématuré</b> n (%)			
< 32 SA	3 (2)	2 (2)	>0.999 <sup>f</sup>
< 37 SA	14 (8)	8 (6)	0.610 <sup>o</sup>
<b>Analgésie péridurale efficace pendant le travail</b> n (%)	166 (94)	118 (94)	0.976 <sup>o</sup>
<b>Durée du travail</b> n (%)			0,183 <sup>o</sup>
< 6h	86 (49)	72 (58)	
6-12h	56 (32)	28 (23)	
≥ 12h	33 (19)	24 (19)	
<b>Césarienne</b> n (%)			0.288 <sup>f</sup>
Programmée	15 (9)	15 (12)	
Code vert	20 (11)	16 (13)	
Code orange	5 (3)	0 (0)	
Code rouge	1 (1)	1 (1)	
<b>Assistance instrumentale à la naissance</b> n (%)			0.081 <sup>f</sup>
Spatules	18 (10)	4 (3)	
Ventouse	6 (3)	6 (5)	
Forceps	1 (0.6)	1 (0.8)	
<b>Épisiotomie</b> n (%)	15 (9)	3 (2)	0.027 <sup>f</sup>
<b>LOSA garde III ou IV</b> n (%)	4 (2.3)	0 (0)	0.144 <sup>f</sup>
<b>Hémorragie de la délivrance &gt; 1 L</b> n (%)	21 (12)	4 (3)	0.005 <sup>f</sup>
<b>pH néonatal &lt; 7,1</b> n (%)	10 (6)	3 (2)	0.151 <sup>f</sup>
<b>Hospitalisation maternelle en SSPI</b> <sup>A</sup> n (%)	17 (10)	6 (5)	0.118 <sup>o</sup>
<b>Hospitalisation néonatale</b> n (%)	10 (6)	8 (6)	0,796 <sup>o</sup>
<b>Post-partum immédiat</b>			
<b>Allaitement</b> n (%) <sup>n</sup>			0.652 <sup>f</sup>
Artificiel	39 (22)	24 (19)	
Maternel	111 (63)	77 (62)	
Mixte	25 (14)	22 (18)	
<b>Échec de l'allaitement</b> n (%)	11 (6)	3 (2)	0.069 <sup>f</sup>
<b>Anémie dans le post-partum</b> <sup>B</sup> n (%)	19 (11)	8 (6)	0.105 <sup>f</sup>
<b>Complications maternelles dans le post-partum</b> n (%)	11 (6)	8 (6)	0.692 <sup>f</sup>

<sup>Ω</sup>: T-Test

<sup>o</sup>: Test du Chi 2

<sup>f</sup>: Test Exact de Fisher

<sup>µ</sup>: Test de Mann-Whitney

Données manquantes : Patientes ayant participé à l'étude n (%) / Patientes n'ayant pas participé à l'étude n (%)

<sup>a</sup> 23(13)/27 (22) <sup>b</sup> 27(15)/15(12) <sup>c</sup> 52(30)/56(45) <sup>d</sup> 7(4)/17(14) <sup>e</sup> 4(2)/7(6) <sup>f</sup> 29(17)/24(19) <sup>g</sup> 59(34)/44(35) <sup>h</sup> 57(32)/48(38)

<sup>i</sup> 17(10)/14(21) <sup>j</sup> 2(1)/4(3) <sup>k</sup> 2(1)/4(3) <sup>l</sup> 57(32)/45(36) <sup>m</sup> 8(5)/14(11) <sup>n</sup> 1(0,6)/2(2)

<sup>A</sup> : Hors surveillance post-opératoire d'une césarienne.

<sup>B</sup> : Nécessitant une perfusion de fer par voie intra veineuse ou une transfusion.

\* Patientes n'ayant pas participé à l'étude : Patientes ayant refusé de participer à l'étude et patientes a qui l'étude n'a pas été proposé par le personnel soignant.

## II.2. Patientes orientées vers l'EPNP.

**96 patientes (55%) ont été dépistées comme étant à haut risque de troubles psychiques du post-partum et ont été orientées vers l'Entretien Postnatal Précoce au sein de notre maternité.**

### II.2.a. Caractéristiques des patientes orientées vers l'EPNP (Annexe 8)

Les patientes orientées vers l'EPNP à la maternité étaient plus fréquemment **primipares** (56% vs 28%,  $p=0,001$ ), avec une **grossesse issue de la PMA** (9% vs 0%,  $p=0,001$ ) et avaient plus fréquemment été **hospitalisées pendant la grossesse** (22% vs 8%,  $p=0,008$ ). Elles avaient également plus souvent été **anémiées pendant la grossesse** (27% vs 10%,  $p=0,004$ ).

### II.2.b. Critères d'orientation vers l'EPNP

47% des patientes étaient orientées vers l'EPNP sur un seul critère positif au questionnaire initial.

Lorsqu'un seul critère était positif au questionnaire initial, il s'agissait le plus souvent d'un accouchement instrumental (33%), d'un score  $> 10$  à l'EPDS (18%) ou d'un mauvais vécu de la grossesse (16%).

#### ➤ *EPDS et vécu subjectif de la grossesse :*

34 patientes ont été orientées pour un score à l'EPDS  $> 10$ , ce qui représente 36% des patientes orientées.

**5 patientes (5%) ont été orientées pour une réponse autre que « jamais » à la question 10 de l'EPDS.**

Concernant le vécu subjectif de la grossesse, 26 patientes (28%) ont été orientées pour un mauvais vécu de la grossesse, 25 patientes (27%) pour un mauvais vécu de l'accouchement et 10 patientes (11%) pour un mauvais vécu du post-partum immédiat.

**Un vécu « mauvais » ou « très mauvais » de la grossesse, de l'accouchement ou du post-partum immédiat était associé de manière significative à un score à l'EPDS  $> 10$  dans le post-partum immédiat ( $p \leq 0,001$ , Tableau III).**

16 patientes (18%) ont été orientées pour une douleur insuffisamment soulagée au cours du travail ou de l'accouchement. Une **douleur insuffisamment soulagée au cours du travail était associée de manière significative à un score à l'EPDS  $> 10$**  (28% chez les patientes insuffisamment soulagées vs 9% ayant eu une prise en charge antalgique adaptée,  $p=0,006$ ).

**Tableau III :** Association entre un score à l'EPDS > 10 dans le post-partum immédiat et le vécu subjectif des patientes.

	Score EPDS ≤ 10	Score EPDS >10	p-value (test)
Vécu de la grossesse : « mauvais » ou « très mauvais » n (%)	12 (9)	14 (41)	<0.001 <sup>d</sup>
Vécu de l'accouchement : « mauvais » ou « très mauvais » n (%)	12 (9)	13 (39)	<0.001 <sup>f</sup>
Douleur : « pas du tout » ou « pas assez » n (%)	12 (9)	9 (28)	0.006 <sup>f</sup>
Vécu du post-partum immédiat: « mauvais » ou « très mauvais » n (%)	3 (2)	7 (21)	0.001 <sup>f</sup>

<sup>d</sup> : Test du Chi 2  
<sup>f</sup> : Test Exact de Fisher

➤ *Accouchement à risque de traumatisme :*

57 patientes (60%) ont eu un accouchement à risque de traumatisme selon nos critères avec dans la majorité des cas, un seul critère d'accouchement à risque de traumatisme positif (70%).

31 des patientes orientées (32%) ont eu un accouchement à risque de mise en jeu de la vie maternelle (Hémorragie de la délivrance > 1L dans 21% des cas, APD non fonctionnelle dans 7%, hospitalisation maternelle en SSPI dans le post-partum immédiat dans 16%).

Un risque pour la vie de l'enfant est retrouvé chez 39 patientes orientées (41%) avec 24% d'accouchements instrumentaux, 6% de césarienne en urgence code orange ou rouge et 9% d'hospitalisation néonatale.

A noter, l'accouchement à risque de traumatisme n'était associé à un mauvais vécu de l'accouchement que dans 37% des cas (Tableau IV).

**Tableau IV :** Association entre un accouchement à risque de traumatisme et un mauvais vécu (« Mauvais » ou « Très mauvais ») de l'accouchement.

	Vécu « Mauvais » ou « Très mauvais » de l'accouchement
Accouchement à risque de traumatisme <sup>a</sup> n (%)	18 (28)
Mise en jeu de la vie maternelle <sup>b</sup> n (%)	17 (30)
Hémorragie de la délivrance > 1L <sup>c</sup> n (%)	8 (38)
Analgésie péridurale non fonctionnelle	4 (40)
Hospitalisation maternelle en SSPI dans le post-partum immédiat	8 (47)
Mise en jeu de la vie de l'enfant <sup>d</sup> n (%)	6 (40)
Accouchement instrumental <sup>c</sup> n (%)	6 (24)
Césarienne code orange ou code rouge <sup>c</sup> n (%)	4 (67)
Hospitalisation néonatale <sup>c</sup> n (%)	3 (30)

<sup>a</sup>: Critère composite comprenant les accouchements avec mise en jeu de la vie maternelle et de la vie de l'enfant. Total = 65.

<sup>b</sup>: Critère composite comprenant les accouchements avec mise en jeu de la vie maternelle (Hémorragie de la délivrance > 1 L, accouchement instrumental, analgésie péridurale non fonctionnelle, hospitalisation maternelle en SPPI dans le post-partum immédiat). Total = 56.

<sup>c</sup>: Total = nombre de patientes ayant accepté de participer et dont l'accouchement remplit ce critère.

<sup>d</sup>: Critère composite comprenant les accouchements avec mise en jeu de la vie de l'enfant (Hospitalisation néonatale, césarienne code orange ou rouge). Total = 15.

### *II.3. Entretien Postnatal Précoce à la maternité Paule de Viguier.*

**37 patientes (39%) ont observé leur rendez-vous.**

A l'EPNP, le score moyen à l'EPDS était de 11 avec une médiane à 5. Neuf patientes (24%) présentaient des signes d'anxiété.

**A l'issue de l'EPNP à la maternité Paule de Viguier, 10 patientes (27%) ont été orientées vers l'équipe de psychiatrie périnatale.**

**2 patientes ont eu un diagnostic de dépression du post-partum (5%)** après consultation avec un psychiatre.

1 seule de ces patientes a été diagnostiquée suite à l'EPNP. L'autre patiente avait été orientée à l'EPNP mais ne s'y est pas rendu du fait d'un suivi avec l'équipe de psychiatrie périnatale déjà en place.

Aucun diagnostic de trouble du stress post-traumatique n'a été posé.

#### II.3.a Patientes adressées à l'équipe de psychiatrie périnatale à l'issue de l'EPNP.

**Les patientes adressées à l'équipe de psychiatrie périnatale avaient plus fréquemment été orientées vers l'EPNP du fait d'un score élevé à l'EPDS** rempli lors de l'hospitalisation en suite de naissance (Tableau V).

30% des patientes ayant un score à l'EPDS > 10 dans le post-partum immédiat avaient un score  $\geq 13$  lors de l'EPNP.

**Le nombre de critères positifs au questionnaire initial** rempli au cours de l'hospitalisation en suite de naissance **n'était pas associé à l'adressage vers l'équipe de psychiatrie périnatale à l'issue de l'EPNP** (1,8 critères positifs en moyenne pour les patientes adressées vers l'équipe de psychiatrie périnatale contre 0,92 pour les patientes non adressées,  $p = 0,1237$ ).

Un score > 10 associé à un autre critère positif au questionnaire initial n'était pas plus souvent associé avec l'adressage vers l'équipe de psychiatrie périnatale ( $p > 0,99$ ).

Du fait du faible effectif, nous n'avons pas pu mettre en évidence d'autres différences significatives entre les deux groupes (patientes adressées à l'équipe de psychiatrie périnatale à l'issue de l'EPNP comparées aux patientes non adressées à l'issue de l'EPNP).

Nous pouvons cependant relever que les **patientes adressées vers l'équipe de psychiatrie périnatale** avaient plus fréquemment été orientées vers l'EPNP du fait d'une **réponse autre que jamais à la question 10 de l'EPDS, un mauvais vécu de l'accouchement ou une douleur insuffisamment soulagée au cours du travail** (Tableau V).

### II.3.b Patientes non adressées à l'équipe de psychiatrie périnatale à l'issue de l'EPNP.

En revanche, les patientes orientées vers l'EPNP pour un accouchement instrumental, une césarienne code orange, une hospitalisation maternelle en SSPI ou néonatale étaient moins fréquemment adressées à l'équipe de psychiatrie périnatale à l'issue de l'EPNP, sans que ces différences soient significatives.

**Le nombre de critères d'accouchement à risque de traumatisme n'était pas associé à l'adressage vers l'équipe de psychiatrie périnatale à l'issue de l'EPNP**, sous réserve d'effectif très restreint. 14,3% (1) des patientes adressée vers l'équipe de psychiatrie périnatale à l'issue de l'EPNP avait plusieurs critères d'accouchement à risque de traumatisme, tandis que 29% (5) des patientes adressées n'avaient qu'un seul critère d'accouchement à risque de traumatisme.

**Tableau V** : Comparaison des critères d'adressage à l'EPNP des patientes adressées à l'équipe de psychiatrie périnatale à l'issue de l'EPNP.

	Patientes adressées à l'équipe de psychiatrie (n=10)	Patientes non adressées (n=26)	p-value (test)
<b>EPDS n (%)</b>			
Score > 10	7 (70)	3 (12)	0.001 <sup>f</sup>
Score ≥ 12	5 (50)	3 (12)	0.024 <sup>f</sup>
Réponse autre que « jamais » à la question 10	1 (10)	0 (0)	0.172 <sup>f</sup>
<b>Vécu subjectif : « Mauvais » ou « Très mauvais » n (%)</b>			
Grossesse	2 (20)	8 (31)	0.689 <sup>f</sup>
Accouchement	4 (40)	7 (27)	0.454 <sup>f</sup>
Douleur	3 (30)	3 (12)	0.317 <sup>f</sup>
Post-partum immédiat	1 (10)	4 (15)	>0.999 <sup>f</sup>
<b>Accouchement à risque de traumatisme :</b>			
<i>Mise en jeu de la vie maternelle</i>			
<b>HPP &gt; 1L</b>	1 (10)	8 (30)	0.393 <sup>f</sup>
<b>Accouchement par spatules</b>	2 (20)	9 (33)	0.291 <sup>f</sup>
<b>Forceps</b>	0 (0)	0 (0)	
<b>Ventouse</b>	1 (10)	0 (0)	
<b>APD non fonctionnelle</b>	1 (10)	1 (4)	0.473 <sup>f</sup>
<b>Hospitalisation en SSPI dans le post-partum immédiat</b>	2 (20)	7 (26)	>0.99 <sup>f</sup>
<i>Mise en jeu de la vie de l'enfant</i>			
<b>Hospitalisation en néonatalogie ou en réanimation</b>	0 (0)	4 (15)	0.557 <sup>f</sup>
<b>Césarienne code orange</b>	0 (0)	2 (7)	>0.99 <sup>f</sup>
<b>Césarienne code rouge</b>	0 (0)	0 (0)	

<sup>f</sup> : Test Exact de Fisher

### III- Évaluation du parcours (Annexe 9)

118 (66%) patientes ayant accepté de participer à l'étude ont répondu au questionnaire envoyé à 1 mois du post-partum.

**58% ont eu un Entretien Postnatal Précoce, que ce soit en libéral ou à la maternité Paule de Viguier.**

35% des patientes ont consulté un professionnel de santé pour discuter du vécu de l'accouchement en dehors de l'EPNP.

#### *III.1. Satisfaction des patientes vis-à-vis du parcours de dépistage.*

60% des patientes considéraient que le séjour en suite de naissance était un moment adéquat pour dépister les troubles psychiques du post-partum, sans que le fait de discuter d'émotions négatives n'ait angoissé les patientes (93%).

Le questionnaire a été évalué comme facile à remplir par la majorité des patientes.

Il a permis aux patientes de parler plus facilement de leur vécu de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum avec leurs proches (40%) et avec les professionnels de santé (43%).

80% des patientes se disent capables de demander de l'aide si elles en ressentent le besoin.

14% des patientes auraient souhaité un entretien systématique dédié au dépistage des troubles psychiques du post-partum au cours de l'hospitalisation en suite de naissance, que ce soit par une sage-femme, un psychologue ou un médecin.

#### III.1.a. Patientes orientées vers l'EPNP à la maternité Paule de Viguier.

**Les motifs principalement évoqués pour l'absence d'observance à l'EPNP étaient :** la réalisation de l'EPNP avec un autre professionnel (26%), l'absence de besoin ressenti (21%), la difficulté à se rendre au rendez-vous du fait de l'absence de mode de garde pour l'enfant (17%) ou de l'éloignement géographique (14%).

**79% des patientes se disent satisfaites de l'EPNP.** 31% auraient cependant préféré une téléconsultation.

#### III.1.b. Patientes non orientées vers l'EPNP à la maternité.

54% des patientes non orientées vers l'EPNP à la maternité ont réalisé l'EPNP avec une sage-femme en libéral. 41% aurait aimé que l'EPNP leur soit proposé à la maternité, dont 7% qui auraient souhaité une téléconsultation.

### *III.2. Évaluation de la satisfaction du personnel soignant (Annexe 10)*

100% des sage-femmes ayant répondu au questionnaire (12) estiment que l'hospitalisation en suite de naissance est un moment adéquat pour dépister les troubles psychiques du post-partum.

**La charge de travail supplémentaire** liée au parcours de **dépistage a été jugée comme acceptable** par 70% des sage-femmes.

L'ensemble des sage-femmes ayant répondu au questionnaire mettent en avant un besoin de formation au dépistage des troubles psychiques du post-partum.

La **barrière de la langue** était évoquée comme principal frein au remplissage du questionnaire.

## DISCUSSION

Une meilleure identification des femmes à risque de troubles psychiques du post-partum constitue un enjeu de santé publique afin d'améliorer la prise en charge et de diminuer la morbi-mortalité associée avec ces pathologies.

### I- Dépistage des patientes à haut risque de troubles psychiques du post-partum

Les facteurs de risque de dépression du post-partum et de trouble du stress post-traumatique sont multiples. Au vu des caractéristiques des patientes prises en charge au sein de la maternité Paule de Viguier, que ce soit psychosociales ou obstétricales, ils ne permettent pas d'identifier de manière discriminante les femmes à haut risque de troubles psychiques du post-partum.

**L'Edinburg Postnatal Depression Scale est un outil validé et facile d'utilisation** pouvant aider au dépistage des patientes présentant des symptômes de dépression du post-partum.<sup>35</sup>

Un **dépistage systématique** de la dépression du post-partum à l'aide de l'EPDS a montré sa **supériorité par rapport à une évaluation de routine clinique**<sup>43</sup>.

**L'utilisation de l'EPDS** comme outil de dépistage dans le **post-partum immédiat** semble permettre une identification appropriée des patientes à risque de présenter des symptômes dépressifs à 1 mois de l'accouchement<sup>38</sup>.

Hannah *et al.*<sup>44</sup> retrouvent un risque relatif de 8 d'avoir un score à l'EPDS  $\geq 10$  quatre à six semaines après l'accouchement en cas de score à l'EPDS  $\geq 10$  dans les 5 jours suivant l'accouchement. Le même rapport de risque est retrouvé entre un score à l'EPDS  $\geq 13$  à cinq jours et quatre à six semaines. Dans leur étude, les patientes présentant un score à l'EPDS  $\geq 13$  quatre à six semaines après l'accouchement avaient un score dans les cinq jours suivant l'accouchement  $\geq 10$  dans 68% des cas et un score  $\geq 13$  dans 48%.

**Notre étude confirme l'association entre un score  $>10$  à l'EPDS lors de l'hospitalisation en suite de naissance et des symptômes dépressifs à 1 mois.**

Nous retrouvons une valeur prédictive d'un score à l'EPNP  $> 10$  dans le post-partum immédiat de 29% pour prédire un score  $\geq 13$  à 4 semaines, ce qui est cohérent avec les résultats de Teissèdre *et al.*<sup>38</sup>

Un score  $\geq 13$  dans le post-partum immédiat pourrait permettre de cibler de manière plus spécifique les patientes à risque de développer des symptômes dépressifs à 1 mois du post-partum. Cependant, notre parcours s'inscrivant dans une logique de dépistage, il **nous paraît**



**important de prioriser la sensibilité** du test aux dépens de sa spécificité, et donc de conserver un score  $\geq 10$  dans le post-partum immédiat.

Au cours de la période pilote d'un mois, **5 patientes (3%)** ont répondu **avoir déjà pensé à se faire du mal**. Dans l'ensemble de ces cas, la **sage-femme s'occupant de la patiente** a rapporté **ne pas avoir identifié la souffrance psychique** de la patiente avant de recueillir le questionnaire. A l'issue de l'entretien par la sage-femme, ces patientes ont pu bénéficier d'une évaluation par l'équipe de psychiatrie périnatale.

L'EPDS peut également être un outil pour les équipes soignantes afin de **discriminer les patientes nécessitant une évaluation immédiate** par un psychiatre ou psychologue et celles présentant des symptômes « physiologiques » de baby blues permettant ainsi de réduire la pression de demande sur l'équipe de psychiatrie périnatale.

## II- Entretien Postnatal Précoce à la maternité Paule de Viguié

La réalisation de l'EPNP s'inscrit depuis Juillet 2022 dans le cadre légal de l'offre de soin obligatoirement proposée à toute parturiente. En tant qu'établissement public, la maternité Paule de Viguié se doit de contribuer à favoriser l'accès aux soins pour l'ensemble des patientes.

Dans notre étude, la majorité des patientes orientées vers **l'EPNP à la maternité Paule de Viguié** en ont été **satisfaites**. 44% des patientes non orientées auraient souhaité que cet entretien leur soit proposé.

En revanche, 39% des patientes orientées vers l'EPNP à la maternité Paule de Viguié ne se sont pas rendues à leur rendez-vous. Dans un tiers des cas, le motif de ce défaut d'observance était la **réalisation de l'EPNP avec un praticien libéral**.

Dans ses préconisations pour la pratique clinique<sup>32</sup>, le Collège National des Sage-Femmes (CNSF) recommande que l'EPNP soit réalisé par une sage-femme ou médecin connaissant l'environnement social et familial de la femme et ayant si possible réalisé l'Entretien Prénatal Précoce (EPP).

Lorsqu'il était réalisé à la maternité, cet entretien a majoritairement eu un **rôle de coordination** des soins avec une évaluation des besoins médico-psycho-sociaux des patientes et l'orientation vers les structures et soignants adaptés : psychologues et psychiatres, PMI, médecins généralistes, assistantes sociales, associations de patientes, Lieux d'Accueil Enfant-Parents (LEAP) ...

Un tiers de patientes ont été orientées vers l'équipe de psychiatrie périnatale à l'issue de l'EPNP.

### III- Diagnostic de Dépression du Post-Partum

Dans notre étude, le **diagnostic de dépression du post-partum a été posé chez 5% des patientes**. Ce chiffre, très inférieur au 17% de l'Enquête Périnatale peut cependant être expliqué par plusieurs facteurs.

Tout d'abord, le diagnostic de dépression du post-partum est évalué **très précocement**, l'EPNP se déroulant un mois après l'accouchement. Or, la dépression périnatale peut apparaître tout au long de l'année suivant la naissance de l'enfant. L'Enquête Nationale Périnatale définit la prévalence de dépression du post-partum par un score à l'EPDS  $\geq 13$  deux mois après l'accouchement.<sup>45</sup>

Selon l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) 2024, le délai moyen de survenue du suicide suite à un trouble psychique après l'accouchement est de 4 à 5 mois.<sup>26</sup> Bien que les symptômes dépressifs puissent apparaître préalablement, un certain nombre de patientes n'ont pas encore développé de symptômes à 1 mois du post-partum.

De plus, comme l'a mis en évidence Doncarli *et al*<sup>46</sup>, il existe une **disparité régionale dans la prévalence de la dépression du post-partum en France** et nous ne connaissons pas l'épidémiologie exacte au sein de la population toulousaine, et encore moins de la population des patientes accouchant à la maternité Paule de Viguier.

Par ailleurs, ce dépistage s'étant inscrit dans le cadre d'une période pilote avec une étude évaluant la satisfaction des patientes, il n'a pas été appliqué à l'ensemble des patientes ayant accouché à la maternité.

Or, les **patientes n'ayant pas participé à ce dépistage** (par refus ou car l'étude ne leur a pas été proposée par le personnel soignant) **présentaient d'importants critères de vulnérabilité socio-psychologiques** (femmes célibataires, issues de l'immigration, sans emploi, non francophones, non affiliées au régime général de Sécurité Sociale et en situation de précarité financière), principaux facteurs de risques de dépression du post-partum.<sup>47</sup>

Malgré l'existence de questionnaires et de notices d'information traduites en plusieurs langues, **la barrière de la langue** a été évoquée par les sage-femmes ayant participé à l'expérimentation comme **principal frein au dépistage** au cours de l'hospitalisation en suite de naissance.

Eslier *et al*.<sup>48</sup> ont montré une moins bonne utilisation des soins prénataux chez les patientes migrantes présentant une barrière de la langue comparé aux patientes migrantes ne présentant pas de barrière de la langue.

Ces résultats soulignent la **difficulté de prise en charge des patientes en situation de vulnérabilité psycho-sociale**. La précarité est reconnue comme un **facteur** de risque important de **morbi-mortalité maternelle**.

Le groupe d'étude français EPIMOMS (Épidémiologie de la morbidité maternelle sévère) retrouve une association entre le fait d'être née en dehors de l'Europe et la morbidité périnatale sévère dans un groupe de femmes à bas risque obstétrical. <sup>49</sup>

Le rapport de l'ENCMM retrouve une **vulnérabilité sociale chez 1 femme décédée sur 3** alors que la prévalence de la vulnérabilité sociale dans la population des femmes enceintes est de 1 sur 5.

Or, ces **facteurs de risque sont rarement recueillis et pris en compte dans les dossiers obstétricaux**. Dans notre étude, les données sur le suivi par une assistante sociale et les antécédents de violence (actuelle ou passée) ne figurent pas dans le dossier médical dans un tiers des cas.

L'HAS recommande depuis 2024 de dépister systématiquement les situations de vulnérabilité chez toutes les femmes enceintes, le plus précocement possible puis de manière répétée au cours de la grossesse. <sup>50</sup>

L'ENCMM met également en avant une exacerbation des difficultés de coordination ville-hôpital dans les situations de vulnérabilité psycho-sociale, notamment lorsqu'une barrière de la langue existe, preuve supplémentaire des besoins spécifiques de cette population et de la nécessité de prendre en charge ces vulnérabilités dans l'organisation des soins.

Enfin, une autre explication de cette faible prévalence de la dépression du post-partum au sein de notre population d'étude serait qu'une **sensibilisation via un EPDS systématique réalisé de manière précoce** dans le post-partum pourrait permettre aux couples une meilleure connaissance des symptômes et ainsi les pousser à **consulter de manière plus précoce en cas de difficultés** (Eward *et al.*<sup>51</sup>). Ce dépistage systématique pourrait donc être associé à une diminution des scores de l'EPDS à distance de la naissance.

#### IV- Diagnostic du Trouble du Stress Post-Traumatique

Ce travail met en avant **la difficulté à dépister les patientes à haut risque de trouble du stress post traumatique lié à l'accouchement**.

Contrairement à la plupart des études sur le sujet<sup>52</sup>, nous avons choisi de définir des **critères objectifs d'accouchements mettant en jeu la vie** de la mère ou de l'enfant afin de remplir le critère A de la définition du DSM-5 du PTSD. L'accouchement étant un processus physiologique, il ne peut pas être considéré en tant que tel comme un événement traumatique.

Or, notre étude met en avant la **faible corrélation** entre un évènement médicalement défini comme « à risque de traumatisme », avec le vécu des patientes avec une association dans seulement un tiers des cas. Ces résultats sont en accord avec ceux de Grekin *et al.*<sup>23</sup> qui mettaient en avant que l'analyse objective des soignants et le vécu subjectif des patientes différaient.

Ces critères présentent par ailleurs une **mauvaise valeur prédictive positive**, avec une absence d'association retrouvée avec l'orientation vers l'équipe de psychiatrie périnatale à l'issue de l'EPNP, qu'il y ait un ou plusieurs critères d'accouchement à risque de traumatisme positifs.

Dans notre étude, le **mauvais vécu de l'accouchement semble associé à une orientation vers l'équipe de psychiatrie périnatale** à l'issue de l'EPNP, mais ce résultat n'est pas significatif du fait d'un probable manque de puissance (seules 11 patientes s'étant rendues à l'EPNP présentaient un vécu mauvais ou très mauvais de l'accouchement). Cette association est également retrouvée par Froelinger *et al.*<sup>16</sup>, de manière significative. Dans cette étude, les auteurs n'avaient cependant pas défini de critères objectifs d'accouchement à risque de traumatisme et avaient choisi de considérer l'accouchement par voie basse comme remplissant le critère A.

Enfin, dans notre étude, tout comme pour la dépression du post-partum, le **diagnostic de PTSD est recherché de manière très précoce**, 1 mois après l'accouchement. Or, toujours selon le DSM-V, la frontière entre l'État de Stress Aigu et le PTSD est défini par ce délai supérieur à 4 semaines après l'évènement à risque de traumatisme.

Ces difficultés et ces cadres sémantiques font questionner la pertinence de rechercher des diagnostics spécifiques. Il paraîtrait cohérent de considérer ces pathologies comme un **continuum de troubles psychiques du post partum** nécessitant une prise en charge adaptée et personnalisée pour chaque patiente.

#### V- Évaluation du parcours global

**26% des patientes n'ont pas participé à l'étude et au parcours de dépistage suite à une absence de proposition du questionnaire de dépistage par le personnel soignant** au cours de l'hospitalisation en suite de naissance.

Comme vu précédemment, la principale raison évoquée était la barrière de la langue. Les patientes ayant eu une **sortie précoce** de la maternité (entre le 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> jour du post-partum) étaient également moins souvent dépistées.

On note également une différence dans le nombre de patientes à qui le questionnaire de dépistage a été remis selon le professionnel travaillant dans le secteur d'hospitalisation. Cette disparité démontre la **nécessité de formation et de sensibilisation de l'ensemble du personnel soignant** à l'importance de la prise en charge des troubles psychiques du post-

partum au même titre que toute autre pathologie obstétricale, le dépistage de ces maladies ne pouvant plus être l'attribut seul du médecin psychiatre.

Seules 76% des patientes ayant eu une prise en charge insuffisante de la douleur au moment de l'accouchement ont été orientées vers l'EPNP, reflet d'une difficulté à remplir les questionnaires de dépistage sur facteurs de risque par les équipes.

Il est également nécessaire de **mieux informer les patientes sur ces pathologies et sur l'EPNP**.

En effet, 20% des patientes orientées vers l'EPNP au cours de l'hospitalisation en suite de naissance ont répondu sur le questionnaire à distance ne pas avoir été orientées vers cet entretien. Ce chiffre démontre une difficulté des patientes à comprendre l'ensemble du parcours de soin du fait de la multiplicité des consultations et des acteurs de prise en charge.

## VI- Limites

Notre étude présente plusieurs limites.

Le **recueil** des caractéristiques des patientes s'étant fait de manière **rétrospective** sur les dossiers obstétricaux, nous avons un nombre important de données manquantes, notamment concernant l'environnement social de la patiente.

De plus, notre dépistage s'est déroulé au cours d'une **période pilote d'un mois**.

Le nombre de patientes incluses dans l'étude est donc limité ce qui engendre un **manque de puissance** pour l'étude précise des facteurs associés à un diagnostic de dépression du post-partum à l'issu de l'EPNP.

Il aurait également été intéressant de proposer un EPDS à 1 mois chez l'ensemble des patientes non orientées vers l'EPNP à la maternité Paule de Viguié afin de **préciser la validité de ce dépistage**.

Un **suivi** des patientes **au-delà du 1<sup>er</sup> mois du post-partum** permettrait également une meilleure estimation de la prévalence de la dépression périnatale et des autres troubles psychiques du post-partum.

Nous avons également rencontré plusieurs **difficultés organisationnelles** que ce soit sur l'information systématique par les professionnels du service d'hospitalisation en suite de naissance ou sur l'organisation des rendez-vous, ce qui a eu un impact sur le nombre de patientes incluses dans l'étude et sur l'observance à l'EPNP.

Il est cependant très probable que l'intégration de ce parcours aux soins courants du service permette d'optimiser le dépistage et la prise en charge des patientes.

## VII- Forces

Cette étude a été réalisée dans les **conditions réelles de travail** du service d'hospitalisation en suite de naissance de la maternité Paule de Viguié, notamment sans effectif de personnel supplémentaire, que ce soit sage-femme, psychologue ou psychiatre.

Cette période pilote permet ainsi d'évaluer le dispositif en accord avec la réalité de la pratique, afin de pouvoir proposer des pistes d'amélioration concrètes et adaptées aux conditions de travail locales.

## VIII- Proposition d'amélioration

Les pistes d'amélioration identifiées au cours de cette étude sont :

- Une **poursuite du dépistage systématique** dans le service de suites de naissance en limitant les critères de dépistage à un **score  $\geq 10$  à l'EPDS et une réponse autre que « jamais »** à la question 10 de l'EPDS.  
Le vécu de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum immédiat pourrait continuer à être évalué afin de faciliter la discussion avec l'équipe soignante.  
Il est nécessaire de réaliser ces questionnaires précocement dès l'entrée dans le service de suite de naissance afin de pouvoir identifier les patientes à risque chez les femmes bénéficiant d'une sortie précoce et permettre l'évaluation par l'équipe de psychiatrie périnatale si requise.
- La mise en place **d'outils adaptés** aux patientes présentant une barrière de la langue, avec notamment l'utilisation plus large des versions traduites. La présence d'un interprète professionnel serait idéale mais difficilement réalisable en pratique courante.  
Il est également important de développer des outils pour les patientes à faible littéracie, tels que des vidéos de sensibilisation aux symptômes de la dépression du postpartum.
- La proposition d'outils ou de sessions de **formation pour le personnel soignant** en suite de naissance afin d'optimiser le dépistage et d'accompagner les professionnels dans la prise en charge initiale de ces pathologies.
- **Le libre choix laissé à la patiente sur le lieu de réalisation de l'Entretien Postnatal Précoce.**  
Si l'EPNP a été pensé pour être réalisé par le soignant de proximité, il est important que la maternité Paule de Viguiet, de par son rôle de service public, puisse proposer cette offre de soin aux patientes ne pouvant réaliser cet entretien auprès d'un praticien libéral.  
  
La **téléconsultation** semble être une réponse intéressante aux difficultés de transport et de garde pour les patientes qui le souhaitent. En accord avec les recommandations de l'HAS, une **2<sup>ème</sup> consultation** doit pouvoir être proposée si le professionnel de santé l'estime nécessaire.
- Au vu de ces difficultés particulières des **populations vulnérables**, il nous semble pertinent de leur **proposer en priorité l'EPNP à la maternité Paule de Viguiet**.  
La prise en charge au sein du CHU permet de limiter la multiplicité des lieux de soin, favoriser la transmission d'informations entre les équipes et bénéficier des moyens spécifiques du CHU tel que le recours facile à un service **d'interprétariat** professionnel.  
Le recours à un **médiateur transculturel** dans les situations de difficultés maternelles pourrait permettre de personnaliser la prise en charge en l'adaptant aux représentations culturelles de la patiente.

Enfin le **reste à charge financier** de l'EPNP en cas de réalisation en libéral (remboursement à 70% par la Sécurité Sociale soit un reste à charge de 12,6 € en cas d'EPNP à domicile et de 10,8€ en cas d'EPNP en cabinet) peut également être un frein pour les patientes en situation de grande précarité financière.

A l'issue de l'EPNP, le **relais de ville** (PMI, PASS, médecin traitant) doit être vérifié et personnalisé, avec un courrier détaillé et si besoin un contact direct avec le professionnel qui prendra en charge la patiente et l'enfant par la suite.

- En cas de choix par la patiente d'un **EPNP en libéral**, le **lien ville-hôpital** doit être assuré en informant le professionnel réalisant l'EPNP des résultats du dépistage systématique en suite de naissance et de la nécessité éventuelle d'une particulière vigilance en cas d'identification d'une fragilité chez la patiente.  
La prise en charge ultérieure pourrait être facilitée par la création d'un **annuaire** référent les différents praticiens formés au dépistage, diagnostic et prise en charge des pathologies psychiques du post-partum, afin de permettre une **prise en charge multidisciplinaire et précoce**.
- L'amélioration de la **sensibilisation des patientes et des couples aux troubles psychiques du post-partum et à leurs symptômes** en les informant via le livret de sortie d'hospitalisation de l'existence de ces pathologies ainsi que des outils à leur disposition : plateforme de 1 000 premiers jours du gouvernement, associations de patientes telles que « Maman Blues » ou « Parentescence »....



## CONCLUSION

Un **dépistage systématique dès l'hospitalisation en suite de naissance** des patientes à haut risque de troubles psychiques du post-partum est **facile à mettre en place, acceptable** par les équipes soignantes et permet **d'orienter les patientes identifiées vers une prise en charge adaptée**.

Une **prise en compte de la vulnérabilité psycho-sociale** et la mise en place de **parcours de soin personnalisés et adaptés** pour ces populations sont primordiales pour optimiser la prise en charge de ces patientes.

Notre étude montre **qu'il n'existe pas une solution unique** aux difficultés d'indentification et de prise en charge des troubles psychiques du post-partum.

Le dépistage dans le post-partum immédiat s'inscrit dans la nécessité d'un **parcours global, avec une multiplicité d'acteurs et de moyens de prise en charge**, avec un réel besoin de **coordination** par un soignant référent afin d'optimiser le lien ville-hôpital et d'établir un lien entre les différents acteurs existants.

Le développement d'une **aide à domicile** pour les patientes en difficulté via le réseau PERINALDOM ou de lits **d'hospitalisation de psychiatrie périnatale en maternité** (projet CARE EN MATER, financé par l'ARS) pourront permettre d'adapter la prise en charge de ces pathologies à leur degré de sévérité et aux besoins des patientes.

Enfin, la sensibilisation et la prise en charge d'une éventuelle souffrance psychique du co-parent pourrait également permettre de limiter son impact négatif sur la santé mentale de la mère.

Vu et permis d'imprimer,  
À Toulouse, le 14/06/2024

La Présidente de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier  
Faculté de Santé  
Par délégation, le Doyen – Directeur du Département de  
Médecine, Maïeutique et Paramédical,  
Pr Thomas GEERAERTS



Président du jury.  
Pr. C. Vayssière,  
Professeur Christophe VAYSSIERE  
Hôpital Paul de Viguer  
230, Avenue de Grande Bretagne  
TSA 70034 - 31059 TOULOUSE Cedex  
RPPS : 10000828680



**Annexe 2** : Document pour le dépistage des patientes à haut risque de trouble psychiatrique, rempli par la patiente au cours de l'hospitalisation en suite de naissance.

*Vous venez d'avoir un bébé. Pour pouvoir vous accompagner au mieux,, nous aimerions savoir comment vous vous sentez.*

*Dans l'année qui suit l'accouchement, environ 1 parent sur 4 se sentira triste.*

*Nous vous demandons remplir ce questionnaire en cochant le cercle correspondant à la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie depuis l'accouchement, et pas seulement aujourd'hui.*

*Bien sûr, ces réponses ne vous concernent que vous. Il n'est pas question de jugement ou de normalité mais de ce que vous ressentez.*

Pendant ces derniers jours :

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

**Vécu de la grossesse :** Aujourd'hui, quels sont les souvenirs de votre grossesse ?  
très mauvais – mauvais – neutre – bon – excellent

**Vécu de l'accouchement :** Aujourd'hui, quels sont les souvenirs de votre accouchement ?  
très mauvais – mauvais – neutre – bon – excellent

**Douleur au moment du travail et de l'accouchement :** Aujourd'hui, pensez-vous avoir été suffisamment soulagée sur le plan de la douleur au moment de votre travail et accouchement ?  
Pas du tout – Pas assez – neutre – Presque suffisamment – suffisamment

**Vécu du post-partum immédiat :** Aujourd'hui, quels sont les souvenirs des premiers jours ayant suivi la naissance de votre enfant ?  
très mauvais – mauvais – neutre – bon – excellent

### Annexe 3 : Document d'information des patientes



## Vous venez d'accoucher.

*Et si on parlait de vous ?*

La période après un accouchement, dite du **post-partum**, est une phase de transition et un **bouleversement** pour les deux parents et pour le bébé.

Avant que le bébé arrive, on entend beaucoup de choses sur les premières semaines après la naissance : que ça va être « magique » ou au contraire une période très difficile... La parentalité est pleine d'idées toutes faites mais qui ne vous correspondront pas forcément pour autant.

On estime qu'un **parent sur 4 se sent anxieux ou déprimé** dans l'année qui suit la naissance de son bébé.

Alors quand on ne se sent pas aussi bien que ce qu'on aurait pensé, c'est important de pouvoir en discuter avec vos proches, mais aussi avec les professionnels de santé qui sont là pour vous accompagner tout-au-long de cette nouvelle étape.

Vous avez accouché entre le 04 Septembre et le 02 Octobre 2023, nous vous proposons de participer à l'étude de l'évaluation de la mise en place d'un **Entretien postnatal précoce à la maternité Paule de Viguier**. Cet entretien est une recommandation de la l'Haute Autorité de Santé (HAS) depuis 2014 est correspond à une consultation proposée aux couples entre la 4ème et la 8ème semaine suivant l'accouchement

Pour celle-ci, nous avons besoin de vous.

Cette étude consiste en :

- Un premier questionnaire à remplir avant la sortie de la maternité.
- Une consultation 1 mois après l'accouchement (« l'entretien du post partum précoce » ou EPNP) qui vous sera proposé en fonction de vos réponses au questionnaire.
- Un deuxième questionnaire 1 mois après l'accouchement via un lien pour une application protégée (Redcap) envoyé par mail.

Les **résultats seront codifiés** (vos initiales et un numéro aléatoire) et vos données seront utilisées uniquement dans le cadre de cette étude. L'adresse mail ne sert qu'à vous envoyer le questionnaire un mois après l'accouchement et ne sera pas utilisée à d'autre but.

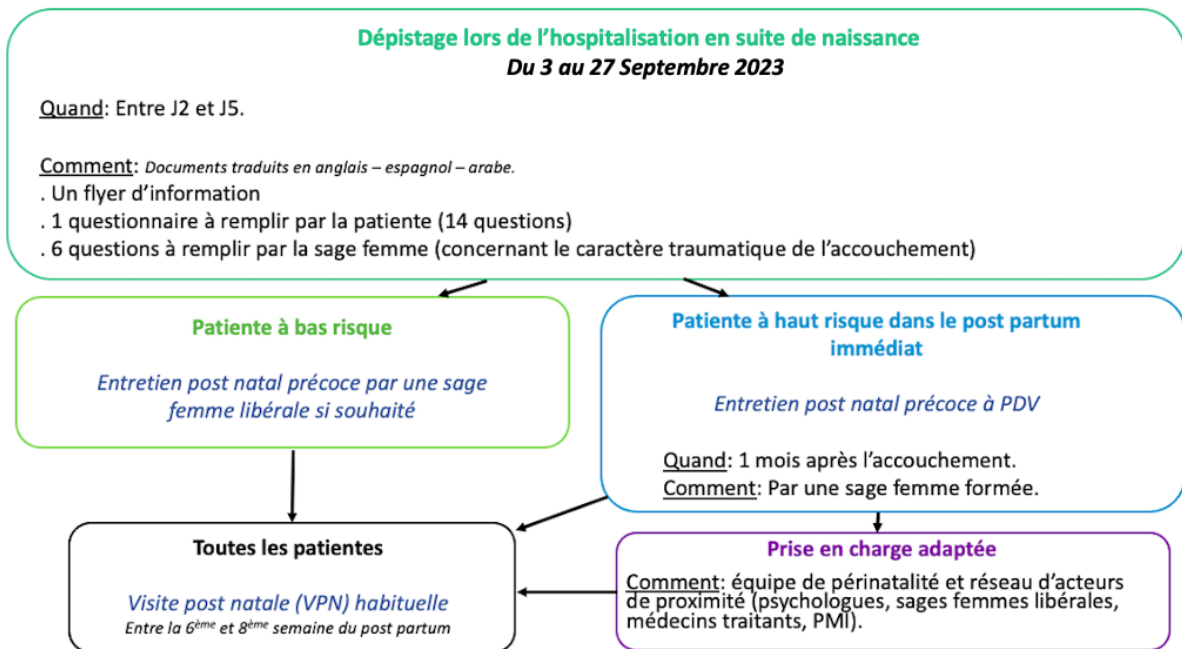
Je souhaite participer à cette étude

Mail: .....

Et si c'est difficile à la maison, si vous ne vous sentez pas bien, vous pouvez toujours **contacter l'équipe de psychiatrie périnatale** de la maternité au **05 67 77 13 15** et/ou votre **médecin généraliste** ou **sage femme**.



**Annexe 4** : Organigramme du parcours de dépistage des patientes à haut risque de troubles psychiques du post-partum.



NB: l'entretien post natal précoce fait l'objet d'une consultation supplémentaire, il ne remplace par la visite post natale.

**Annexe 5 :** Questionnaire de satisfaction des patientes, rempli via l'application sécurisée Redcap.

Madame,

Au cours de votre hospitalisation au Centre Hospitalo-Universitaire de Purpan, vous avez accepté de participer à une étude en répondant à un questionnaire.

Nous vous en remercions.

Vous trouverez ci-dessous le lien du deuxième questionnaire de l'étude : <https://redcap.link/5i166b9l>

Il s'agit d'une application sécurisée pour la protection des données et vos réponses seront anonymisées. Elle est accessible via smartphone ou ordinateur.

Merci de ne pas remplir ce formulaire deux fois. Merci de ne pas quitter la page tant que vous n'avez pas terminé.

Remplir le questionnaire vous prendra environ cinq minutes.

Vos réponses nous permettront d'améliorer le parcours de soins des patientes.

L'équipe vous remercie pour votre participation. Vous pouvez envoyer un mail à l'adresse suivante : [bettiol.c@chu-toulouse.fr](mailto:bettiol.c@chu-toulouse.fr) en cas de problème.

**Questionnaire RedCap :**

Initiale du nom :

Initiale du prénom :

Mois de naissance :

Année de naissance :

Date d'accouchement :

**Question 1 :** Au cours de l'hospitalisation à la maternité, vous a-t-on proposé un rendez-vous pour un entretien postnatal précoce à la maternité Paule de Viguié ?

Oui / Non

*Si réponse Non à la question 1 :*

**Question 1.1.1 :** Avez-vous réalisé l'entretien postnatal précoce auprès d'un soignant travaillant près de chez vous ?

Oui / Non

**Question 1.1.2 :** Auriez-vous souhaité qu'on vous propose un entretien postnatal précoce à la maternité Paule de Viguié ?

Oui / Oui mais uniquement par téléphone / Non

*Si réponse Oui à la question 1 :*

**Question 1.2.1 :** Vous êtes-vous rendu à cet entretien ?

Oui / Non

*Si non à la question 1.2.1 :*

**Question 1.2.2 :** Pour quelle(s) raison(s) ne vous êtes-vous pas rendue à l'entretien postnatal précoce ?

Je n'en ressentais pas le besoin.

Je n'étais pas au courant de ce rendez-vous.

Je n'avais pas le temps.

Je n'avais pas de mode de garde pour mon enfant.

J'habite loin de la maternité et il était difficile pour moi de m'y rendre.

Autre.

**Question 2 :** Avez-vous consulté un professionnel de santé pour discuter de vos émotions et de vos difficultés depuis l'accouchement, en dehors du cadre de l'entretien postnatal précoce ?

Oui / non

Merci de répondre aux questions suivantes selon si vous êtes d'accord ou non avec les propositions (1 : pas du tout d'accord à 5 : Complètement d'accord).

	1	2	3	4	5
Je trouve que le séjour en suites de naissance est un bon moment pour dépister les troubles psychiques du post-partum.					
Le questionnaire était facile à remplir					
Le fait de discuter d'émotions négatives (tristesse, anxiété) après la naissance de mon bébé m'a angoissée.					
Suite au questionnaire, j'ai pu poser des questions que je n'osais pas poser.					
J'ai pu parler de mon vécu de la grossesse et de l'accouchement à mes proches plus facilement grâce au questionnaire.					
J'ai pu parler de mon vécu de la grossesse et de l'accouchement aux soignants plus facilement grâce au questionnaire.					
J'ai été satisfaite de l'Entretien Postnatal Précoce.					
Je saurais demander de l'aide si je ne me sens pas bien.					

Que changeriez-vous à l'entretien postnatal précoce ?

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Que nous proposez-vous d'améliorer ?

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Remarques :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Si vous ne vous sentez pas bien, vous pouvez toujours contacter l'équipe de psychiatrie périnatale de la maternité au 05 67 77 13 15 et/ou votre médecin généraliste.



**Annexe 6 : Questionnaire de satisfaction des sage-femmes.**

**Retour d'expérience Sage-femmes**  
**Prise en charge de la santé mentale dans le post-partum immédiat**

Vous avez participé à l'expérimentation du parcours de prise en charge de la santé mentale en suite de couche. Merci beaucoup pour votre aide et vos retours au cours de l'expérimentation !

L'objectif étant de pérenniser ce parcours, nous souhaitons recueillir votre avis afin de pouvoir l'améliorer et le rendre compatible avec l'organisation du service.

Ce questionnaire comporte 10 questions et prends moins de 5 minutes à remplir!  
 Merci de répondre aux questions suivantes selon si vous êtes d'accord ou non avec les propositions (1 : pas du tout d'accord à 5 : Complètement d'accord).

	1	2	3	4	5
Je trouve que le séjour en suites de naissance est un moment adéquat pour dépister les troubles psychiques du post-partum.					
Je me suis sentie à l'aise pour discuter de santé mentale avec les patientes.					
J'ai trouvé qu'aborder la santé mentale du post-partum angoissait les patientes qui vont bien.					
Je me suis sentie démunie face à certaines questions.					
Faire remplir le questionnaire m'a pris du temps.					
Discuter de la santé mentale et répondre aux questions soulevées par le questionnaire m'a pris du temps.					
Je souhaiterais être formée à la santé mentale dans le post-partum.					
Si oui, comment : <input type="radio"/> Atelier de formation en présentiel <input type="radio"/> Atelier de formation en distanciel <input type="radio"/> Support papier <input type="radio"/> Vidéo courte <input type="radio"/> Autre : .....					
La charge de travail supplémentaire liée au dépistage proposée (questionnaire + organisation du RDV) me semble acceptable.					

S'il y a eu des moments où vous n'avez pas fait remplir le questionnaire, quelle en a été la raison ?

- Manque de temps
- Oubli
- Moment non adéquat
- Barrière de la langue
- Suivi psychiatrique déjà en place
- Autre

Que nous proposez-vous d'améliorer (organisation du parcours, questionnaires...)?

.....  
 .....

Remarques :

.....  
 .....

**Merci pour votre aide !**

## Annexe 7 : Caractéristiques socio-démographiques et obstétricales des patientes incluses

Caractéristiques maternelles	
Age moy (sd)	32 (5.60)
<b>IMC</b> n (%) <sup>a</sup>	
< 25	148 (49)
[25-29]	90 (30)
≥ 30	62 (21)
<b>Statut marital</b> n (%) <sup>b</sup>	
Mariée /PACS/ concubinage	226 (75)
Célibataire	26 (9)
Veuve	0 (0)
<b>Origine géographique</b> n (%) <sup>c</sup>	
Europe centrale	125 (41)
DOM/TOM	12 (4)
Issue de l'immigration	123 (41)
<b>Niveau d'étude</b> n (%) <sup>d</sup>	
Néant	4 (1)
Primaire ou secondaire	36 (12)
Technique ou Universitaire	154 (51)
<b>Emploi en cours</b> n (%) <sup>e</sup>	183 (61)
<b>Francophone</b> n (%) <sup>f</sup>	249 (83)
<b>Couverture sociale</b> n (%) <sup>g</sup>	
Sécurité sociale	191 (63)
CMU ou AME	50 (17)
Pas de couverture sociale	8 (3)
<b>Précarité financière</b> n (%) <sup>h</sup>	53 (18)
<b>Suivi par une assistante sociale</b> n (%) <sup>i</sup>	45 (15)
<b>Pathologie chronique</b> n (%) <sup>j</sup>	88 (29)
<b>Antécédent psychiatrique</b> n (%) <sup>k</sup>	
Dépression	15 (5)
Tentative de suicide	3 (1)
PTSD	1 (0.3)
DPP	14 (5)
Autre pathologie psychiatrique	19 (6)
<b>Addiction en cours</b> n (%) <sup>l</sup>	
Tabac	44 (15)
OH	2 (1)
Cannabis	4 (1)
<b>Addiction sevrée</b> n (%) <sup>m</sup>	
Tabac	14 (5)
OH	1 (0.3)
Cannabis	0 (0)
Héroïne	1 (0.3)
<b>Violence</b> n (%) <sup>n</sup>	
Conjugale en cours	6 (2)
Antécédent de violence conjugale	15 (5)
Familiale	13 (4)
Professionnelle	3 (1)
Sexuelle	17 (6)
Contexte obstétrical	
<b>Parité</b> n (%)	
0	114 (38)
1	109 (36)
> 1	79 (26)
<b>Antécédent de MFIU, FCT ou IMG</b> n (%)	17 (6)
<b>Antécédent de décès néonatal</b> n (%)	7 (2)
<b>Antécédent d'accouchement traumatique</b> n (%)	20 (7)
<b>Antécédent d'enfant hospitalisé en réanimation</b> n (%)	27 (9)
Grossesse actuelle	
<b>Obtention de la grossesse</b> n (%) <sup>o</sup>	
Spontanée désirée	212 (70)
Spontanée non désirée	55 (18)
PMA	13 (4)
<b>Consultation aux urgences obstétricales pendant la grossesse</b> n (%)	134 (44)
<b>Hospitalisation au cours de la grossesse</b> n (%)	44 (15)

<b>Durée moyenne d'hospitalisation moy (sd)</b>	1 (4)
<b>Suivi d'une pathologie fœtale au CPDPN n (%)</b>	43 (14)
<b>Pathologie de grossesse n (%)</b>	
Anémie	65 (22)
Diabète gestationnel	66 (22)
Pré éclampsie	5 (2)
Autre	35 (12)
<b>Accouchement</b>	
<b>Déclenchement de l'accouchement n (%)</b>	
Maturation par Angusta	70 (23)
Maturation par Propess	10 (3)
Maturation par ballonnet	23 (8)
Déclenchement par Ocytocine seul	11 (4)
<b>Accouchement prématuré n (%)</b>	
< 32 SA	5 (2)
< 37 SA	22 (7)
<b>Analgésie péridurale efficace pendant le travail n (%)</b>	285 (94)
<b>Durée du travail n (%)</b>	
< 6h	158 (52)
6-12h	85 (28)
≥ 12h	57 (19)
<b>Césarienne n (%)</b>	
Programmée	30 (10)
Code vert	37 (12)
Code orange	5 (2)
Code rouge	2 (1)
<b>Assistance instrumentale à la naissance n (%)</b>	
Spatules	22 (7)
Ventouse	12 (4)
Forceps	2 (0.6)
<b>Épisiotomie n (%)</b>	18 (6)
<b>LOSA garde III ou IV n (%)</b>	4 (1)
<b>Hémorragie de la délivrance &gt; 1 L n (%)</b>	25 (8)
<b>pH néonatal &lt; 7,1 n (%)</b>	13 (4)
<b>Hospitalisation maternelle en SSPI <sup>A</sup> n (%)</b>	23 (8)
<b>Hospitalisation néonatale n (%)</b>	18 (6)
<b>Post-partum immédiat</b>	
<b>Allaitement n (%) <sup>P</sup></b>	
Artificiel	63 (21)
Maternel	189 (63)
Mixte	47 (16)
<b>Échec de l'allaitement n (%)</b>	14 (5)
<b>Anémie dans le post-partum <sup>B</sup> n (%)</b>	27 (9)
<b>Complications maternelles dans le post-partum n (%)</b>	19 (6)

Données manquantes : n (%) :

<sup>a</sup> 2 (0,7) <sup>b</sup> 50 (17%) <sup>c</sup> 42 (13,9) <sup>d</sup> 108 (35,8) <sup>e</sup> 24 (7,9) <sup>f</sup> 11 (3,6) <sup>g</sup> 53 (17,6) <sup>h</sup> 104 (34,4) <sup>i</sup> 106 (35,1%) <sup>j</sup> 2 (0,7) <sup>k</sup> 31 (0,3) <sup>l</sup> 6 (2) <sup>m</sup> 6 (2) <sup>n</sup> 101 (33,4) <sup>o</sup> 22 (7,3) <sup>p</sup> 3 (1)

IMC : Index de Masse Corporelle. DOM-TOM : Départements et Territoires d'Outre-Mer. PACS : Pacte Civil de Solidarité. DPP : Dépression du Post-Partum. PTSD : Trouble du Stress Post-Traumatique. MFIU : Mort Fœtale In Utero. FCT : Fausse Couche Tardive. IMG : Interruption Médicale de Grossesse. PMA : Procréation Médicalement Assistée. CPDPN : Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic anté Natal. LOSA : Lésions Obstétricales du Sphincter Anal.

<sup>A</sup> : Hors surveillance post-opératoire d'une césarienne.

<sup>B</sup> : Nécessitant une perfusion de fer par voie intra veineuse ou une transfusion.

**Annexe 8 : Caractéristiques des patientes orientées vers l'EPNP.**

<b>Caractéristiques maternelles</b>			
	<b>Patientes orientées l'EPNP (n=96)</b>	<b>Patientes ayant accepté de participer à l'étude non orientées vers l'EPNP (n=80)</b>	<b>p-value</b>
<b>Age moy (sd)</b>	31.97 (5.33)	31.49 (5.57)	0.5622 <sup>Ω</sup>
<b>IMC</b>			0,805 <sup>Ø</sup>
< 25	50 (52)	44 (55)	
[25-29]	27 (28)	19 (24)	
≥ 30	19 (20)	17 (21)	
<b>Statut marital n (%) <sup>a</sup></b>			0,476 <sup>f</sup>
Mariée /PACS/ concubinage	78 (96)	67 (93)	
Célibataire	3 (4)	5 (7)	
Veuve	0 (0)	0 (0)	
<b>Origine géographique n (%) <sup>b</sup></b>			0,435 <sup>f</sup>
Europe centrale	41 (51)	41 (60)	
DOM/TOM	3 (4)	3 (4)	
Issue de immigration	37 (46)	24 (35)	
<b>Niveau d'étude n (%) <sup>c</sup></b>			0,325 <sup>f</sup>
Néant	2 (3)	0 (0)	
Primaire ou secondaire	11 (15)	12 (24)	
Technique ou Universitaire	61 (82)	38 (76)	
Emploi en cours n (%) <sup>d</sup>	68 (71)	57 (71)	0.688 <sup>f</sup>
Francophone n (%) <sup>e</sup>	85 (89)	72 (90)	0.784 <sup>f</sup>
<b>Couverture sociale n (%) <sup>f</sup></b>			0,666 <sup>f</sup>
Sécurité sociale	67 (88)	58 (82)	
CMU ou AME	8 (11)	12 (17)	
Pas de couverture sociale	1 (1)	1 (1)	
<b>Précarité financière n (%) <sup>g</sup></b>	7 (7)	10 (13)	0.507 <sup>Ø</sup>
<b>Suivi par une assistante sociale n (%) <sup>h</sup></b>	7 (7)	10 (13)	0.507 <sup>Ø</sup>
<b>Pathologie chronique n (%)</b>	33 (34)	21 (26)	0.244 <sup>Ø</sup>
<b>Antécédent psychiatrique n (%) <sup>i</sup></b>			0,693 <sup>f</sup>
Dépression	5 (6)	3 (4)	
Tentative de suicide	0 (0)	1 (1)	
PTSD	1 (1)	0 (0)	
DPP	5 (6)	2 (3)	
Autre pathologie psychiatrique	8 (9)	5 (7)	
<b>Addiction en cours n (%) <sup>j</sup></b>			0.457 <sup>f</sup>
Tabac	12 (13)	13 (16)	
OH	0 (0)	0 (0)	
Cannabis	1 (1)	2 (3)	0.507 <sup>f</sup>
<b>Addiction sevrée n (%) <sup>k</sup></b>			0.669 <sup>f</sup>
Tabac	5 (5)	5 (6)	
OH	1 (1)	5 (6)	
Cannabis	0 (0)	0 (0)	
Héroïne	0 (0)	0 (0)	
<b>Violence n (%) <sup>l</sup></b>			0.375 <sup>f</sup>
Conjugale en cours	3 (3)	0 (0)	
Antécédent de violence conjugale	7 (7)	2 (3)	0.363 <sup>f</sup>
Familiale	6 (6)	4 (5)	0.937 <sup>f</sup>
Professionnelle	3 (5)	0 (0)	0.375 <sup>f</sup>
Sexuelle	5 (5)	6 (7)	0.822 <sup>f</sup>
<b>Contexte obstétrical</b>			
<b>Parité n (%)</b>			0.001 <sup>Ø</sup>
0	54 (56)	22 (28)	
1	27 (28)	36 (45)	
> 1	15 (16)	22 (28)	
<b>Antécédent de MFIU, FCT ou IMG n (%)</b>	7 (7)	3 (4)	0.351 <sup>f</sup>
<b>Antécédent de décès néonatal n (%)</b>	1 (1)	2 (3)	0.592 <sup>f</sup>
<b>Antécédent d'accouchement traumatique n (%)</b>	6 (6)	4 (5.0)	0.757 <sup>f</sup>
<b>Antécédent d'enfant hospitalisé en réanimation n (%)</b>	6 (6)	9 (11)	0.237 <sup>Ø</sup>

<b>Grossesse actuelle</b>			
<b>Obtention de la grossesse</b> n(%) <sup>m</sup>			0.011 <sup>f</sup>
Spontanée désirée	62 (65)	63 (79)	
Spontanée non désirée	19 (20)	15 (19)	
PMA	9 (9)	0 (0)	
<b>Consultation en urgence</b> n (%)	45 (47)	42 (53)	0.934 <sup>ø</sup>
<b>Hospitalisation au cours de la grossesse</b> n (%)	21 (22)	6 (8)	0.008 <sup>ø</sup>
<b>Durée moyenne d'hospitalisation</b> moy (sd)	0.15 (0.6)	1.45 (5)	0.0040 <sup>µ</sup>
<b>Suivi d'une pathologie fœtale au CPDPN</b> n (%)	18 (19)	8 (10)	0.103 <sup>ø</sup>
<b>Pathologie de grossesse</b> n (%)			
Anémie	26 (27)	8 (10)	0.004 <sup>ø</sup>
Diabète gestationnel	15 (16)	21 (26)	0.082 <sup>ø</sup>
Pré éclampsie	1 (1)	2 (3)	0.592 <sup>f</sup>
Autre	14 (15)	9 (11)	0.514 <sup>ø</sup>
<b>Accouchement</b>			
<b>Déclenchement de l'accouchement</b> n (%)			0.297 <sup>f</sup>
Maturation par Angusta	26 (27)	15 (19)	
Maturation par Propess	4 (4)	2 (3)	
Maturation par ballonnet	4 (4)	9 (11)	
Déclenchement par Ocytocine seul	5 (5)	3 (4)	
<b>Accouchement prématuré</b> n (%)			
< 32 SA	3 (3)	0 (0)	0.252 <sup>f</sup>
< 37 SA	11 (12)	3 (4)	0.060 <sup>ø</sup>
<b>Analgésie péridurale efficace pendant le travail</b> n (%)	89 (93)	77(96)	0.351 <sup>f</sup>
<b>Durée du travail</b> n (%)			0,127 <sup>ø</sup>
< 6h	45 (47)	41 (51)	
6-12h	27 (28)	29 (36)	
≥ 12h	23 (24)	10 (13)	
<b>Césarienne</b> n (%)			0.102 <sup>ø</sup>
Programmée	11 (12)	4 (5)	
Code vert	13 (14)	7 (8)	
<b>Épisiotomie</b> n (%)	12 (13)	3 (4)	0.038 <sup>ø</sup>
<b>LOSA garde III ou IV</b> n (%)	3 (3)	1 (1)	0.627 <sup>f</sup>
<b>pH néonatal &lt; 7,1</b> n (%)	7 (7)	3 (4)	0.351 <sup>f</sup>
<b>Post-partum immédiat</b>			
<b>Allaitement</b> n (%) <sup>n</sup>			0.117 <sup>f</sup>
Artificiel	17 (18)	24 (19)	
Maternel	67 (71)	77 (62)	
Mixte	11 (12)	22 (18)	
<b>Échec de l'allaitement</b> n (%)	8 (8)	3 (4)	0.211 <sup>ø</sup>
<b>Anémie dans le post-partum</b> <sup>A</sup> n (%)	13 (14)	6 (8)	0.198 <sup>ø</sup>
<b>Complications maternelles dans le post-partum</b> n (%)	7 (7)	4 (5)	0.532 <sup>ø</sup>

<sup>Ω</sup>: T-Test

<sup>ø</sup>: Test du Chi 2

<sup>f</sup>: Test Exact de Fisher

<sup>µ</sup>: Test de Mann-Whitney

Données manquantes : Patientes ayant participé à l'étude n (%) / Patientes n'ayant pas participé à l'étude n (%)

<sup>a</sup> 15(16)/8(10) <sup>b</sup> 15(16)/12(15) <sup>c</sup> 22(23)/30(37) <sup>d</sup> 5(5)/2(3) <sup>e</sup> 3(3)/1(1) <sup>f</sup> 20(21)/9(11) <sup>g</sup> 33(34)/26(33) <sup>h</sup> 32(33)/35(31) <sup>i</sup> 10(10)/7(9) <sup>j</sup> 2(2)/0(0) <sup>k</sup> 2(2)/0 <sup>l</sup> 31(32)/25(31) <sup>m</sup> 6(6)/2(3) <sup>n</sup> 1(1)/0(0)

<sup>A</sup> : Nécessitant une perfusion de fer par voie intra veineuse ou une transfusion.

Les critères à risque d'accouchement traumatique ont été enlevé de ce tableau car faisant parti des critères d'orientation à l'EPNP.

**Annexe 9** : Satisfaction des patientes vis-à-vis du parcours de dépistage.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Moyennement d'accord	D'accord	Complètement d'accord
<b>Le séjour en suite de naissance est un bon moment pour dépister les troubles psychiques du post-partum. n (%)</b>	9 (8)	4 (4)	34 (29)	39 (34)	30 (26)
<b>Le questionnaire a été facile à remplir.</b>	1 (1)	1 (1)	4 (3)	30 (26)	81 (69)
<b>Le fait de discuter d'émotions négatives (tristesse, anxiété) après la naissance de mon bébé m'a angoissé. n (%)</b>	73 (62)	21 (18)	15 (13)	7 (6)	1 (1)
<b>Suite au questionnaire, j'ai pu poser des questions que je n'osais pas poser. n (%)</b>	33 (28)	19 (16)	20 (17)	22 (19)	23 (20)
<b>J'ai pu parler de mon vécu de la grossesse et de l'accouchement plus facilement avec mes proches grâce au questionnaire. n (%)</b>	30 (25)	26 (22)	15 (13)	23 (20)	23 (20)
<b>J'ai pu parler de mon vécu de la grossesse et de l'accouchement plus facilement avec les professionnels de santé grâce au questionnaire. n (%)</b>	27 (23)	23 (20)	17 (14)	24 (21)	26 (22)
<b>Je saurais demander de l'aide si je ne me sens pas bien. n (%)</b>	4 (3)	2 (2)	17 (14)	30 (26)	64 (55)
<b>J'ai été satisfaite de l'EPNP. n (%)</b>	4 (5)	0 (0)	15 (17)	32 (36)	37 (42)
<b>J'aurais préféré un avoir un entretien téléphonique. n (%)</b>	16 (29)	15 (27)	7 (13)	5 (9)	12 (22)

**Annexe 10** : Satisfaction du personnel soignant vis-à-vis du parcours de dépistage.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Moyennement d'accord	D'accord	Complètement d'accord
<b>Je trouve que le séjour en suites de naissance est un moment adéquat pour dépister les troubles psychiques du post-partum.</b> n (%)	0	0	0	6 (60)	4 (40)
<b>Je me suis sentie à l'aise pour discuter de santé mentale avec les patientes.</b> n (%)	0	0	2 (20)	4 (40)	4 (40)
<b>J'ai trouvé qu'aborder la santé mentale du post-partum angoissait les patientes qui vont bien.</b> n (%)	5 (50)	3 (30)	1 (10)	1 (10)	0
<b>Je me suis sentie démunie face à certaines questions.</b> n (%)	5 (50)	4 (40)	1 (10)	0	0
<b>Faire remplir le questionnaire m'a pris du temps.</b>	0	5 (50)	3 (30)	1 (10)	0
<b>Discuter de la santé mentale et répondre aux questions soulevées par le questionnaire m'a pris du temps.</b> n (%)	1 (10)	2 (20)	3 (30)	3 (30)	1 (10)
<b>Je souhaite être formée à la santé mentale dans le post-partum.</b> n (%)	0	0	0	3 (30)	7 (70)
<b>Si oui, comment ?</b> n (%)					
Formation en présentiel.	10 (100)				
Formation en distanciel.	5 (50)				
Support papier.	6 (60)				
Vidéo courte.	5 (50)				
<b>La charge de travail supplémentaire liée au dépistage proposée (questionnaire + organisation du RDV) me semble acceptable.</b> n (%)	0	1 (10)	2 (20)	5 (50)	2 (20)
<b>S'il y a eu des moments où vous n'avez pas fait remplir le questionnaire, quelle en a été la raison ?</b> n (%)					
Manque de temps.	0 (0)				
Oubli.	2 (20)				
Moment inadéquat.	1 (10)				
Barrière de la langue.	10 (100)				
Suivi psychiatrique déjà en place.	4 (40)				
Autre.	1 (10)				

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

- <sup>1</sup> Henshaw C et al. Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Arch Womens Ment Health* 2003;6:S33-S42
- <sup>2</sup> American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed.: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013
- <sup>3</sup> Gavin NI et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 2005 Nov;106(5 Pt 1):1071-83.).
- <sup>4</sup> Enquête Nationale Périnatale – Rapport 2021. Octobre 2022, Inserm et Santé Publique France.
- <sup>5</sup> Grace S L et al. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Arch Womens Ment Health*. 2003 Nov;6(4):263-74
- <sup>6</sup> Brennan P A et al. Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: relationships with child outcomes at age 5, *Dev Psychol*. 2000 Nov;36(6):759-66.
- <sup>7</sup> Netsi E et al. Association of Persistent and Severe Postnatal Depression with Child Outcomes. *JAMA Psychiatry*, 2018;75(3):247-253.
- <sup>8</sup> Stein A et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*, 2014 Nov 15;384(9956):1800-19.
- <sup>9</sup> Kumar R et al. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984;144: 3547
- <sup>10</sup> Garthus-Niegel S et al.. The Impact of Postpartum Posttraumatic Stress and Depression Symptoms on Couples' Relationship Satisfaction: A Population-Based Prospective Study. *Front Psychol*. 2018 Sep 19;9:1728.
- <sup>11</sup> Hagatulah N et al. Perinatal depression and risk of mortality: nationwide, register based study in Sweden. *BMJ*. 2024 Jan 10;384:e075462.
- <sup>12</sup> Newport D.J et al. Suicidal ideation in pregnancy: assessment and clinical implications. *Arch Womens Ment Health* (2007) 10: 181–187
- <sup>13</sup> Gaillard A et al. Predictors of post partum depression: prospective study of 264 women, *Psychiatr Reserch* 2014 Feb 28;215(2):341-6
- <sup>14</sup> Bales M et al. Prenatal psychological distress and access to mental health care in the ELFE cohort. *European Psychiatry*, 2015. 30(2): p. 322-328.



- 
- <sup>15</sup> England SJ et al. Chronicity in postnatal depression. *Eur J Psychiatry*; 1994 8: 93-96.
- <sup>16</sup> Froeliger A et al. Posttraumatic Stress Disorder Symptoms 2 Months After Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol*. 2022 Jan 1;139(1):63-72.
- <sup>17</sup> Ertan D et al. Post-traumatic stress disorder following childbirth. *BMC Psychiatry*. 2021 Mar 16;21(1):155.
- <sup>18</sup> Van Sielegem S et al. Childbirth related PTSD and its association with infant outcome: A systematic review. *Early Hum Dev*. 2022 Nov;174:105667.
- <sup>19</sup> Smorti M et al. The mother-child attachment bond before and after birth: The role of maternal perception of traumatic childbirth. *Early Hum Dev*. 2020 Mar;142:104956.
- <sup>20</sup> Bahari S et al. The Effect of Supportive Counseling on Mother Psychological Reactions and Mother-Infant Bonding Following Traumatic Childbirth. *Issues Ment Health Nurs*. 2022 May;43(5):447-454.
- <sup>21</sup> Khsim IEF et al. Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder after Childbirth: A Systematic Review. *Diagnostics (Basel)*. 2022 Oct 26;12(11):2598.
- <sup>22</sup> Ben-Hassine S et al. Prevalence, Evolution, and Predictive Factors of Symptoms of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder in a French-Speaking Cohort. *J Midwifery Womens Health*. 2022 Jul;67(4):496-503.
- <sup>23</sup> Grekin R et al. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2014 Jul;34(5):389-401.
- <sup>24</sup> Liu Y et al. Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: prevalence and associated factors. *BMC Psychiatry*. 2021 Oct 5;21(1):487.
- <sup>25</sup> Lee YL et al. Association of Postpartum Depression with Maternal Suicide: A Nationwide Population-Based Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Apr 23;19(9):5118.
- <sup>26</sup> LES MORTS MATERNELLES EN FRANCE : MIEUX COMPRENDRE POUR MIEUX PRÉVENIR. 7 e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2016-2018, Avril 2024, Inserm et Santé Publique France
- <sup>27</sup> Tebeka S et al. Early- and late-onset postpartum depression exhibit distinct associated factors: the IGEDEPP prospective cohort study. *BJOG*, 2021 Sep;128(10):1683-1693.
- <sup>28</sup> Nielsan D et al. Postpartum depression: identification of women at risk, *BJOG* 2000 Oct;107(10):1210-7.

---

<sup>29</sup> O'Connor E et al. 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 Jan 26;315(4):388-406.

<sup>30</sup> Rapport de la commission des 1000 premiers jours – Septembre 2020. Ministère des Solidarités et de la Santé.

<sup>31</sup> Recommandations : Sortie de maternité après accouchement, HAS 2014

<sup>32</sup> Entretien post natal précoce, Préconisations pour la pratique clinique. Collège Nationale des sage-femme, Juin 2022.

<sup>33</sup> Article 86 - LOI n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 (1)

<sup>34</sup> Blom EA et al. Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. *BJOG*. 2010 Oct;117(11):1390-8.

<sup>35</sup> Park SH et al. Predictive validity of the Edinburgh postnatal depression scale and other tools for screening depression in pregnant and postpartum women: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet*. 2023 May;307(5):1331-1345.

<sup>36</sup> Cox JL et al. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987 Jun;150:782-6.

<sup>37</sup> Gastaldon C et al. Risk factors of postpartum depression and depressive symptoms: umbrella review of current evidence from systematic reviews and meta-analyses of observational studies. *Br J Psychiatry*. 2022 Oct;221(4):591-602.

<sup>38</sup> Teissedre F et al. Detecting women at risk for postnatal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 2 to 3 days post partum, *Can J Psychiatry*. 2004 Jan;49(1):51-4.

<sup>39</sup> Ghubash R et al.. The validity of the Arabic Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32:474–476.

<sup>40</sup> Jadresic E et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995;16:187–191.

<sup>41</sup> Blevins CA et al. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *J Trauma Stress*. 2015 Dec;28(6):489-98.

<sup>42</sup> Chen J et al. Association between exclusive breastfeeding and postpartum post-traumatic stress disorder. *Int Breastfeed J*. 2022 Nov 23;17(1):78.

<sup>43</sup> Evins GG et al. Postpartum depression: a comparison of screening and routine clinical evaluation. *Am J Obstet Gynecol*. 2000 May;182(5):1080-2.

---

<sup>44</sup> Hannah P et al. Links between early post-partum mood and post-natal depression. *Br J Psychiatry*. 1992 Jun;160:777-80. doi: 10.1192/bjp.160.6.777. PMID: 1617360.

<sup>45</sup> Enquête Nationale Périnatale – Rapport 2021. Octobre 2022, Inserm et Santé Publique France.

<sup>46</sup> Doncarli A 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. *Bull Épidémiol Hebd*. 2023;(18):348-60.

<sup>47</sup> Biaggi A et al. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 2016 Feb;191:62-77.

<sup>48</sup> Eslier M et al. Association between language barrier and inadequate prenatal care utilization among migrant women in the PreCARE prospective cohort study. *Eur J Public Health*. 2023 Jun 1;33(3):403-410.

<sup>49</sup> Chantry Aa et al. Peripartum severe acute maternal morbidity in low-risk women: A population-based study. *Midwifery*. 2023 Apr;119:103602.

<sup>50</sup> Recommandations: Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leurs enfants, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal. HAS 2024

<sup>51</sup> Edward KL et al. Self- screening using the Edinburgh post natal depression scale for mothers and fathers to initiate early help seeking behaviours. *Arch Psychiatr Nurs*. 2019 Aug;33(4):421-427.

<sup>52</sup> Alcorn KL et al. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychol Med*. 2010 Nov;40(11):1849-59.

## **DEPISTAGE EN MATERNITE DES PATIENTES A HAUT RISQUE DE TROUBLES PSYCHIQUES DU POST-PARTUM : ETUDE PILOTE AU CHU DE TOULOUSE.**

---

### **RESUME EN FRANÇAIS :**

Les troubles psychiques du post partum sont des pathologies fréquentes avec des conséquences sévères. L'Entretien Postnatal Précoce (EPNP), obligatoire depuis Juillet 2022, a pour but de dépister ces maladies et d'orienter les patientes vers une prise en charge adaptée. Ce dispositif est actuellement peu déployé sur le territoire français.

Objectif : Identification dans le postpartum immédiat des patientes à haut risque de troubles psychiques du post partum et évaluation de la satisfaction des patientes et des professionnels de santé quant à la mise en place de l'EPNP au sein de la maternité Paule de Viguié (CHU de Toulouse, France).

Résultats : Entre le 3 et le 27 Septembre 2023, 176 patientes ont accepté de participer à notre étude. 96 (55%) ont été dépistées comme à haut risque de troubles psychiques du post-partum et ont été orientées vers l'EPNP. Un diagnostic de dépression du post-partum a été posé chez 5% des patientes s'étant rendues à l'EPNP. Seul un score à l'EPDS dans le post-partum immédiat  $> 10$  était associé avec la nécessité d'une évaluation psychiatrique à 1 mois de l'EPNP ( $p < 0,001$ ). 88% des patientes se sont dit satisfaites de la mise en place de l'Entretien Postnatal Précoce à la maternité Paule de Viguié. 100% des sage-femmes interrogées ont considéré que l'hospitalisation en suite de naissance était un moment opportun pour discuter de santé mentale avec les patientes. La charge de travail est jugée acceptable par 70% des sage-femme. La barrière de la langue a été évoquée comme principal frein au dépistage des patientes à haut risque.

Les patientes n'ayant pas participé à l'étude présentaient des facteurs de risque importants de dépression du post partum (issues de l'immigration, précarité financière, non francophones, non affiliées au régime générale de Sécurité Sociale), ce qui peut participer à expliquer le faible taux de dépression du post partum dans notre étude, de même que le dépistage trop précoce à 1 mois du post-partum.

Un dépistage systématique dès l'hospitalisation en suite de naissance des patientes à haut risque de troubles psychiques du post-partum est facile à mettre en place, acceptable par les équipes soignantes et permet d'orienter les patientes identifiées vers une prise en charge adaptée.

---

TITRE EN ANGLAIS : SCREENING IN EARLY POSTPARTUM FOR MOTHERS AT HIGH RISK OF POSTPARTUM PSYCHIC DISORDERS: A PILOT STUDY AT TOULOUSE UNIVERSITY HOSPITAL.

---

RESUME EN ANGLAIS :

Post-partum psychological disorders are common pathologies with severe consequences. The aim of the Early Postnatal Interview (EPNP), which has been compulsory since July 2022, is to detect these disorders and refer patients for appropriate treatment. This system is currently underdeveloped in France.

Objective: To identify women at high risk of postpartum psychological disorders in the immediate postpartum period and to assess patient and healthcare professional satisfaction with the implementation of the EPNP at the Paule de Viguier Maternity Hospital (Toulouse University Hospital, France).

Results: Between 3 and 27 September 2023, 176 patients agreed to take part in our study. 96 (55%) were identified as being at high risk of postpartum psychological disorders and were referred to the EPNP. Postpartum depression was diagnosed in 5% of patients who attended the EPNP. Only an immediate postpartum EPDS score >10 was associated with the need for psychiatric assessment at 1 month post EPNP ( $p < 0.001$ ). 88% of patients were satisfied with the implementation of the Early Postnatal Interview at the Paule de Viguier Maternity Hospital. 100% of the midwives questioned felt that hospitalisation after birth was an appropriate time to discuss mental health with patients. The workload was deemed acceptable by 70% of midwives. The language barrier was cited as the main obstacle to screening high-risk patients.

The patients who did not take part in the study had major risk factors for post-partum depression (immigrant background, financial insecurity, non-French speakers, not affiliated to the general social security system), which may help to explain the low rate of post-partum depression in our study, as well as the fact that screening was carried out in the very early post-partum, 1 month after birth.

Systematic screening of patients at high risk of postpartum psychological disorders during the postpartum hospitalization is easy to implement, acceptable for the healthcare teams and enables to identify patients needing to be directed towards appropriate care.

---

MOTS-CLÉS : postpartum; depression; early screening; Entretien Postnatal Précoce.

---

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de Santé de Toulouse  
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

Directeur de thèse : Pr Paul GUERBY