

DÉPRESSION POST-PARTUM, UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE

Comprendre et agir ensemble

Entre méconnaissance et stigmatisation,
une pathologie spécifique aux répercussions multiples
et à la prise en charge encore insuffisante et inadaptée

Dépression post-partum, un enjeu de santé publique : COMPRENDRE ET AGIR ENSEMBLE

Entre méconnaissance et stigmatisation,
une pathologie spécifique aux répercussions multiples
et à la prise en charge encore insuffisante et inadaptée

REMERCIEMENTS

Pour éclairer nos travaux, plusieurs échanges ont été réalisés. Nous remercions les experts qui ont contribué à titre gracieux à cette initiative. Par leur engagement et leur expertise précieuse, ils ont enrichi les réflexions et facilité l'émergence de solutions novatrices.



Mahalia Coujitou

Membre du collectif Femmes de santé, directrice d'hôpital, créatrice du compte instagram @post.partie



Noémie Decotte

Sage-femme libérale, membre du conseil d'administration de l'Organisation nationale syndicale des sages-femmes



Charlotte Deschamp

Sage-femme en centre de PMI, membre du conseil d'administration de l'Organisation nationale syndicale des sages-femmes



Emmanuel Devouche

Enseignant-chercheur à l'Université Paris Descartes, spécialisé en psychologie périnatale



Camille Drouin et Aurélie Matry

Référentes parcours périnatalité – CPAM des Yvelines



Angèle Malâtre-Lansac

Déléguée générale de l'Alliance pour la Santé mentale



Elise Marcende

Présidente de l'association Maman Blues depuis 2016, référente locale sur le département du 69 depuis 2011



Clémentine Sarlat

Journaliste et fondatrice du podcast « La Matrescence »



Anne-Laure Sutter-Dallay

Psychiatre et pédopsychiatre en périnatalité au CH Charles Perrens, professeure de psychiatrie à l'Université de Bordeaux



Anne-Cécile Violland

Députée de la 5^e circonscription de Haute-Savoie, vice-présidente de la délégation aux droits des femmes

SOMMAIRE

Remerciements	4
Introduction	8
1 La mécompréhension de la dépression post-partum illustre une perception sociétale partielle de la périnatalité	12
1.1 La représentation idéalisée de la maternité comme entrave à la prise de conscience des pathologies mentales périnatales	13
▶ La grossesse, la maternité : des bouleversements physiques et psychologiques.....	13
▶ Une libération croissante de la parole autour des difficultés du post-partum	14
1.2 La dépression post-partum, une pathologie à part entière, entre méconnaissance et minimisation	16
▶ Un manque de connaissances global et persistant autour de la dépression post-partum..	16
▶ Une pathologie spécifique encore minimisée, à la prévalence sous-estimée.....	17
1.3 L'importance d'une approche continue et proactive pour garantir une sensibilisation efficace à la dépression post-partum	19
▶ Une sensibilisation à effectuer aussi sur le long terme pour renforcer son utilité.....	19
▶ En complément, le caractère essentiel des approches d'aller-vers pour prendre en compte les facteurs de risque	20
2 Difficultés diagnostiques et prise en charge sous-optimale entravent le parcours de soins de la dépression post-partum	26
2.1 Un diagnostic difficile à poser, en raison de symptômes variés et complexes	27
▶ Un repérage compliqué par une définition encore floue.....	27
▶ De nouvelles perspectives diagnostiques grâce aux avancées scientifiques.....	28
2.2 Un parcours périnatal censé faciliter un diagnostic et une prise en charge rapide de la dépression post-partum	31
▶ Un parcours périnatal qui se développe, mais qui pourrait être plus adapté et amélioré...	31
▶ Des obstacles relatifs à la coordination des professionnels du soin	34
2.3 La prise en charge de la dépression post-partum : une nécessaire personnalisation en fonction de la gravité de l'épisode dépressif	36
▶ Différentes structures permettant une prise en charge de la dépression post-partum par la psychothérapie.....	36
▶ L'approche médicamenteuse, une intervention thérapeutique en voie d'amélioration	39

3 Une pathologie spécifique aux impacts multiples et interconnectés, encore insuffisamment pris en compte	44
▶ Des difficultés plurielles et un risque suicidaire élevé.....	45
3.1 Entre baisse de la qualité de vie et modification du comportement : la patiente, première impactée	45
▶ ... accrues par une charge mentale autour de sa santé et celle de ses proches, souvent sans aide du co-parent	46
▶ La dépression post-partum du co-parent, une réalité mal prise en compte	48
3.2 Un trouble affectant aussi les différents liens familiaux	48
▶ Des répercussions potentiellement néfastes et durables sur la santé et le développement des enfants	50
▶ Les coûts directs et indirects des troubles de la santé mentale	52
3.3 La dépression post-partum, également vectrice de coûts socio-économiques importants ..	52
▶ À l'instar des troubles de la santé mentale, les coûts socio-économiques importants de la dépression post-partum	53
Synthèse – Nos 20 propositions concrètes et innovantes pour améliorer le parcours de soins des personnes concernées par une dépression post-partum ...	57

INTRODUCTION

Souvent considérée, à tort, comme un équivalent du baby-blues, la **dépression périnatale**¹ — qui peut survenir durant la grossesse, mais qui est fréquemment une dépression post-partum, en raison de sa prévalence après l'accouchement — **souffre de cette équivoque persistante**. Pourtant, ses symptômes, sa durée et sa gravité la distinguent nettement de l'état transitoire qu'est le baby-blues.

Symptomatique d'une perception sociétale tronquée de la maternité, la manière d'appréhender la dépression post-partum est souvent faussée. **Cette véritable pathologie mérite pourtant d'être reconnue à la hauteur de sa gravité et de la multiplicité de ses impacts**. Sa catégorisation fait d'ailleurs l'objet de divergences au sein de la communauté scientifique². Alors que certains chercheurs assimilent cette pathologie aux autres dépressions majeures pouvant survenir au cours de la vie, d'autres insistent sur ses spécificités. La singularité des facteurs de la dépression post-partum, intrinsèquement liés à la naissance et à la maternité, a ainsi été mise en avant dans différentes recherches. Ils concernent aussi bien les changements hormonaux que les bouleversements de la dynamique familiale, le poids des attentes sociales ou encore l'impact émotionnel liés à l'arrivée de l'enfant et aux réminiscences de l'histoire familiale.

Ces causes multifactorielles se manifestent de manière variée et les difficultés de leur prise en compte trouvent notamment leur source dans **l'idéalisation de la maternité et l'écart entre le vécu et la conception sociétale de cette période**. Le sentiment d'inadéquation par rapport à la parentalité, la culpabilité que cela entraîne, ou encore l'anxiété prononcée autour du bien-être du nouveau-né sont des symptômes courants de cette pathologie, concomitants à une période spécifique³.

Ces caractéristiques symptomatologiques propres à la dépression post-partum ne sont toutefois pas les seuls signaux d'alerte. L'extrême tristesse, la labilité émotionnelle, les troubles du sommeil et de l'alimentation, les douleurs physiques et même les idées suicidaires sont autant de manifestations de la dépression post-partum, qui impactent la capacité des personnes touchées à s'occuper d'elles-mêmes comme de leur nourrisson.

La mise en place de différentes mesures et expérimentations reflète la volonté des pouvoirs publics de prendre davantage en compte les questions de santé mentale périnatale : l'expérimentation Référent Parcours Périnatalité (RéPAP), la création récente d'un rendez-vous dédié à la détection de la dépression post-partum, les Assises de la santé de l'enfant ou encore le plan des 1000 premiers jours sont autant d'illustrations d'une volonté

de la France de consolider l'action publique pour mieux tenir compte des difficultés maternelles. L'allongement de la durée du congé pour le co-parent et l'instauration d'un caractère obligatoire pour les entretiens périnataux témoignent également de cette prise en compte. Dans le domaine de la psychiatrie périnatale, l'offre est également en cours de renforcement grâce à l'action des pouvoirs publics : création d'une autorisation d'activité en psychiatrie périnatale pour les hôpitaux depuis 2022, développement de structures proposant des soins conjoints parents-bébés en ambulatoire, renforcement des structures dédiées à l'hôpital.

En parallèle, et ce depuis plusieurs années, les progrès de la recherche nous permettent de mieux comprendre **l'impact de multiples facteurs de risques biologiques et psychosociaux sur cette maladie, ouvrant la voie vers des interventions plus précoces et personnalisées**, porteuses d'espoir pour les patientes et pour leurs proches.

Malgré ces efforts, des lacunes persistent, retardant souvent le repérage mais aussi la prise en charge de cette pathologie. **Bien qu'il soit structuré autour de deux entretiens clés**

(l'entretien prénatal précoce et l'entretien post-natal précoce), le parcours périnatal gagnerait à être enrichi par une approche plus continue et coordonnée, afin d'améliorer le diagnostic précoce de la dépression post-partum et d'initier rapidement sa prise en charge. Cette dernière fait également face à des possibilités d'amélioration conséquentes, qu'il s'agisse de renforcer les moyens et la visibilité des structures spécialisées ou de développer une prise en charge plus précoce et plus adaptée aux spécificités de la dépression post-partum.

La dépression post-partum peut se déclencher pendant la grossesse ou après l'accouchement^{4, 5, 6}. **Deux mois après l'accouchement, cette pathologie touche ainsi une mère sur six⁷ — et un père sur vingt⁸**. Cette forte prévalence en fait une véritable urgence sanitaire.

Et au-delà du nombre conséquent de femmes touchées par une dépression post-partum, le risque suicidaire de cette pathologie constitue un signal d'alerte majeur : **le suicide est aujourd'hui la première cause de mortalité maternelle, devant les maladies cardiovasculaires⁹**.

¹ Le terme « dépression périnatale » englobe à la fois les épisodes dépressifs survenant pendant la grossesse et après l'accouchement. Dans ce rapport, nous parlons principalement de la « dépression post-partum », du fait de la forte prévalence de cette forme de dépression périnatale.

² GORON Stéphanie, DUPUIS Gilles, DES RIVIÈRES-PIGEON Catherine, BÉDARD Marie Josée et REEVES Nicole, « La dépression postnatale, un diagnostic spécifique ? Analyse des causes perçues par les mères en dépression postnatale et non postnatale : perspective qualitative », *Devenir*, n° 4, vol. 29, 2017, p. 267-291.

³ BECK Cheryl Tatano, « Postpartum depression: a metasynthesis », *Qualitative Health Research*, n° 4, vol. 12, 2002, p. 453-472.

⁴ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Les 1000 premiers jours, là où tout commence*, 2020.

⁵ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, « Depressive disorders », *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. text revision, American Psychiatric Association Publishing, 2022.

⁶ THOMPSON KS, FOX JE, *Ment Health Fam Med*. 2010;7:249-257.

⁷ DONCARLI Alexandra, TEBEKA Sarah, DEMIGUEL Virginie, LEBRETON Elodie, DENEUX-THARAUX Catherine, BOUDET-BERQUIER Julie, APTER Gisèle, CRENN-HEBERT Catherine, VACHERON Marie-Noëlle, LE RAY Camille et REGNAULT Nolwenn, « 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 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2023.

⁸ BARRY Katharine M., GOMAJEE Ramchandar, BENAROUS Xavier, DUFORG Marie-Noëlle, COURTIN Emilie et MELCHIOR Maria, « Paternity leave uptake and parental post-partum depression: findings from the ELFE cohort study », *The Lancet Public Health*, n° 1, vol. 8, 2023, p. e15-e27.

⁹ DENEUX-THARAUX Catherine et SAUCEDO Monica, *Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir*, INSERM, Santé Publique France, 2024.

Loin de n'impacter que les personnes qui en sont atteintes, la dépression post-partum entraîne souvent **des répercussions néfastes sur la santé et le développement des enfants, et affecte les liens familiaux et sociaux**. À l'image des troubles de la santé mentale, cette pathologie fait face à de nombreux freins : stigmatisation, retard de diagnostic et traitements inadaptés sont autant d'obstacles majeurs à une prévention efficace et à une prise en charge de qualité. **En résultent une perte de chance pour les patients, et des coûts socio-économiques conséquents**.

Dès lors, la dépression post-partum doit être considérée comme **un enjeu de santé publique, qui nécessite une intervention renforcée des pouvoirs publics**.

Pourtant, malgré l'enjeu que représentent la dépression post-partum et plus largement les difficultés maternelles, un certain nombre d'acteurs (associations, professionnels de santé, collectifs)¹⁰, considèrent que les politiques en la matière peinent à faire de la santé mentale périnatale une priorité, et à mettre en place un champ d'action suffisamment ambitieux¹¹.

Un des éléments explicatifs de cette situation est le double héritage de la dépression post-partum. Pathologie à la fois de l'ordre de la santé mentale et de la santé des femmes, la dépression post-partum est à la confluence de deux champs fréquemment marginalisés.

Pour ce qui est de la santé mentale, l'absence de consensus sur les psychothérapies et les traitements médicamenteux reflète la persistance des batailles d'écoles de pensée. Par ailleurs parfois insuffisamment considérée dans le paysage médical français, la psychiatrie fait

face à une baisse du nombre de lits : les capacités de prise en charge à temps complet a diminué de 6,1 % entre 2008 et 2019¹². Une hausse importante des fermetures de lits a d'ailleurs été enregistrée en 2020 et 2022 : fin 2022, seuls 42 % des établissements publics (CH, CHS, CHRU) n'avaient pas été contraints de fermer des lits¹³. À ces problématiques de divergences doctrinales et de manque de financements s'ajoute la stigmatisation persistante des troubles psychiques, qui impacte lourdement leur diagnostic et leur prise en charge. Par conséquent, alors que 12 millions de Français sont touchés par un trouble de la santé mentale, seuls 40 à 60 % d'entre eux sont aujourd'hui pris en charge¹⁴. Pour autant, ces dernières années, de nombreuses initiatives ont cherché à renforcer l'offre et les moyens de la santé mentale et de la psychiatrie en France : la création en 2019 d'un délégué ministériel à la Santé mentale avec une feuille de route dédiée¹⁵, la conduite du Ségur de la Santé en 2020 ou encore la tenue d'Assises de la santé mentale en 2021^{16, 17}. Le dispositif Mon Soutien Psy, ou encore la feuille de route Santé mentale témoignent ainsi de la prise de conscience quant à l'importance d'une prise en charge adaptée des troubles de la santé mentale.

La santé des femmes – qui sont de facto les plus concernées par la dépression post-partum – reste un domaine également marginalisé, le corps masculin ayant longtemps été le point de référence en médecine. De cette situation découlent de nombreuses lacunes, qui se manifestent dans la recherche, dans la formation des professionnels du soin et dans l'information médicale prodiguée aux femmes.

Cela affecte aussi bien les problématiques spécifiquement féminines (endométriase, par exemple) mais aussi les spécificités féminines des pathologies (maladies cardiovasculaires, notamment) et les effets des traitements (dissimilitude de l'effet des molécules). Il en découle une moins bonne connaissance des pathologies chez les femmes et une prise en charge plus souvent sous-optimale. La HAS indiquait d'ailleurs en 2020 que « les différences entre les sexes sont nombreuses, insuffisamment documentées, trop souvent ignorées, et parfois sources d'iniquités en santé »¹⁸. Les spécificités de la santé des femmes commencent toutefois aujourd'hui à être mieux prises en compte, notamment grâce à la mobilisation de tout un écosystème qui sensibilise et informe sur le sujet. L'Assurance Maladie a d'ailleurs commencé à relayer cette dynamique de mise en avant de la santé féminine, y consacrant une partie de son rapport « Charges et Produits » publié en juillet 2024¹⁹. La santé mentale des femmes a par ailleurs fait l'objet de rapports parlementaires, mettant en avant la nécessité de « faire de la lutte contre la dépression post-partum une priorité de santé publique »²⁰.

Même si l'intérêt porté à la santé des femmes tend à évoluer, cette double marginalisation persistante se traduit par plusieurs freins importants à la reconnaissance et à la bonne prise en charge de la dépression post-partum.

Dans ce contexte, Biogen, entreprise de biotechnologies engagée de longue date dans le traitement de maladies graves sans solution, et plus récemment dans le champ de la santé mentale, souhaite contribuer à l'amélioration et à la consolidation des réponses qui doivent être apportées pour améliorer la santé des personnes touchées par la dépression post-partum.

À cet égard, le présent rapport cherche à dresser un état des lieux permettant de mieux comprendre les différentes facettes de la dépression post-partum, ainsi qu'à formuler des propositions concrètes et innovantes pour améliorer le parcours de soins des personnes concernées.

Enrichi de l'expertise de spécialistes d'horizons variés, ce rapport s'appuie sur différents regards afin de promouvoir une approche intégrée de la santé mentale maternelle. Son objectif : participer à la sensibilisation nécessaire des différentes parties prenantes (professionnels de santé, familles, pouvoirs publics) à l'importance de reconnaître et de traiter la dépression post-partum.

¹⁰ THEVENIN Cyrielle, « Santé. Face à la dépression post-partum, une prise en charge qui manque de moyens », *Le Progrès*, 24/09/2024.

¹¹ *Difficulté maternelle : comprendre les mamans en difficulté*, <https://www.maman-blues.fr/difficulte-maternelle/>, consulté le 23 août 2024.

¹² Soins en psychiatrie : un nombre de lits en baisse entre 2008 à 2019, <https://www.vie-publique.fr/en-bref/291095-soins-en-psychiatrie-un-nombre-de-lits-en-baisse-entre-2008-2019>, consulté le 3 octobre 2024.

¹³ *Résultats de l'enquête FHF Psychiatrie*, Fédération Hospitalière de France, 2023.

¹⁴ MALÂTRE-LANSAC Angèle, *Santé mentale : faire face à la crise*, Institut Montaigne, 2020.

¹⁵ *Santé mentale et psychiatrie : Mise en oeuvre de la feuille de route, état d'avancement au 1^{er} mars 2024*, Ministère du travail, de la santé et des solidarités, 2024.

¹⁶ *Ségur de la santé : les conclusions*, <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/article/segur-de-la-sante-les-conclusions>.

¹⁷ *Assises de la santé mentale et de la psychiatrie les 27 et 28 septembre 2021*, <https://sante.gouv.fr/actualites/evenements/assises-de-la-sante-mentale-2021>, consulté le 3 octobre 2024.

¹⁸ HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Sexe, genre et santé : rapport d'analyse prospective 2020*, 2020.

¹⁹ *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2025*, L'Assurance maladie, 2024.

²⁰ MARTIN Pascale et VIOLLAND Anne-Cécile, *Rapport d'information sur la santé mentale des femmes*, Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, Assemblée nationale, 2023.

1

LA MÉCOMPRÉHENSION DE LA DÉPRESSION POST-PARTUM illustre une perception sociétale partielle de la périnatalité

Les femmes atteintes d'une dépression post-partum connaissent souvent des difficultés à l'identifier, dans un contexte où la représentation sociétale de la maternité laisse peu de place aux discours alternatifs. Alors que la maternité est globalement perçue comme une nécessaire source d'accomplissement pour les femmes, les troubles qui peuvent survenir durant cette période sont souvent minimisés. Mal connue et peu reconnue, la dépression post-partum peut se retrouver confondue avec des changements hormonaux transitoires ou un épisode dépressif classique, sans lien avec la maternité.

1.1

LA REPRÉSENTATION IDÉALISÉE DE LA MATERNITÉ COMME ENTRAVE À LA PRISE DE CONSCIENCE DES PATHOLOGIES MENTALES PÉRINATALES

▲ La grossesse, la maternité : des bouleversements physiques et psychologiques

La maternité est une période qui reste très idéalisée dans l'imaginaire collectif. Elle s'accompagne de nombreuses attentes sociétales, étant souvent considérée comme une étape permettant l'accomplissement et l'épanouissement des femmes.

Au-delà de la création de la vie, la maternité est également souvent perçue comme l'opportunité de transmettre des valeurs et des connaissances. Pour certaines femmes, le fait de devenir mère correspond à un changement identitaire, et au commencement d'un nouveau rôle social, valorisé en tant que tel.

Près de trois Françaises sur cinq (59 %) estiment ainsi que le fait de devenir mère est une condition importante au bonheur d'une femme – et plus d'une Française sur cinq (22%) indique même qu'il s'agit d'une indispensabilité¹. Un chiffre en baisse, certes, puisqu'elles étaient 87 % à juger que cela était important en 2000², mais qui témoigne toujours de la perception de la maternité comme d'une étape importante de la vie d'une femme.

Pourtant, à rebours de cette image d'Épinal, la grossesse comme la maternité peuvent être des périodes très difficiles à vivre pour la mère, pour de multiples raisons^{3,4}. Durant la

¹ IFOP, *En avoir ou pas ? Enquête auprès des Françaises sur leur désir d'enfant et le regret maternel*, 2022.

² *Ibid.*

³ Grossesse : bouleversement émotionnel, anxiété et dépression, <https://www.ameli.fr/paris/assure/sante/devenir-parent/grossesse/difficultes-et-maladies-pendant-la-grossesse/grossesse-sante-psychique/troubles-psychiques-grossesse>, consulté le 25 septembre 2024.

⁴ APTER Gisèle, DEVOUCHE Emmanuel et GRATIER Maya, « Perinatal mental health », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, n° 8, vol. 199, 2011, p. 575-577.

grossesse, le corps produit une grande quantité d'hormones qui peuvent influencer l'humeur et les émotions⁵. De nombreuses femmes ressentent ainsi de l'irritabilité, de l'émotivité, de l'anxiété, de la colère ou de l'agitation. Ces hormones peuvent également contribuer à une sensation de fatigue accrue et à des moments de distraction⁶.

Au-delà des changements hormonaux, la grossesse peut également restreindre certaines activités quotidiennes, modifier les habitudes de vie ou encore dérégler le rythme de sommeil. Ces changements, couplés à de multiples injonctions et à différentes pressions sociales, sont souvent générateurs de frustration et s'accompagnent de diverses sensations d'inconfort psychique et physique. Par ailleurs, les femmes enceintes vivent des sentiments variés et souvent ambivalents face à la transformation rapide de leur corps⁷. Enfin, dans certains cas, la grossesse peut être à risque, ce qui renforce les difficultés psychiques que la future mère peut connaître.

L'éclairage d'Emmanuel Devouche, enseignant-chercheur à l'Université Paris Descartes, spécialisé en psychologie périnatale

La grossesse comme l'accouchement sont des temps de bouleversement, de remise en question, pendant lesquels des fragilités psychologiques peuvent refaire surface. Un projet de parentalité force à « affronter son histoire, sa réalité conjugale, économique, culturelle, religieuse ». C'est donc à toute cette « dette de vie » que les parents sont confrontés à la naissance de l'enfant.

⁵ Les émotions pendant la grossesse, <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/les-emotions-pendant-la-grossesse>, consulté le 25 septembre 2024.

⁶ SERIDI Houari Boumediene et BEAUQUIER-MACCOTTA Bérengère, « Les troubles du sommeil pendant la grossesse et pendant le post-partum (revue de la littérature) », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, n° 7, vol. 177, 2019, p. 655-662.

⁷ BOTTEMANE Hugo et JOLY Lucie, *Dans le cerveau des mamans*, Éditions du Rocher, 2022.

⁸ Santé mentale : 7 Français sur 10 estiment que c'est encore un sujet tabou, <https://www.odoxa.fr/sondage/sante-mentale-7-francais-sur-10-estiment-que-cest-encore-un-sujet-tabou/>, consulté le 26 septembre 2024.

Les changements physiques et psychiques de la grossesse puis de l'accouchement, parfois rassemblés sous le terme de matrescence, sont, par nature, **des évènements bouleversants, à même de perturber l'équilibre psychologique de la femme concernée.**

Contrairement à l'image traditionnelle de la maternité, couramment présentée comme un temps de plénitude, la réalité de la grossesse puis du post-partum peut donc être bien différente. Ces périodes sont souvent marquées par une série de défis qui **révèlent des difficultés sociales, économiques et psychologiques significatives**. Ces défis ne font pas que compliquer l'expérience parentale ; **ils mettent aussi en lumière les vulnérabilités qui peuvent exister en toile de fond.**

Une libération croissante de la parole autour des difficultés du post-partum

Pour combattre l'idéalisation de la maternité et mieux rendre compte des difficultés qui l'accompagnent parfois, de plus en plus de voix de femmes s'élèvent pour **partager un discours plus en adéquation avec leur vécu**. Ces femmes, avec la volonté de **briser le mythe social de la mère parfaite et de la maternité idéale**, cherchent à offrir un **discours plus honnête, plus nuancé, en phase avec les réalités du quotidien**.

Bien que **7 Français sur 10 estiment que la santé mentale reste encore un sujet tabou**⁸, on assiste donc néanmoins à une relative libération de la parole au sein de la population sur certaines pathologies en lien avec la santé mentale, et notamment sur la dépression post-partum. Cette libération de la parole permet de mieux faire exister et de

L'analyse d'Élise Marcende, présidente de l'association Maman Blues depuis 2016, référente locale sur le département du 69 depuis 2011

Le hashtag #MonPostPartum a permis à de nombreuses femmes de partager leur expérience de la maternité et de nuancer ainsi la vision traditionnelle associée à cette période, en laissant davantage de place à la complexité d'émotions qu'elle peut susciter.

faire reconnaître davantage **les pressions sociales, les doutes et les frustrations qui accompagnent souvent la maternité**. Cette démarche permet non seulement de visibiliser les difficultés qui peuvent être rencontrées, mais aussi de créer un espace de soutien et de solidarité pour celles qui se sentent isolées ou incomprises. **La pair-aidance s'est ainsi développée comme une réponse concrète** aux besoins des femmes, favorisant l'écoute, la compréhension, et l'accompagnement.

Les nouveaux moyens de communication, qu'il s'agisse des réseaux sociaux, des blogs ou des podcasts, ont permis la visibilité croissante de cette thématique, aussi bien outre-Atlantique qu'en France^{9,10}. Les activistes, personnalités publiques et influenceuses qui les alimentent offrent ainsi des réponses aux appréhensions et aux questionnements des futurs ou nouveaux parents. Qu'il s'agisse des complications physiques de l'accouchement, des défis liés à l'équilibre entre vie professionnelle et vie familiale, ou encore des difficultés psychologiques relatives à la maternité, **ces différents canaux de communication répondent à une demande sociale croissante d'authenticité**. Cette tendance permet, progressivement,

⁹ SACKS Alexandra, *Alexandra Sacks: A new way to think about the transition to motherhood*, https://www.ted.com/talks/alexandra_sacks_a_new_way_to_think_about_the_transition_to_motherhood, consulté le 20 août 2024.

¹⁰ HERZOG Charlotte, « #MonPostPartum : un hashtag pour libérer la parole sur l'après-accouchement », *Le Monde*, 20/02/2020.

de mieux appréhender la **pluralité des expériences que peuvent connaître les femmes enceintes et les nouvelles mères**.

Par ailleurs, la libération de la parole autour de la grossesse et de la maternité s'inscrit dans un mouvement militant plus large, qui vise à donner davantage de visibilité aux enjeux de la santé féminine, trop souvent ignorés ou minimisés. En cherchant à déconstruire les tabous et les stéréotypes prégnants aux différentes étapes de la vie de certaines femmes – menstruation, ménopause, santé sexuelle, maternité –, il milite pour une meilleure prise en charge de leurs besoins spécifiques.

Porté initialement par les réseaux sociaux et des collectifs féministes, ce mouvement cherche à redéfinir le regard porté sur la santé des femmes, en appelant non seulement la reconnaissance des souffrances invisibilisées, mais aussi des réformes concrètes dans les politiques de santé publique et les pratiques médicales.

L'exemple de Clémentine Sarlat, journaliste et fondatrice du podcast « La Matrescence »

Le podcast « La Matrescence », lancé en 2019, vise à donner davantage de visibilité à toutes les difficultés psychologiques que peuvent rencontrer les mères pendant cette période. C'est un espace de libération de la parole autour du temps du post-partum, qui vise à nuancer les clichés traditionnels portant sur l'expérience de la maternité et à accompagner les parents dans les bouleversements auxquels ils font face.

1.2

LA DÉPRESSION POST-PARTUM, UNE PATHOLOGIE À PART ENTIÈRE, ENTRE MÉCONNAISSANCE ET MINIMISATION

▲ Un manque de connaissances global et persistant autour de la dépression post-partum

En dépit d'un contexte de libération de la parole sur les difficultés relatives à la maternité au sein de la société civile, la **dépression post-partum est loin d'être une pathologie connue des personnes concernées par la maternité**, qu'elles aient un projet de parentalité ou qu'elles soient jeunes parents. Certaines ne savent pas ce dont il s'agit, quand d'autres en ont une définition approximative.

”
L'éclairage de Mahalia Coujitou,
 membre du collectif Femmes de santé,
 directrice d'hôpital, créatrice du compte
 instagram @post.partie

La connaissance de la dépression post-partum reste insuffisante, faute de diffusion d'un message de prévention simple et exhaustif sur le sujet. Les individus concernés n'ont notamment pas forcément conscience qu'elle peut toucher tout le monde, et se manifester par des symptômes très variés.

Les approximations dont la dépression post-partum fait l'objet obèrent sa **bonne compréhension** par les individus. Même chez les jeunes parents, qui devraient pourtant être davantage au fait des difficultés maternelles que le reste de la population, cette pathologie reste peu connue. **Seule la moitié des mères (51 %) et des pères (46 %) considèrent ainsi**

avoir été suffisamment informés sur la dépression post-partum¹¹.

Parmi les raisons qui permettent d'expliquer l'insatisfaction des parents quant à l'information sur la dépression post-partum, l'absence d'évocation de cette pathologie lors du parcours périnatal est largement mise en avant : **chez les mères qui considèrent ne pas avoir été suffisamment informées, 85 % indiquent que le sujet n'a pas été évoqué avec elles lors des différents rendez-vous médicaux** qu'elles ont effectués. Pire, parmi les mères et les pères se disant insuffisamment informés sur le sujet, **plus d'un sur dix indiquent même ne toujours pas savoir ce dont il s'agit aujourd'hui**¹².

La méconnaissance de la dépression post-partum persiste donc non seulement dans la population générale, mais aussi chez les parents eux-mêmes. Bien que l'on puisse penser que les parents, du fait de leur intérêt pour la parentalité et de l'accompagnement qu'ils reçoivent des professionnels de santé, soient mieux informés sur cette pathologie, ce n'est pas le cas d'une grande partie d'entre eux, alors qu'ils sont directement concernés.

▲ Une pathologie spécifique encore minimisée, à la prévalence sous-estimée

Au manque d'informations entourant la dépression post-partum s'ajoute une tendance latente des personnes concernées par la maternité **à la minimisation de sa gravité et à la confusion avec d'autres difficultés périnatales**. La dépression post-partum n'est pourtant **ni un « baby-blues » transitoire, ni un simple « bouleversement hormonal », mais bien une pathologie à part entière**.

Le baby blues, quant à lui, est essentiellement une **réponse naturelle de l'organisme face**

”
Le regard d'Élise Marcende,
 présidente de l'association Maman Blues depuis 2016, référente locale sur le département du 69 depuis 2011

Les cours sur la reproduction et la grossesse qu'ont les adolescents au collège ne mentionnent pas la dépression périnatale. Il serait pourtant très bénéfique d'aborder la question de la santé mentale périnatale dès cette période, pour sensibiliser aux difficultés maternelles le plus tôt possible – ce qui permettrait à long terme d'éviter que ces difficultés soient minimisées.

aux bouleversements physiologiques et émotionnels que la femme traverse. La chute brutale des hormones après l'accouchement¹³, auquel s'ajoute fréquemment un épuisement physique et mental, joue un rôle central dans l'apparition de ces symptômes. En outre, l'adaptation à la maternité, avec ses nouvelles responsabilités et la réorganisation complète de la vie quotidienne, contribue à intensifier cet état émotionnel fragile.

Affectant entre 50 % et 80 % des femmes après l'accouchement¹⁴, le baby blues est un phénomène qui survient généralement entre le deuxième et le cinquième jour après la naissance, avec un pic notable autour du troisième jour. **Il se manifeste par un état transitoire**, marqué par des symptômes tels que l'irritabilité, les sautes d'humeur, des troubles du sommeil, la fatigue, une anxiété généralisée, un sentiment de solitude et une peur accrue de ne pas être capable de bien s'occuper de son nouveau-né. Ces manifestations, bien que parfois perturbantes, ne sont **pas pathologiques**

¹¹ QARE et OPINIONWAY HEALTHCARE, *Post-partum et santé mentale*, 2021.

¹² *Ibid.*

¹³ *Après l'accouchement : baby blues et dépression du post partum*, <https://www.ameli.fr/assure/sante/devenir-parent/accouchement-et-nouveau-ne/baby-blues-depression-post-partum-grossesse>, consulté le 20 août 2024.

¹⁴ *Ibid.*

et disparaissent généralement totalement en l'espace de deux semaines.

Bien que le baby blues soit temporaire et généralement sans conséquence à long terme, il peut, dans certains cas, être un indicateur précoce de dépression post-partum, notamment si les symptômes persistent ou s'aggravent au-delà des deux semaines habituelles. La dépression post-partum est en effet une maladie qui peut commencer pendant la grossesse et qui se déclenche généralement dans les semaines et les mois qui suivent l'accouchement^{15, 16, 17}.

L'éclairage de Noémie Decotte et Charlotte Deschamp, membres du conseil d'administration de l'Organisation nationale syndicale des sages-femmes (ONSSF)

La dépression post-partum vécue par une femme est parfois prise en charge extrêmement tardivement, faute de soins pour la mère et pour la dyade mère-bébé.

La minimisation de la dépression post-partum par les personnes concernées par la maternité s'explique notamment par le fait qu'elle se situe à la croisée des pathologies féminines et des troubles de la santé mentale, deux domaines historiquement négligés et insuffisamment pris en considération dans la société — et donc dans la recherche médicale. Cette double négligence contribue à une sous-estimation des effets réels de la dépression post-partum et reflète une tendance plus large à invisibiliser les souffrances des femmes, qu'elles soient physiques ou psychologiques. Ce double héritage explique en partie pourquoi seules 40 à 50 % des dépressions périnatales sont diagnostiquées¹⁸. Cette pathologie est parfois diagnostiquée extrêmement tardivement, lorsque l'état de l'enfant devient alarmant, reflétant le mal-être de la mère.

¹⁵ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Les 1000 premiers jours, là où tout commence*, op. cit., 2020.

¹⁶ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, « Depressive disorders », *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. text revision, American Psychiatric Association Publishing, 2022.

¹⁷ THOMPSON KS, FOX JE, *Ment Health Fam Med*. 2010;7:249-257.

¹⁸ *Ibid.*

1.3

L'IMPORTANCE D'UNE APPROCHE CONTINUE ET PROACTIVE POUR GARANTIR UNE SENSIBILISATION EFFICACE À LA DÉPRESSION POST-PARTUM

▲ Une sensibilisation à effectuer aussi sur le long terme pour renforcer son utilité

La sensibilisation au risque de dépression post-partum apparaît aujourd'hui globalement insuffisante, notamment parce qu'elle ne commence pas assez précocement et parce qu'elle est faite de façon trop sporadique. Alors que pour être efficace, la sensibilisation devrait débuter bien avant l'entrée dans le parcours médical de la grossesse, elle est souvent initiée plusieurs mois après que celle-ci a été déclarée.

Le fait que la sensibilisation à la dépression post-partum ne commence pas avant la conception de l'enfant constitue aujourd'hui une lacune majeure pour les femmes qui en seront atteintes, notamment pour celles ayant déjà des troubles de la santé mentale, qui sont plus à risque de faire une dépression post-partum si elles attendent un jour un enfant. Et, une fois la grossesse déclarée, il est rare que la dépression post-partum soit évoquée dès les premières semaines. Les discussions se concentrent plutôt sur les aspects physiques de la grossesse et de l'accouchement, laissant de côté la question cruciale de la santé mentale. Pourtant, ce moment est essentiel puisque les femmes en début de grossesse sont souvent plus à même de s'intéresser aux difficultés qu'elles peuvent rencontrer, ayant encore suffisamment de ressources — qu'il s'agisse de temps à y consacrer ou d'énergie — pour se familiariser avec cette pathologie et ses symptômes.

La sensibilisation à la dépression post-partum survient donc généralement trop tard dans le parcours de la maternité. Bien qu'elle soit parfois évoquée en fin de grossesse ou après l'accouchement, cette approche éparse ne permet pas aux femmes de l'appréhender

L'analyse d'Angèle Malâtre-Lansac, déléguée générale de l'Alliance pour la Santé Mentale

La communication sur la dépression post-partum, ainsi qu'une éventuelle prise en charge, doivent idéalement commencer au tout début de la grossesse. En effet, pendant cette période les femmes sont en contact régulier avec des professionnels de santé. Il peut être plus compliqué de toucher les femmes dans la période du post-partum immédiat, les consultations avec les professionnels de santé étant davantage tournées sur la santé des bébés. Cette période pourrait toutefois être également mise à profit pour repérer, communiquer des messages d'information sur la santé mentale, les comportements bénéfiques à adopter et les signaux d'alerte.

de manière adéquate et dessert celles touchées par cette pathologie.

Pathologie plurielle et complexe, la dépression post-partum peut commencer pendant la grossesse ou dans les semaines et les mois qui suivent l'accouchement^{19, 20, 21}. Sa possible fulgurance rend la situation encore plus délicate, car **elle peut s'aggraver rapidement** si elle n'est pas détectée à temps. Une sensibilisation uniquement concentrée sur la période immédiate suivant l'accouchement ne suffit donc pas à prévenir les cas de dépression post-partum tardive.

Ces derniers peuvent être tout aussi dévastateurs, si ce n'est plus, puisqu'ils s'inscrivent souvent **dans un contexte où l'attention médicale peut s'être déjà beaucoup restreinte**.

¹⁹ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Les 1000 premiers jours, là où tout commence*, op. cit., 2020.

²⁰ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, « Depressive disorders », *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. text revision, American Psychiatric Association Publishing, 2022.

²¹ THOMPSON KS, FOX JE, *Ment Health Fam Med*. 2010;7:249-257.

Pourtant, il n'existe aujourd'hui aucune forme de sensibilisation au long cours, au-delà des premiers mois après la naissance, pour toucher les parents à différents stades de leur parentalité.

En complément, le caractère essentiel des approches d'aller-vers pour prendre en compte les facteurs de risque

Certains facteurs augmentent le risque d'être touchée par une dépression post-partum. Ces facteurs peuvent être psychiatriques, socio-économiques ou obstétricaux. Une vigilance

L'éclairage d'Emmanuel Devouche, enseignant-chercheur à l'Université Paris Descartes, spécialisé en psychologie périnatale

Il existe trois types de facteurs de risque augmentant les chances de souffrir d'une dépression post-partum :

- 1 • Facteurs socio-économiques : notamment la faiblesse du support social, la (grande) jeunesse (grossesse adolescente), la précarité et l'acculturation.
- 2 • Facteurs physiques et médicaux : l'âge de la grossesse (à 35 ans et plus, le risque de dépression post-partum est plus élevé), un antécédent de fausse couche, d'IVG ou d'IMG, une malformation ou une maladie du bébé à naître peuvent jouer.
- 3 • Facteurs psychologiques : le manque de sécurité affective, l'évolution négative de la perception de l'enfant attendu, ainsi que la « dette de vie » peuvent favoriser l'apparition d'une dépression post-partum.

NB. Par « dette de vie », on entend l'ensemble des fragilités psychologiques d'un individu, qui peuvent refaire surface pendant des moments de bouleversement comme la grossesse et l'accouchement.

L'éclairage de Noémie Decotte et Charlotte Deschamp, membres du conseil d'administration de l'Organisation nationale syndicale des sages-femmes (ONSSF)

Les femmes venant d'accoucher peuvent bénéficier d'une aide à domicile totalement remboursée par la CAF en cas de situation familiale délicate (isolement, famille nombreuse, naissance multiple, séparation récente...).

toute particulière doit ainsi être apportée **aux mères isolées, aux familles socio-économiquement défavorisées et aux couples ayant un trouble psychique préexistant, ou encore aux mères qui ont eu un parcours de migration** : à titre d'exemple, une femme migrante enceinte ou en post partum sur quatre souffre d'une dépression post-partum²².

Les programmes de sensibilisation peinent à prendre en compte ces différents aspects et donc à être efficaces. Par conséquent, il est parfois difficile d'atteindre des publics en situation de grande précarité, pour lesquels les campagnes de communication traditionnelles sont souvent inadaptées. Il peut en effet y avoir des barrières linguistiques et culturelles qui obèrent la bonne compréhension du message – mais aussi parfois un problème d'accès au support du message lui-même, faute de fréquenter des lieux de soins ou de consulter les canaux sur lesquels les campagnes sont diffusées. Les campagnes d'information sanitaire peuvent aussi tout simplement ne pas retenir l'attention du public visé, surtout lorsque ce dernier méconnaît l'organisation du système de santé.

L'approche « d'aller-vers », bien qu'étudiée dans de nombreux travaux, n'est pas suffisamment intégrée dans ces mesures de sensibilisation. Selon le ministère de la Santé, « l'aller-vers est à entendre comme une démarche qui se situe au-delà de toute intervention sociale, qu'elle soit d'accueil, de diagnostic, de prescription, d'accompagnement. Cette démarche rompt avec l'idée que l'intervention sociale ferait systématiquement suite à une demande exprimée. Elle permet d'intégrer dans les pratiques les situations de non-demande de certains publics (pas seulement des personnes vulnérables) et engage les acteurs à se situer dans

une pratique proactive, pour entrer en relation avec ces publics »²³.

Dans le contexte actuel, de nombreuses personnes en situation de précarité ou isolées demeurent éloignées des aides sociales, sanitaires ou administratives auxquelles elles auraient droit. Ces publics, souvent particulièrement touchés par la dépression post-partum, ne sont pas suffisamment atteints par les dispositifs en place. **Certains programmes pourraient pourtant être extrêmement impactant, s'ils venaient à être mieux connus, à l'instar du soutien temporaire à domicile post-accouchement**²⁴.

Certaines initiatives d'aller-vers montrent pourtant des possibilités d'action. Par exemple, le bus « Cœur des femmes »²⁵, piloté par l'association « Agir pour le cœur des femmes », traverse la France pour sensibiliser les femmes aux maladies cardio-vasculaires, en proposant des dépistages et des discussions de prévention. Cependant, des dispositifs similaires dédiés à la dépression post-partum restent rares et peu développés.

²² STEVENSON Kerrie, FELLMETH Gracia, EDWARDS Samuel, CALVERT Clara, BENNETT Phillip, CAMPBELL Oona M. R. et FUHR Daniela C., « The global burden of perinatal common mental health disorders and substance use among migrant women: a systematic review and meta-analysis », *The Lancet*, n° 3, vol. 8, 2023, p. e203-e216.

²³ Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté : Note de cadrage de la formation « aller vers », Ministère de la Santé et de la Prévention.

²⁴ *Accouchement et retour à domicile : prise en charge et accompagnement*, <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/famille/maternite-paternite-adoption/accouchement-retour-domicile>, consulté le 20 septembre 2024.

²⁵ Les Bus du Cœur – Agir pour le cœur des femmes, <https://www.agirpourlecoeurdesfemmes.com/agir/media/Les-Bus-du-Coeur>, consulté le 26 septembre 2024.

LES PROPOSITIONS

OBJECTIF : SENSIBILISER LA SOCIÉTÉ CIVILE, LES PATIENTS ET LES SOIGNANTS AU RISQUE DE DÉPRESSION POST-PARTUM

#1

Rendre obligatoire la participation à un module de formation à la santé mentale périnatale lors de la formation initiale et continue des praticiens en charge du suivi médical de la grossesse et du post-partum (sage-femmes, médecins généralistes, gynécologues, pédiatres, kinésithérapeutes), et **développer des modules de formation complémentaire** pour les professions de la pharmacie et d'auxiliaires médicaux que peut rencontrer la femme lors de la période périnatale (pharmaciens, diététiciens, infirmiers, aides-soignants).

#2

Sensibiliser les psychiatres et les psychologues, au cours de leur formation initiale et continue, à l'importance d'évoquer le risque de dépression périnatale avec leurs patients faisant part d'un projet de grossesse.

#3

Intégrer la notion de dépression périnatale aux cours d'éducation à la sexualité et à la reproduction, dispensés au cours du cycle 4 (5^e, 4^e, 3^e) et du lycée.

#4

Créer une campagne de communication dédiée aux difficultés psychologiques liées à la périnatalité (anxiété, baby blues, dépression périnatale, psychose puerpérale), qui pourrait être **initiée dans le cadre de la grande cause nationale 2025**.

Cette campagne pourra être relayée auprès du grand public (podcasts, blogs, réseaux sociaux, application des 1000 premiers jours) et incarnée par des témoignages d'individus concernés. Pour toucher le public le plus large possible, dont le public en situation d'exclusion, cette campagne pourrait également être relayée par des acteurs associatifs.

Cette campagne pourrait aborder **trois enjeux** :

- 1 • Une présentation des **symptômes** et des **terrains de vulnérabilité** propres à ces difficultés ;
- 2 • Une présentation du **parcours de prévention**, mettant en avant l'existence de la consultation préconceptionnelle pour toutes et tous, et rappelant l'existence des entretiens pré- et post-natal précoces ;
- 3 • Une présentation des **options de prise en charge**, mentionnant notamment le dispositif « Mon parcours psy ».

N.B.1. En population générale, la consultation préconceptionnelle, effectuée avec un généraliste, une sage-femme ou un gynécologue, permet de « faire un point santé pour préparer au mieux à la grossesse ». Elle est l'occasion de détecter d'éventuels facteurs de vulnérabilité à la dépression périnatale²⁶.

N.B.2. Cette campagne de communication s'inscrirait dans la continuité de la mesure 1 des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie de 2021, visant à « informer le grand public sur la santé mentale et lutter contre la stigmatisation », et pourrait se faire sur le modèle de la campagne de 2021 « En parler, c'est déjà se soigner »²⁷.

²⁶ Consultation préconceptionnelle, <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/consultation-preconceptionnelle>, consulté le 26 septembre 2024.

²⁷ Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, Gouvernement, 2021.

#5

Intégrer des messages de prévention sur la dépression post-partum à d'autres étapes du parcours périnatal :

- 1 • **Prévoir un temps de prévention de la dépression périnatale au cours du séjour en maternité.** Ce temps serait prodigué par la sage-femme en contact avec la patiente et le co-parent (le cas échéant). Il intégrerait une courte présentation de la pathologie, de ses symptômes et de la marche à suivre pour être pris en charge.
- 2 • **Mentionner la dépression du post-partum dans le programme des sept séances de préparation à la naissance.**
- 3 • **Ajouter au déroulé des 13 examens de santé pédiatriques (prévus pour l'enfant de ses 0 à ses 24 mois) des questions préliminaires concernant la santé mentale de la mère, ainsi que sur l'état du lien mère/enfant.**

N.B. La durée de séjour standard en maternité est de 72 à 120 heures après un accouchement par voie basse, et de 96 à 120 heures après un accouchement par césarienne²⁸.

#7

Afin d'harmoniser et de systématiser les programmes d'aller-vers destinés aux personnes à risque de vivre une dépression périnatale, **définir à l'échelle nationale des populations cibles** (vulnérabilités socio-économiques, territoires éloignés du soin, antécédents psychiatriques) auprès desquelles concentrer les actions de prévention de cette pathologie. **Confier aux conseils départementaux, qui sont en charge**

des centres de protection maternelle et infantile (CPMI) de leur territoire, le soin de piloter des programmes de prévention adaptés à chaque population cible. Ces programmes pourraient comprendre des temps d'échange et d'information autour des difficultés psychologiques propres au temps de la périnatalité, et seraient déployés au sein des CPMI.

N.B. La démarche d'aller-vers a pour but de répondre aux situations de non-demande de certains publics. Elle mobilise ainsi les acteurs à s'engager dans une pratique pro-active, pour entrer en relation avec ces publics.

²⁸ Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés, Haute Autorité de Santé, 2014.

#6

Diffuser de façon massive un questionnaire validé de détection des symptômes de la dépression périnatale (par exemple « l'auto-questionnaire bien-être » créé par le réseau périnatalité Nouvelle-Aquitaine ou l'échelle d'Édimbourg)²⁹, **en l'accompagnant d'un feuillet précisant les étapes de l'accompagnement de prévention et de prise en charge de la dépression périnatale** : notamment la consultation préconceptionnelle en population générale et les entretiens pré-et post-natal précoces.

Intégrer ces deux documents à plusieurs supports :

- 1 • **Supports accessibles/visibles au cours de la période préconceptionnelle** : inclure ces informations sur des affiches destinées aux salles d'attente de maisons de santé, de cabinets de médecins généralistes, de gynécologues-obstétriciens et sages-femmes.
- 2 • **Supports accessibles/visibles au cours de la grossesse et de la période du post-partum** : inclure ces informations sur des affiches dans les maternités, CPMI, pédiatres. Les ajouter également au carnet de santé maternité, au « carnet de bienvenue » (créé dans le cadre du projet des « 1 000 premiers jours », et distribué à la naissance), et au carnet de santé de l'enfant.

N.B. Le carnet santé maternité, en cours d'actualisation, fournit des renseignements sur le déroulement du suivi médical de la grossesse, sur les droits et obligations de la femme enceinte, ainsi que sur les aides existantes.

#8

Inciter les collectivités qui signent des contrats locaux de santé à y inclure la santé mentale périnatale.

N.B. Le contrat local de santé est un outil porté conjointement par l'ARS et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé.

²⁹ « Outils d'aide au repérage des vulnérabilités familiales et maternelles », consulté le 26 septembre 2024.

#9

Généraliser la mise en place « d'ateliers parentalité » comprenant une séance de prévention de la dépression périnatale au sein des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Pour cela, la « fiche action » correspondante pourrait être diffusée sur les sites internet des ARS, pour partager un exemple de bonne pratique et inciter ainsi de nouvelles CPTS à mettre de tels ateliers en place.

N.B.1. Pour Les ateliers parentalité peuvent également entrer dans le cadre des ateliers post-nataux effectués par les sages-femmes.

N.B.2. Pour constituer une CPTS, les professionnels de santé concernés construisent ensemble un « projet de santé » décliné en « fiches actions » opérationnelles. Le projet est ensuite soumis à l'ARS pour validation.

2

DIFFICULTÉS DIAGNOSTIQUES ET PRISE EN CHARGE SOUS-OPTIMALE

entravent le parcours de soins
de la dépression post-partum

La dépression post-partum se manifeste par des symptômes qui peuvent varier considérablement d'une personne à une autre et qui sont parfois méconnus. Cette diversité de signaux rend souvent le diagnostic précoce difficile, bien que le parcours de soins périnatal se soit structuré autour de professionnels de santé variés et d'étapes obligatoires. Des lacunes et des obstacles subsistent, dont une partie sont ceux de la santé mentale en général, et peuvent retarder l'identification de la pathologie et compromettre l'efficacité de sa prise en charge. Cette dernière peut intégrer différentes approches (psychothérapeutique et/ou médicamenteuse) et doit également prendre en compte les enjeux de coordination des structures et des professionnels de santé et de personnalisation des traitements.

2.1

UN DIAGNOSTIC DIFFICILE À POSER, EN RAISON DE SYMPTÔMES VARIÉS ET COMPLEXES

▲ Un repérage compliqué par une définition encore floue

Alors qu'un diagnostic précoce est indispensable pour proposer rapidement une prise en charge adaptée aux personnes touchées par une dépression post-partum, le repérage rapide de cette pathologie est particulièrement complexe. **Ce trouble mental se traduit en effet par une pluralité de symptômes**, ne relevant pas forcément du champ de la dépression en tant que telle, ce qui peut brouiller la pose d'un diagnostic.

**L'analyse
d'Anne-Laure Sutter-Dallay,**
Psychiatre et pédopsychiatre en périnatalité
au CH Charles Perrens, professeure
de psychiatrie à l'Université de Bordeaux

Le terme de « dépression » est utilisé pour décrire tout un panel de symptômes émotionnels périnataux et couvre à la fois des épisodes dépressifs, uni ou bipolaires mais aussi des syndromes de stress post-traumatiques voire des expressions émotionnelles dans le cadre de troubles de déficit d'attention et d'hyperactivité ou de troubles du spectre autistique. On peut le définir comme un trouble de régulation émotionnelle post-partum, toujours accompagné d'une grande douleur morale.

Certains symptômes sont assez diffus et rendent difficile la prise de conscience de cette pathologie par les femmes atteintes : impression de vide, hypervigilance, phobies

d'impulsion, sentiment de déconnexion... **D'autres peuvent aussi être aisément négligés, du fait de leur apparente normalité** : une grande fatigue peut ainsi ne pas alarmer la mère et ses proches, alors même que c'est à la fois un facteur et un symptôme de la dépression post-partum. Les changements hormonaux, les bouleversements dans la dynamique familiale, la pression des attentes sociales et l'impact émotionnel lié à l'arrivée de l'enfant peuvent chambouler rapidement l'équilibre de la nouvelle mère, sans que celle-ci en ait pleinement conscience.

L'éclairage de Mahalia Coujitou, membre du collectif Femmes de santé, directrice d'hôpital, créatrice du compte instagram @post.partie

La fatigue est le premier signe d'alerte. Elle peut arriver pour plein de raisons différentes : manque de sommeil, implication insuffisante du co-parent, charge mentale sur l'organisation de la maison... Cependant, la jeune mère a besoin d'être déchargée de ses autres tâches, sinon elle se retrouve épuisée et il lui sera alors bien plus difficile de gérer ses émotions comme celles de son enfant – c'est là un terrain propice au développement de la dépression post-partum.

Au-delà des **difficultés inhérentes à la période de vie particulière que représente la maternité**, le repérage de la dépression post-partum est rendu compliqué par le fait qu'**un état dépressif ne se manifeste pas nécessairement de la même façon chez les hommes et les femmes**. Ces dernières sont plus susceptibles de présenter des « symptômes prototypiques »

de la dépression – tels que l'anxiété, la tristesse, le sentiment de culpabilité ou d'inutilité, les pleurs et le ralentissement psychomoteur¹. Les comorbidités psychiatriques et médicales ne sont pas non plus les mêmes entre les patients féminins et masculins, les femmes étant plus susceptibles d'avoir des comorbidités liées à l'anxiété et aux troubles alimentaires².

Aux spécificités de la manifestation d'un état dépressif chez les femmes s'ajoutent des **variations dans les moments de survenue de cette pathologie entre les différentes femmes affectées. Notamment, le moment de déclenchement de ce trouble est particulièrement variable d'une femme à l'autre**. Une dépression « pré-partum » peut en effet survenir pendant la grossesse – cas qui survient dans 20 % des grossesses³. En post-partum, elle se déclenche généralement dans l'année suivant la naissance⁴. Ce trouble psychique est de plus **très volatil, ce qui signifie qu'il peut se déclarer soudainement, et s'aggraver très rapidement**, compliquant encore un peu plus la réalisation d'un diagnostic.

De nouvelles perspectives diagnostiques grâce aux avancées scientifiques

Malgré cette diversité de symptômes et de temporalités, la recherche scientifique ouvre de **nouvelles perspectives diagnostiques dans le champ de la santé mentale**, ce qui pourrait à terme accélérer le repérage rapide de la dépression post-partum.

Aujourd'hui, le repérage de cette pathologie commence souvent avec le **remplissage d'un outil de détection du risque de la dépression post-partum. Un auto-questionnaire particulièrement répandu est l'échelle d'Édimbourg (EPDS, Edinburgh Postpartum Depression**

L'éclairage d'Emmanuel Devouche, enseignant-chercheur à l'Université Paris Descartes, spécialisé en psychologie périnatale

Bien que l'EPDS (Edinburgh Postpartum Depression Scale) soit un outil efficace, il reste nécessaire d'avoir un psychologue sur place à l'hôpital pour confirmer le diagnostic et assurer une première forme de suivi.

Il manque toutefois grandement de psychologues à l'hôpital : il y en aurait environ un pour 2000 accouchements, ce qui est largement insuffisant pour détecter l'ensemble des cas de dépression post-partum via un dépistage systématique.

Scale), créée en 1987⁵, mais d'autres existent, tel que le questionnaire sur la santé du patient (PHQ, pour Patient Health Questionnaire)⁶. Certaines maternités, comme celles du réseau MYPA (maternité en Yvelines et périnatalité active) partagent même systématiquement à leurs patientes l'EPDS. Cet auto-questionnaire permet aux patientes de mettre des mots sur leurs ressentis, et peut aider à repérer l'existence d'un problème psychologique invalidant. **Cet outil ne se suffit toutefois pas à lui-même : il est particulièrement utilisé lors de l'examen clinique**, pour évaluer la sévérité de la dépression et orienter la prise en charge. Il s'inscrit donc souvent dans le cadre d'un examen clinique plus approfondi.

Pour confirmer la survenue d'une dépression post-partum, **l'examen clinique repose ainsi sur une évaluation réalisée par un professionnel de santé, qui explore les symptômes**

⁵ EPDS (Échelle d'Édimbourg), <https://www.maman-blues.fr/1000-jours-epds-widget/>, consulté le 16 septembre 2024.

⁶ LANG Eddy, COLQUHOUN Heather, LEBLANC John C., RIVA John J., MOORE Ainsley, TRAVERSY Gregory, WILSON Brenda et GRAD Roland, « Recommandation sur l'utilisation d'instruments de dépistage de la dépression durant la grossesse et la période postnatale », *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, n° 28, vol. 194, 2022, p. E1000-E1009.

⁷ APTER Gisèle, DEVOUCHE Emmanuel, GAREZ Valérie, VALENTE Marina, GENET Marie-Camille, GRATIER Maya et BELAISCH-ALLART Joëlle, « Pregnancy, somatic complaints and depression: a French population-based study », *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, n° 1, vol. 171, 2013, p. 35-39.

émotionnels, comportementaux et physiques de la patiente⁷. Cet examen doit inclure non seulement l'utilisation de questionnaires standardisés, mais aussi un entretien approfondi portant sur l'état de santé mentale de la mère, ainsi qu'une évaluation du lien mère-enfant et du soutien social.

Le regard d'Anne-Cécile Violland, députée de la 5^e circonscription de Haute-Savoie et vice-présidente de la délégation aux droits des femmes

Le diagnostic clinique est essentiel, puisque l'échange entre le soignant et la patiente permet de poser des mots sur l'épreuve traversée et les difficultés qu'elle entraîne. Le praticien peut alors évaluer la gravité de l'épisode dépressif traversé. Le fait de compléter ce diagnostic clinique grâce aux avancées scientifiques est une possibilité, si leur efficacité et leur pertinence sont démontrées.

Nécessaire, **l'examen clinique connaît néanmoins certaines limites intrinsèques** qui peuvent faire obstacle au diagnostic : les biais émotionnels du patient, qui peut ou non se confier facilement sur ses difficultés psychiques.

Les nouvelles formes de diagnostic qui se développent pourraient alors être utilisées comme complément à un examen clinique. Ainsi, des **biomarqueurs** (soit des caractéristiques pouvant être utilisées pour mesurer la présence ou la progression d'une maladie)

¹ SLOAN Denise M. et SANDT Arthur R., « Gender Differences in Depression », *Women's Health*, n° 3, vol. 2, 2006, p. 425-434.

² *Ibid.*

³ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Les 1000 premiers jours, là où tout commence*, op. cit., 2020.

⁴ *Ibid.*

commencent à être identifiés pour certains troubles de la santé mentale⁸. Une récente étude a par exemple révélé que le trouble dépressif majeur est associé à un index de gyrification – formation des plis cérébraux – bas dans certaines régions du cerveau. Une mauvaise gyrification pourrait être liée à un dysfonctionnement des circuits neuronaux responsables de la régulation des émotions, contribuant ainsi aux symptômes dépressifs⁹.

Dans ce contexte, les neurosciences périnatales constituent un champ de recherche qui se développe et qui permettra de **mieux appréhender les modifications biologiques relatives à la périnatalité**¹⁰. En effet, la grossesse s'accompagne d'une augmentation notable d'hormones, qui joue un impact significatif sur la structure cérébrale¹¹. Ces adaptations physiologiques d'une certaine ampleur, loin d'être sans conséquence, peuvent rendre les femmes enceintes plus vulnérables à des troubles psychiatriques¹². Des études d'imagerie cérébrale ont par ailleurs révélé que le cerveau subit une réduction de volume pendant la grossesse, avec une perte pouvant aller jusqu'à 20 %. Certaines zones cérébrales se remodelent, ce qui modifie l'architecture du cerveau. Ces modifications se poursuivent jusqu'à six mois après le post-partum.

La grossesse est donc bien un bouleversement, sur le plan physique, bien sûr, mais aussi sur le plan psychique, en raison de son impact sur le fonctionnement cérébral. Les études sur les possibles biomarqueurs de la dépression post-partum, qui commencent à se développer, représentent une source d'espoir pour ouvrir la voie à un diagnostic plus précoce et plus fiable¹³. Compléter l'examen clinique par une recherche de biomarqueurs associés à la dépression post-partum permettrait en effet d'accélérer et d'objectiver un éventuel diagnostic.

⁸ BIOULAC B., DEBRÉ P., HAUW J. et GALIBERT F., « Les biomarqueurs en psychiatrie », *Bulletin de l'Académie de médecine*, 2019.

⁹ ANG Youbin, KANG Wooyoung, KIM Aram, TAE Woo-Suk, HAM Byung-Joo et HAN Kyu-Man, « Decreased cortical gyrification in major depressive disorder », *Psychological Medicine*, n° 16, vol. 53, 2023, p. 7512-7524.

¹⁰ BOTTEMANE Hugo et JOLY Lucie, *Dans le cerveau des mamans*, Éditions du Rocher, 2022.

¹¹ CHECHKO Natalia, DUKART Jürgen, TCHAIKOVSKI Svetlana, ENZENSBERGER Christian, NEUNER Irene et STICKEL Susanne, « The expectant brain-pregnancy leads to changes in brain morphology in the early postpartum period », *Cerebral Cortex*, n° 18, vol. 32, 2022, p. 4025-4038.

¹² *Ibid.*

¹³ LAMBERT Mathilde et GRESSIER Florence, « Biomarqueurs de L'inflammation et Dépression du Post-Partum : Une Revue Systématique De la Littérature », *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, n° 7, vol. 64, 2019, p. 471-481.

2.2

UN PARCOURS PÉRINATAL CENSÉ FACILITER UN DIAGNOSTIC ET UNE PRISE EN CHARGE RAPIDE DE LA DÉPRESSION POST-PARTUM

▲ Un parcours périnatal qui se développe, mais qui pourrait être plus adapté et amélioré

La relative libération de la parole autour des difficultés de la période particulière que constitue la maternité a permis de commencer à **faire émerger la dépression post-partum comme une pathologie nécessitant une attention particulière**. Quelques mesures concrètes ont découlé de cette évolution, comme l'allongement du congé paternité à un mois, acté en 2021¹⁴. Cette mesure a en effet été notamment pensée pour « [permettre] [au co-parent] d'apporter un soutien à la mère et de garantir la protection de sa santé et celle de l'enfant »¹⁵. En parallèle, des initiatives locales se développent, telles que le dispositif CoPa (Coaching Parental) proposé depuis 2021 par le pôle territorial femme parent enfant du GHT Cœur Grand Est¹⁶. Ce dispositif permet aux jeunes parents de bénéficier d'un accompagnement à domicile par une auxiliaire de puériculture de la maternité ou du centre de périnatalité où ils ont été suivis.

Autre manifestation de cette prise de conscience croissante des difficultés propres à la période du post-partum : en France, les femmes bénéficient aujourd'hui d'**un parcours périnatal structuré autour d'entretiens obligatoires dédiés à leur santé mentale**.

- **L'entretien prénatal précoce** est proposé après une déclaration de grossesse, et se fait avec un médecin généraliste, un gynécologue

¹⁴ LA SÉCURITÉ SOCIALE, *Allongement du congé de paternité et d'accueil de l'enfant*, <https://www.securite-sociale.fr/home/dossiers/galerie-dossiers/tous-les-dossiers/allongement-du-conge-de-paternite.html>, consulté le 9 septembre 2024.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ Le dispositif CoPa, <https://ght-coeurgrandest.fr/le-dispositif-copa/>, consulté le 26 septembre 2024.

L'analyse d'Angèle Malâtre-Lansac, déléguée générale de l'Alliance pour la Santé Mentale

L'engagement d'une partie de la société civile (artistes, sportifs, etc.) pour déstigmatiser la dépression post-partum a permis de donner davantage d'importance au sujet ces dernières années. Cette prise de conscience est concomitante à des évolutions récentes comme la mise en place d'un entretien prénatal précoce et post-natal précoce (EPNP), acté en juillet 2022 ou encore le remboursement de 12 séances chez le psychologue (dispositif Mon Soutien Psy) depuis l'été 2024. La déstigmatisation croissante des troubles psychiques doit permettre de faciliter le recours aux soins en diminuant le tabou et la honte trop souvent associés aux troubles, notamment chez les jeunes mères.

ou une sage-femme. Créé en 2007, il a été rendu obligatoire en mai 2020 après que la mesure a été adoptée dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2020^{17, 18}. Il s'agit d'un « temps d'échange et d'écoute », pendant lequel la femme suivie (et éventuellement le co-parent) est invitée à partager ses inquiétudes à l'approche de l'arrivée de l'enfant. À l'issue de cette entrevue intégralement prise en charge par l'Assurance maladie, le professionnel de santé peut orienter la femme vers des spécialistes,

selon les problèmes soulevés : psychologue, médecin spécialiste, tabacologue, assistant social, etc.

- **L'entretien post-natal précoce** est, lui aussi, obligatoire, et ce depuis le 1^{er} juillet 2022 après l'adoption de cette mesure dans le cadre de la loi sur le financement de la Sécurité Sociale pour 2022^{19, 20}. Pris en charge à 70 % par l'Assurance maladie, ce rendez-vous est assuré par une sage-femme, un gynécologue ou un médecin généraliste, et est prévu entre les 4^e et 8^e semaines suivant la naissance²¹. Cette entrevue est explicitement dédiée au repérage de difficultés psychologiques post-accouchement. Un deuxième entretien peut être prévu entre les 10^e et 14^e semaines post-accouchement, si la patiente (et/ou le co-parent) en manifeste l'envie²².

Malgré leur caractère obligatoire, ces entretiens ne sont pas systématiquement réalisés; l'entretien prénatal précoce n'a été ainsi effectué que par 64 % des femmes concernées en 2023²³, et le taux de non-recours de l'entretien post-natal pourrait a priori avoisiner les 90 %²⁴ – probablement faute d'en connaître l'existence, ou d'en comprendre l'importance. De même, l'entretien postnatal précoce n'est pas systématiquement réalisé. Il reste à l'initiative des parents de le programmer, ce que ces derniers peuvent facilement oublier de faire, tant les premiers mois suivant la naissance sont denses. Les jeunes parents ont de plus tendance à accorder la priorité aux rendez-vous médicaux dédiés à l'enfant; il leur est difficile de privilégier leur santé mentale

à une période où l'enfant nécessite une présence et une attention constantes²⁵.

Par ailleurs, **l'effort de repérage de la dépression post-partum reste limité dans le temps**, se clôturant avec la possibilité de réaliser un deuxième entretien postnatal optionnel entre les 10^e et 14^e semaines suivant l'accouchement – alors que l'on sait qu'une dépression post-partum peut se déclarer bien plus tard. En France, plus de 100 000 femmes sont en effet en grande détresse lors de l'année suivant la naissance de leur enfant²⁶.

La mise en place de ces entretiens périnataux reflète la volonté de l'État français de prendre davantage en compte les questions de santé mentale périnatale. Toutefois, **la comparaison**

avec d'autres pays développés permet de souligner les mesures très fortes que ces derniers ont mises en place.

L'Australie et les Pays-Bas, deux exemples de pays qui ont fait de la santé mentale périnatale un véritable enjeu de santé publique

- **L'Australie est pionnière en matière de prise en charge de problèmes de santé mentale périnatale, ayant investi dès 2008 près de 85 millions de dollars australiens dans son premier plan d'actions sur le sujet^{27, 28}. Ce programme a rendu le dépistage de la dépression post-partum obligatoire, une fois pendant la grossesse et une fois entre quatre et six semaines après l'accouchement²⁹. La santé mentale périnatale a aussi été ajoutée à la formation suivie par les professionnels de santé travaillant en maternité³⁰. Pour ce qui est de la prise en charge, le gouvernement offre l'accès à trois consultations dédiées à la santé mentale périnatale, entièrement remboursées et qui peuvent être réalisées pendant la grossesse, ou pendant les 12 mois suivant l'accouchement³¹. Est également proposée une thérapie cognitive de six séances réalisées en ligne, elle-aussi gratuite (MumMoodBooster)³². L'État australien fournit de surcroît un grand travail en matière de communication autour de la dépression post-partum, via notamment le financement de l'application « Ready to COPE », dédiée au suivi de la santé mentale des jeunes parents³³. Le gouvernement finance également depuis 2010 une ligne téléphonique d'écoute gratuite,**

L'exemple de Clémentine Sarlat, journaliste et fondatrice du podcast « La Matrescence »

Si les proches de la femme en post-partum, ainsi que les professionnels de santé qui la suivent, peuvent être particulièrement vigilants au cours des trois mois suivant l'accouchement, ils font souvent preuve de moins d'attention une fois cette période révolue – alors même que la femme peut toujours être à risque de vivre une dépression post-partum. Les fonctions cognitives de la femme sont de fait toujours affectées au moins deux ans post-accouchement.

17 L'entretien prénatal précoce, <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/1000jours/EPP>, consulté le 28 août 2024.

18 « Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 ».

19 Suivi et accompagnement de la femme enceinte, <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/suivi-orientation-femme-enceinte>, consulté le 28 août 2024.

20 « Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ».

21 Deux rendez-vous pour aider à se sentir bien, <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/deux-rendez-vous-pour-aider-se-sentir-bien>, consulté le 28 août 2024.

22 « Suivi et accompagnement de la femme enceinte », *op. cit.*, 2024.

23 « L'entretien prénatal précoce », *op. cit.*, 2024.

24 ALAUZET Eric, AMRANI Farida, CHRISTOPHE Paul, CLOUET Hadrien, DHAREVILLE Pierre, FRAPPE Thierry, ISAAC-SIBILLE Cyrille, IBORRA Monique, PEYTAVIE Sébastien et RIST Stéphanie, *Rapport d'information en conclusion des travaux du Printemps social de l'évaluation*, Assemblée nationale, 2023.

25 GROBETIS Lucie, *L'entretien post-natal précoce : état des lieux des pratiques des sages-femmes de France*, 2022.

26 MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Les 1000 premiers jours, là où tout commence*, *op. cit.*, 2020.

27 BEYONDBLUE, THE NATIONAL DEPRESSION AND ANXIETY INITIATIVE, *The National Perinatal Depression Initiative, a synopsis of progress to date and recommendations for beyond 2013*, 2012.

28 HIRSCHLER Yafit, GEMMILL Alan W. et HEALTH Austin, « An Australian perspective on treating perinatal depression and anxiety: a brief review of efficacy and evidence-based practice in screening, psychosocial assessment and management », *Ann Ist Super Sanita*, 2021.

29 MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL CENTER FOR WOMEN'S MENTAL HEALTH, *Screening for Perinatal Depression: What Can We Learn From Australia?*, <https://womensmentalhealth.org/posts/screening-for-perinatal-depression-what-can-we-learn-from-australia/>, consulté le 29 août 2024.

30 COAG HEALTH COUNCIL, *Woman-centred care, Strategic directions for Australian maternity services*, 2019.

31 *Pregnancy Support Counselling*, <https://www.cope.org.au/getting-help/self-help/pregnancy-support-counselling/>, consulté le 29 août 2024.

32 THE PARENT INFANT RESEARCH INSTITUTE (PIRI), *MumMoodBooster: Online Postpartum Depression Help*, <https://www.piri.org.au/programs/mummoodbooster-online-treatment/>, consulté le 29 août 2024.

33 *Sign-up to Ready to COPE*, <https://www.cope.org.au/readytocope/>, consulté le 29 août 2024.

nommée « PANDA » (Perinatal Anxiety and Depression Australia)³⁴.

► Aux Pays-Bas, toutes les femmes venant d'accoucher peuvent bénéficier de l'aide d'une *kraamverzorgster* – l'équivalent d'une assistante maternelle ou d'une aide-soignante – qui vient à domicile pour s'occuper de la mère et du nouveau-né, ainsi que des autres enfants de la famille et effectuer un certain nombre d'heures de travaux domestiques pendant les huit jours suivant l'accouchement³⁵. L'aide veille en particulier à la santé mentale de la mère, observant l'évolution de son état psychologique au cours de la semaine. Cette assistance est entièrement remboursée par le système de santé public, et vient s'ajouter aux quatre à six visites à domicile effectuées par la sage-femme dans les dix jours suivant la naissance³⁶. Ce programme d'aide maternelle, lancé en 2006, rencontre une immense popularité, puisque 95 % des familles y ont recours³⁷.

Des obstacles relatifs à la coordination des professionnels du soin

Médecins généralistes, gynécologues, sage-femmes..., **les interlocuteurs médicaux et paramédicaux sont nombreux pendant la grossesse, et aisément accessibles**, puisque la femme enceinte les voit *a minima* pour les sept examens de suivi médical obligatoires, et généralement aussi lors des trois échographies programmées et des sept séances de préparation à la naissance et à la parentalité³⁸. **D'autres professions paramédicales peuvent aussi jouer un rôle durant la maternité**, telles que les infirmiers (par exemple pour les suites de couche) ou les kinésithérapeutes (notamment pour la rééducation).

Malgré cela, la prise en charge de la dépression post-partum n'est pas plus rapide, notamment parce que **son repérage ne relève pas directement du champ de spécialité d'un professionnel de santé périnatale en particulier mais bien plus d'une approche pluridisciplinaire**.

Si chacune des expertises est indispensable pour assurer un suivi médical précis, **aucune n'est spécifiquement identifiée pour détecter**

L'éclairage de Mahalia Coujitou, membre du collectif Femmes de santé, directrice d'hôpital, créatrice du compte instagram @post.partie

L'hyperspécialisation des professionnels de santé retarde le repérage de la dépression post-partum. Au cours de la grossesse et du post-partum, la femme est en contact avec différents professionnels de santé, qui se concentrent sur les questions relevant de leur spécialité : le pédiatre s'intéresse surtout à l'enfant, le gynécologue à la santé intime, le kinésithérapeute à la rééducation... La sage-femme peut aller un peu plus loin dans son suivi, en abordant le thème de la santé mentale, mais, ne passant qu'un temps limité avec la jeune mère, elle ne peut pas assurer un suivi au long cours et n'est donc pas en mesure de savoir si l'état mental de sa patiente se dégrade ou non. L'entretien postnatal précoce, dédié à la santé mentale, prévu entre la 4^e et la 8^e semaine post-partum, n'est souvent pas effectué, comme il revient aux jeunes mères de planifier ce rendez-vous – à une période durant laquelle elles sont débordées.

³⁴ PANDA partners and supporters, <https://panda.org.au/about/panda-partners-and-supporters>, consulté le 29 août 2024.

³⁵ ANNE Justine, *Prise en charge du post-partum : étude comparative entre la France, la Belgique et les Pays-Bas*, Université de Caen, 2016.

³⁶ *Ibid.*

³⁷ *Ibid.*

³⁸ « Suivi et accompagnement de la femme enceinte », *op. cit.*, 2024.

la **dépression post-partum** et proposer l'accompagnement nécessaire aux personnes concernées.

Une des explications de cette situation réside dans le fait que **les formations initiales ou continues de ces professionnels n'intègrent pas suffisamment ce sujet :**

- **Les médecins généralistes reçoivent une formation générale sur les troubles dépressifs** au cours de leur cursus, mais la dépression post-partum n'est pas couverte dans le détail. Certes, certains médecins choisissent de se former plus spécifiquement sur ces questions via des modules dédiés de formation continue ou des spécialisations en santé mentale ou en périnatalité
- **Les gynécologues bénéficient d'une formation initiale qui se concentre davantage sur la santé reproductive** et les aspects physiques de la maternité.

Ainsi, malgré leur engagement, **ces acteurs de santé ne disposent pas toujours des outils et des formations nécessaires** pour répondre de manière adaptée aux besoins des patientes confrontées à cette pathologie. Les signes cliniques peuvent passer inaperçus ou être mal compris, ce qui peut retarder l'intervention et la prise en charge adéquate.

Par ailleurs, du fait de la complexité même de la maladie, sa bonne détection et la prise en charge des personnes atteintes de dépression post partum nécessitent une **plus grande coordination entre ces professionnels relevant de champs d'expertises différents**. Bien que certains d'entre eux aient en charge un suivi dans le temps long (le médecin généraliste) ou de manière très fréquente (la patiente peut déclarer une sage-femme référente si elle le souhaite), la mobilisation de plusieurs types de professionnels rend difficile l'approche holistique nécessaire à une prise en charge optimale des patientes dans des situations parfois

complexes. **Le médecin généraliste a ainsi besoin d'un accès à des avis et conseils spécialisés, ou à un adressage auprès d'un confrère ou d'une consœur, tandis que les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale ont besoin d'informations sur les soins somatiques³⁹**. Pourtant, ces échanges ne se font pas toujours très bien : envois de courriers non systématiques, manque d'accessibilité, difficultés à expliciter les demandes, faible recours à des outils de partage d'information ou de centralisation de dossier patient... Cela peut malheureusement entraîner des retards dans l'identification et la prise en charge de la dépression post-partum. C'est pourquoi la Haute Autorité de Santé propose notamment un guide pour aider les professionnels à renforcer leur coordination⁴⁰.

Le regard d'Élise Marcende, présidente de l'association Maman Blues depuis 2016, référente locale sur le département du 69 depuis 2011

Il peut arriver que les soignants repèrent les symptômes d'une dépression post-partum, mais ne sachent tout simplement pas vers qui rediriger leur patiente, ce qui ralentit considérablement la prise en charge. Il y a donc urgence à améliorer la coordination entre professionnels du soin responsables du suivi post-accouchement, en formant tous les soignants concernés (kinésithérapeute, ostéopathe, sage-femme etc.) à la prise en charge de ce trouble psychique.

L'expérimentation « RéPAP » (référént parcours périnatalité) pourrait être extrêmement efficace si elle venait à être pérennisée. En effet, si le couple a une seule personne à qui se référer en cas de problème, cela accélère tant le diagnostic que la prise en charge.

³⁹ HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux*, 2018.

⁴⁰ *Ibid.*

2.3

LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPRESSION POST-PARTUM : UNE NÉCESSAIRE PERSONNALISATION EN FONCTION DE LA GRAVITÉ DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF

▲ Différentes structures permettant une prise en charge de la dépression post-partum par la psychothérapie

Quelle que soit la sévérité de l'épisode dépressif caractérisé, la prise en charge d'une dépression post-partum commence généralement par des **séances de psychothérapie**. Dans les épisodes dépressifs caractérisés légers à modérés, elle peut même constituer la seule prise en charge.

Le recours à un psychologue peut s'effectuer de plusieurs façons, offrant ainsi plusieurs

Le témoignage de Mahalia Coujitou, membre du collectif Femmes de santé, directrice d'hôpital, créatrice du compte instagram @post.partie

L'univers de la santé mentale est très complexe. En tant que patient, on peine à s'y retrouver entre les soins publics et privés. La prise en charge de la dépression post-partum est compliquée, et ce pour deux raisons majeures :

- 1 • Les psychologues et psychiatres en libéral ont parfois des tarifs de consultation onéreux et ont peu de disponibilité.
- 2 • Les structures publiques de prise en charge, comme les unités mère-enfant (UME) et les services de protection maternelle et infantile (PMI), bien qu'extrêmement efficaces, restent peu connues du grand public. Souffrant d'un vrai manque de financement, elles sont pourtant déjà débordées.

portes vers l'accès aux soins en fonction des besoins et des situations personnelles.

Ainsi, **le dispositif Mon soutien psy** permet aux patients de bénéficier de douze consultations psychologiques (par année civile et par patient) prises en charge par l'Assurance maladie, facilitant ainsi l'accès à la prise en charge. Il serait d'ailleurs intéressant de renforcer la formation de ces psychologues aux troubles psychiques périnataux, pour renforcer la pertinence de ce dispositif pour les personnes touchées concernées.

Le fait d'avoir différents modes d'accès permet à chaque femme de trouver un accompagnement adapté à sa situation, mais peut néanmoins compliquer la bonne compréhension et la visibilité de ces différentes options.

Il est toutefois difficile pour beaucoup de personnes d'obtenir des rendez-vous avec des psychologues ou psychiatres qui soient à la fois accessibles géographiquement et financièrement. En janvier 2024, on ne comptait en effet que 2 300 psychologues conventionnés avec l'Assurance maladie (et donc disponibles pour une prise en charge dans le cadre de Mon soutien psy), sur quelques 27 000 professionnels exerçant en libéral⁴¹.

Des consultations sont également possibles dans les PMI. Les centres de protection maternelle et infantile (PMI), services de santé publique gérés par les départements⁴², ont ainsi pour mission de veiller à la santé des mères, des enfants et des familles, et proposent un accompagnement préventif dès la grossesse, avec des consultations et des conseils pour les jeunes parents. Les centres de PMI assurent également le suivi médical des enfants jusqu'à 6 ans, via des bilans de santé, des vaccinations et la détection précoce des troubles du développement. **Les centres de protection maternelle et infantile (PMI), qui sont des services de santé publique gérés**

L'éclairage de Noémie Decotte et Charlotte Deschamp, membres du conseil d'administration de l'Organisation nationale syndicale des sages-femmes (ONSSF)

L'étape de l'adressage vers un professionnel de la santé mentale est souvent la plus délicate, une fois le diagnostic de dépression périnatale établi : il est difficile pour le soignant de trouver un autre professionnel disponible vers qui diriger la patiente. Il y a de fait un clair manque de psychiatres, surtout hors des grandes villes. Les inégalités territoriales en matière médicale sont très fortes. Le dispositif « Mon parcours psy » est très prometteur, mais est pour l'instant freiné dans son développement par le manque de psychologues conventionnés avec l'Assurance maladie.

par les départements, jouent donc ainsi un rôle important dans la prise en charge de la dépression post-partum, dans la mesure où ils assurent un rôle d'information auprès des parents ainsi que le suivi de grossesse comme le suivi médical du bébé. Ces centres rassemblent différents professionnels médicaux et paramédicaux. En sus des médecins, gynécologues et sages-femmes, certains centres proposent ainsi des consultations avec des assistants sociaux, des psychologues, des conseillers conjugaux – autant de professionnels qu'il peut être nécessaire de consulter lors de la prise en charge d'une dépression post-partum. De plus, les PMI organisent souvent des ateliers en groupe, ce qui leur permet d'entretenir une relation de proximité avec les populations environnantes et de sensibiliser aux différentes questions liées à la périnatalité.

⁴¹ POUILLÉNEC Solène, « Santé : vers un meilleur remboursement des consultations de « psy » », *Les Échos*, 31/01/2024.

⁴² 1000 PREMIERS JOURS, *Qu'est-ce qu'un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ?*, <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/quest-ce-quun-centre-de-protection-maternelle-et-infantile-pmi>, consulté le 16 septembre 2024.

L'éclairage d'Élise Marcende,

présidente de l'association Maman Blues depuis 2016, référente locale sur le département du 69 depuis 2011

Les structures de protection maternelle et infantile (PMI) – structures spécialisées dans la prise en charge d'enfants et de parents avec de grands facteurs de vulnérabilité – ainsi que les « maisons des 1000 premiers jours » (comme celle de Nice) jouent un rôle essentiel pour toucher les femmes éloignées du parcours de soins.

Les PMI souffrent toutefois d'un manque de moyens chronique, comme l'ont rappelé plusieurs rapports parlementaires – en mars 2019 et en septembre 2024^{43,44}, notamment. Leurs financements varient par ailleurs grandement entre les départements : en 2017, la dépense moyenne par enfant de 0 à 6 ans pour les services de PMI s'élevait à 344 euros dans le Val-de-Marne, contre moins de 10 euros par enfant dans des départements tels que l'Ariège, l'Eure-et-Loir, la Savoie ou la Gironde⁴⁵, rendant parfois le lancement de nouveaux programmes dédiés à la dépression du post-partum particulièrement difficile. Par ailleurs, les PMI connaissent un maillage territorial en constante diminution : le nombre de centres fixes de consultations de PMI s'est vu réduit de 16% entre 2012 et 2021⁴⁶, et l'organisation de ces services diffère grandement en fonction des départements.

Avant des prises en charge plus conséquentes, les équipes mobiles de psychiatrie périnatale jouent un rôle essentiel en intervenant précocement auprès des patientes en difficulté, ce qui permet souvent d'éviter une hospitalisation. Grâce à leur approche flexible et à domicile, elles offrent un suivi personnalisé qui s'adapte à la gravité de la situation. Elles illustrent ainsi l'importance de la gradation des soins, en proposant une prise en charge progressive, allant d'un soutien ambulatoire à des interventions plus intensives si nécessaire. Cela permet de répondre aux besoins spécifiques des patientes tout en préservant leur environnement familial. La création en 2021-2022 de dix nouvelles équipes mobiles témoigne de l'évolution des pratiques et de la reconnaissance de leur utilité⁴⁷.

Les unités mère-enfant – mais aussi les unités mère-bébé et les unités parents-bébés – constituent un autre type de structures publiques de prise en charge. Spécialement dédiées aux formes graves de dépression du post-partum, elles sont des unités associées aux services de psychiatrie, qui offrent un accompagnement global aux mères en situation de vulnérabilité sociale ou psychologique. Ces unités proposent à travers la France entre 80 et 100 lits d'hospitalisation, en plus des accueils assurés en journée⁴⁸. Toutefois, comme le souligne le rapport « Les 1000 premiers jours », ces structures présentent deux défauts majeurs : leur répartition est inégale sur le territoire, et leur offre globale est très inférieure aux besoins⁴⁹. Ces unités sont de fait souvent sous-financées et débordées, alors même qu'elles sont insuffisamment connues des personnes qui pourraient en bénéficier.

43 PEYRON Michèle, *Pour sauver la PMI, agissons maintenant!*, 2019.

44 GUILLOTIN Véronique, *Mission d'information sur l'avenir de la santé mentale périnatale et son organisation territoriale : Transformation de l'offre de soins périnatals dans les territoires, le travail doit commencer*, Sénat, 2024.

45 PEYRON Michèle, *Pour sauver la PMI, agissons maintenant!*, op. cit., 2019.

46 GUILLOTIN Véronique, *Mission d'information sur l'avenir de la santé mentale périnatale et son organisation territoriale : Transformation de l'offre de soins périnatals dans les territoires, le travail doit commencer*, op. cit., 2024.

47 BRENGARD Dominique, « Équipes mobiles en psychiatrie périnatale : l'art des ponts », *Perspectives Psy*, n° 3, vol. 61, 2022, p. 207-213.

48 MAMAN BLUES, *Les unités mère-enfant : Tout Savoir*, <https://www.maman-blues.fr/unite-mere-enfant/>, consulté le 5 septembre 2024.

49 MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Les 1000 premiers jours, là où tout commence*, op. cit., 2020.

Le fait d'avoir différents modes d'accès permet à chaque femme de trouver un accompagnement adapté à sa situation. Cependant, cela peut rendre compliquée la lisibilité des différentes options pour les personnes concernées, et donc conduire à un moindre niveau de sollicitations.

L'approche médicamenteuse, une intervention thérapeutique en voie d'amélioration

La prise en charge de la dépression post-partum s'appuie sur un accompagnement varié, adapté à la gravité et à la situation de chaque patiente. Ainsi, en complément de la psychothérapie, les patientes peuvent avoir recours à des traitements médicamenteux. Pourtant nécessaire notamment dans les cas sévères de dépression post-partum, la médication fait face à une stigmatisation importante, faisant écho à certaines de ses limites.

L'une des principales limites des médicaments classiques réside dans leur absence de spécificité : les médicaments utilisés, souvent des antidépresseurs, ne sont pas spécialement conçus pour traiter la dépression post-partum, mais plutôt les troubles dépressifs en général. L'accompagnement et la durée des traitements restent donc globalement les mêmes que ceux d'une dépression classique, ce qui peut poser question, dans la mesure où la dépression post-partum présente de vraies singularités par rapport aux cas « classiques ». Ce type de traitement exige ainsi souvent une prise prolongée, ce qui peut paraître particulièrement inadapté dans le cas de la dépression post-partum, quand la personne atteinte fait face à des bouleversements conséquents dans son quotidien : l'arrivée de l'enfant et les changements dans l'équilibre familial que cela entraîne qui peuvent aggraver très rapidement la pathologie. Surtout, ces solutions proposées ne sont pas toujours aisément accessibles. On

estime ainsi que **seulement 27 % des femmes souffrant d'une dépression périnatale accèdent à un traitement, quel qu'il soit**⁵⁰.

L'analyse d'Emmanuel Devouche, enseignant-chercheur à l'Université Paris Descartes, spécialisé en psychologie périnatale

La question du traitement médicamenteux de la dépression du post-partum reste compliquée, puisque les antidépresseurs « traditionnels » peuvent avoir des effets tératogènes possibles et ne doivent donc être prescrits qu'après avoir pesé les risques et les bénéfices pour la femme enceinte ou allaitante.

En outre, cette prise de traitement sur plusieurs mois peut susciter une inquiétude quant à la dépendance et aux potentiels effets secondaires à long terme, pouvant entraîner une moins bonne observance du traitement. Cette stigmatisation est exacerbée par les préjugés sociétaux quant aux problèmes de santé mentale et aux interventions médicamenteuses. En conséquence, les femmes souffrant de dépression post-partum peuvent hésiter à chercher de l'aide, craignant non seulement les effets indésirables des traitements mais aussi le jugement social. Pourtant, les risques liés à une prise en charge insuffisante de la dépression post-partum sont majeurs, avec des conséquences graves sur la santé physique et mentale.

Il apparaît aujourd'hui nécessaire de développer des approches plus adaptées, plus ciblées et plus personnalisées au bénéfice des patients, tout en favorisant une meilleure compréhension et acceptation des troubles mentaux dans la société. Aujourd'hui, les progrès

50 Ibid.

de la recherche, et en particulier l'essor de la **psychiatrie de précision**^{51, 52}, ouvrent la voie vers une meilleure compréhension et prise en charge des maladies psychiatriques, à l'image de ce qui a été réalisé pour le cancer ou les maladies cardiovasculaires.

La personnalisation des traitements est ainsi un enjeu prépondérant pour les prises en charge de demain, et passe notamment par la possibilité de bénéficier de médicaments ciblés, à prendre sur le court terme, et n'entraînant pas de risque de dépendance.

L'analyse d'Élise Marcende,
présidente de l'association Maman Blues depuis 2016, référente locale sur le département du 69 depuis 2011

Le traitement médicamenteux souffre d'une mauvaise image auprès des patientes. L'observance des anti-dépresseurs est d'ailleurs souvent mauvaise, en raison d'un manque d'information préalable sur certains effets des antidépresseurs. L'hospitalisation est aussi très crainte, qu'elle s'effectue en unité mère-bébé ou en psychiatrie adulte, là encore en raison d'un manque d'information.

Globalement, les femmes craignent d'être accusées de mauvaises mères ou de voir leur enfant placé si elles prennent des traitements ou si elles sont hospitalisées.

⁵¹ Mieux soigner les maladies mentales grâce à la psychiatrie de précision, <https://anr.fr/fr/actualites-de-lanr/details/news/mieux-soigner-les-maladies-mentales-grace-a-la-psychiatrie-de-precision-pepr-propsy/>, consulté le 3 octobre 2024.

⁵² La médecine de précision en psychiatrie ne se limite pas à la recherche fondamentale et aux innovations cliniques, <https://www.fondation-fondamental.org/actualites/la-medecine-de-precision-en-psychiatrie-ne-se-limite-pas-a-la-recherche-fondamentale-et>, consulté le 3 octobre 2024.

LES PROPOSITIONS

OBJECTIF : MIEUX COORDONNER ET RENFORCER LE PARCOURS DE SOINS DE LA DÉPRESSION POST-PARTUM

#10

Proposer aux femmes enceintes, dès le début de grossesse, de déclarer un professionnel de santé qui ait la charge de la coordination interprofessionnelle du parcours périnatal, mais aussi du parcours de soins pour les personnes touchées par une dépression post-partum.

Ce professionnel pourrait être :

- 1 • Le **médecin traitant** de la patiente.
- 2 • Un « **référént parcours périnatalité** » (ou RéPAP), si ce rôle venait à être pérennisé et généralisé. Le RéPAP s'assure qu'il n'y a pas de rupture de soin dans le suivi de la grossesse. Il informe la femme le couple des différentes étapes du suivi de grossesse, et assure le suivi des préconisations issues de l'entretien prénatal précoce. Il s'assure que la femme réalise bien les rendez-vous obligatoires, et alerte les professionnels concernés en cas de besoin.
- 3 • Une **sage-femme référente**, professionnel chargé à la fois d'informer la patiente sur les différentes étapes du parcours périnatal, d'effectuer une partie des rendez-vous de ce parcours, de prévenir d'éventuelles fragilités psychiques et de transmettre les informations nécessaires aux autres professionnels du parcours périnatal.
- 4 • **Pour les personnes touchées par une dépression post-partum, le professionnel de santé référent permettrait d'assurer un suivi adapté et un dialogue adéquat entre les différents professionnels de santé extra et intra-hospitaliers.**

N.B.1. Cette expérimentation a pour l'instant été menée dans quatre territoires : en Essonne (territoire de la CPTS Centre-Essonne), dans la Drôme, en Centre-Val de Loire (Pays Loire Touraine) et en Guyane.

N.B.2. Le rôle de sage-femme référente a été créé par la loi du 26 avril 2021 : une femme enceinte peut depuis déclarer une sage-femme référente – cette dernière devient alors le professionnel du soin en charge de la coordination de tout le parcours médical de sa patiente pré et post-partum.

#11

Planifier les rendez-vous pour les entretiens périnataux obligatoires (prénatal et postnatal) pendant les rendez-vous de suivi médical : pour l'entretien prénatal, planifier ce rendez-vous pendant une des sept consultations de suivi médical obligatoire pendant la grossesse ; pour l'entretien post-natal précoce, le planifier (ou s'assurer qu'il a bien été planifié) pendant le séjour de suites de couche, lors de la consultation médicale post-natale ou lors d'une consultation avec la sage-femme avant l'accouchement.

N.B. La consultation médicale post-natale est à effectuer dans les 6 à 8 semaines suivant l'accouchement, tandis que l'entretien post-natal précoce est à réaliser entre la 4^e et 8^e semaine du post-partum.

#12

Agir sur les tarifs de l'entretien post-natal précoce, notamment en le remboursant à 100 %.

N.B. Cet entretien bénéficie pour le moment d'un remboursement de 70 % par l'Assurance maladie, contrairement à l'entretien prénatal précoce qui est intégralement remboursé.

#13

Consolider l'accompagnement dédié aux patientes en renforçant les fonds publics alloués aux services des UMB/UME, afin de veiller au bon maillage du territoire, à la visibilité de ces structures, et à une offre de soins de qualité.

#14

Faciliter le développement des études sur les possibles biomarqueurs de la dépression post-partum, en renforçant les moyens publics et privés alloués aux neurosciences périnatales. Cela pourra passer par différents canaux : plan national dédié à la recherche sur les biomarqueurs cérébraux, appels à projets, partenariats public-privé, cadre incitatif pour les entreprises.

N.B. Cet investissement dans les études et programmes de recherche pourrait s'inscrire dans l'objectif 16 des Assises de la pédiatrie, qui vise entre autres à « engager des travaux de recherche sur la thématique de [...] la périnatalité et des 1000 premiers jours »⁵³.

#15

Généraliser le dispositif expérimental de coaching parental « CoPa », lancé en 2021 au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT) Cœur Grand Est. Ce programme offre aux parents un « accompagnement à domicile par une auxiliaire de puériculture »⁵⁴. C'est là un soutien pratique et psychologique qui facilite l'arrivée du bébé et permet de réduire l'anxiété et l'agitation liées à cette période. La puéricultrice peut donc aisément repérer d'éventuelles altérations de l'état psychologique des parents, et les alerter et rediriger si besoin.

⁵³ Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant, Gouvernement, 2024.

⁵⁴ Le dispositif CoPa, <https://ght-coeurgrandest.fr/le-dispositif-copa/>, consulté le 26 septembre 2024.

3

UNE PATHOLOGIE SPÉCIFIQUE AUX IMPACTS MULTIPLES ET INTERCONNECTÉS, encore insuffisamment pris en compte

La dépression post-partum est une pathologie avec des répercussions étendues et interconnectées. Elle affecte, en premier lieu, la santé mentale et physique des mères, réduisant leur capacité à s'occuper d'elles-mêmes et impactant leur qualité de vie. En outre, la dépression post-partum a des conséquences au sein de la famille, sur le développement émotionnel et comportemental de l'enfant, mais aussi sur le couple. Moins connue, la dépression post-partum peut même parfois toucher également les conjoints et conjointes¹. Mais les coûts de la dépression post-partum ne sont pas que personnels : les troubles de la santé mentale, dont cette pathologie fait partie, ont un impact économique et sociétal élevé, justifiant l'urgence qu'il y a à mieux les prendre en considération. Aux coûts directs des prises en charge s'ajoutent en effet des coûts indirects liés aux périodes d'inactivité, à la réduction de l'espérance de vie ou à la prise en charge des enfants.

¹ BARRY Katharine M., GOMAJEE Ramchandrar, BENAROUS Xavier, DUFOURG Marie-Noëlle, COURTIN Emilie et MELCHIOR Maria, « Paternity leave uptake and parental post-partum depression », *op. cit.*, 2023, p. e15-e27.

3.1

ENTRE BAISSÉ DE LA QUALITÉ DE VIE ET MODIFICATION DU COMPORTEMENT : LA PATIENTE, PREMIÈRE IMPACTÉE

▲ Des difficultés plurielles et un risque suicidaire élevé...

La dépression post-partum fait évoluer l'ensemble de l'identité de la personne atteinte et bouleverse son mode de pensée et ses repères. Les répercussions de cette pathologie, plus ou moins directes, viennent fragiliser l'individu dans ses fondements mêmes.

Les conséquences plurielles de la dépression, déjà désignées sous le nom de « morbidité rhizomatique »² – à l'image des racines souterraines, ou « rhizomes » de certaines plantes – affectent profondément différents aspects de la vie d'une personne. Rarement limitée à un épisode temporaire et circonscrit dans le temps, la dépression fragilise alors peu à peu la structure sociale de la personne et impacte profondément son tissu relationnel, jusqu'à entraîner parfois des ruptures significatives, qu'elles soient de l'ordre personnel ou professionnel. La dépression laisse donc des traces profondes et durables qui, bien souvent, contribuent à renforcer et perpétuer cet état.

La dépression post-partum peut, parfois, déclencher – ou révéler – des troubles psychiatriques sévères, qui affectent la vie de la patiente sur le long terme. Cette pathologie est en effet associée à un risque de récurrences dépressives pour 40 % des femmes³. Le risque de trouble bipolaire serait également accru chez les femmes ayant vécu une dépression post-partum – davantage que pour

² BOTTEMANNE Hugo, *La dépression, mal du siècle ?*, Institut Diderot, coll. « Les carnets de l'Institut Diderot », 2022.

³ DONCARLI Alexandra, TEBEKA Sarah, DEMIGUEL Virginie, LEBRETON Elodie, DENEUX-THARAUX Catherine, BOUDET-BERQUIER Julie, APTER Gisèle, CRENN-HEBERT Catherine, VACHERON Marie-Noëlle, LE RAY Camille et REGNAULT Nolwenn, « 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 », *op. cit.*, 2023.



L'analyse d'Anne-Laure Sutter-Dallay, Psychiatre et pédopsychiatre en périnatalité au CH Charles Perrens, professeure de psychiatrie à l'Université de Bordeaux

La dépression post-partum pouvant parfois être un symptôme d'un trouble du spectre bipolaire, il y a un risque de rechute postnatale conséquent chez les patientes souffrant de trouble bipolaire si la pathologie n'est pas bien prise en charge de manière préventive — et ce le plus tôt possible, le mieux étant en anté-conceptionnel.

les femmes ayant connu un épisode dépressif hors période périnatale⁴.

Entre 2016 et 2018, la France a enregistré 272 morts maternelles, ce qui représente un décès tous les quatre jours⁵. **La première cause de mortalité maternelle considérée jusqu'à un an après la fin de la grossesse est le suicide** — 17 % des décès, contre 14 % des décès pour les maladies cardiovasculaires⁶ —, témoignant des conséquences extrêmement graves que peuvent entraîner les difficultés maternelles. En moyenne, il y a ainsi un décès maternel ayant une cause psychiatrique toutes les trois semaines en France. À l'échelle mondiale, ce sont 20 % des morts post-partum qui sont dues à des suicides⁷.

En France, les morts maternelles, qu'elles soient d'origine psychiatrique ou non, sont

classées comme « possiblement évitables » ou « probablement évitables » selon des facteurs d'évitabilité organisés autour de trois catégories : contenu des soins, organisation des soins, interaction entre la femme et le système de soins. Près de quatre décès par suicide (et autres causes psychiatriques) sur cinq sont considérés comme potentiellement évitables⁸, signant une marge d'amélioration importante.

▲ ... accrues par une charge mentale autour de sa santé et celle de ses proches, souvent sans aide du co-parent

Facteur de risque important dans la survenue d'une dépression post-partum, la fatigue de la future ou nouvelle mère est souvent renforcée par la gestion des rendez-vous et des tâches administratives. La grossesse s'inscrit en effet dans un contexte sociétal plus large, où la responsabilité de la santé des membres du foyer échoit le plus souvent à la femme, ce qui représente à terme une charge mentale conséquente. C'est en effet généralement la femme qui s'occupe de la prise de rendez-vous pour ses proches, mais aussi du suivi des traitements, ou encore du paiement des consultations : ce sont 67 % des femmes qui estiment ainsi être le parent principal qui s'occupe de toutes les tâches médicales de l'enfant⁹. À titre d'exemple, sur Doctolib, en 2021, 81 % des rendez-vous pris pour un mineur ont été réservés par des femmes¹⁰.

Au-delà de cette répartition majoritairement féminine des tâches quotidiennes liées au suivi médical du foyer, la maternité constitue



L'éclairage d'Emmanuel Devouche, enseignant-chercheur à l'Université Paris Descartes, spécialisé en psychologie périnatale

Les femmes portent souvent l'essentiel de la charge administrative et médicale de la grossesse ; tout le vocabulaire de la grossesse employé par les professionnels du soin est d'ailleurs au féminin, alors même qu'il s'agit d'un projet coparental. Cela pèse beaucoup sur les épaules de la femme enceinte, qui peut alors avoir l'impression d'être responsable de la moindre complication pouvant survenir au cours de la grossesse.

une période où cette charge mentale peut se retrouver renforcée par la focalisation autour de la santé de l'enfant. De fait, cette attention presque exclusivement portée sur l'enfant occulte parfois le mal-être que peut ressentir la femme. Sa santé mentale peut passer au second plan, et cela tant dans les consultations médicales que dans les préoccupations quotidiennes.

Les femmes elles-mêmes, souvent prises dans l'anticipation de la naissance, puis dans la réorganisation de la vie familiale et les changements de rythme, peuvent minimiser leurs propres besoins, considérant que le bien-être de l'enfant prime sur le reste. Cette attitude est parfois renforcée par les attentes sociétales qui valorisent le dévouement maternel, plaçant l'enfant au centre des préoccupations familiales dès la grossesse.

⁴ LIU Xiaoqin, AGERBO Esben, LI Jiong, MELTZER-BRODY Samantha, BERGINK Veerle et MUNK-OLSEN Trine, « Depression and Anxiety in the Postpartum Period and Risk of Bipolar Disorder: A Danish Nationwide Register-Based Cohort Study », *The Journal of Clinical Psychiatry*, n° 5, vol. 78, 2017, p. e469-e476.

⁵ DENEUX-THARAUX Catherine et SAUCEDO Monica, *Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir*, INSERM, Santé Publique France, 2024.

⁶ *Ibid.*

⁷ KOBYLSKI Lauren A., KELLER Jennifer, MOLOCK Sherry Davis et LE Huynh-Nhu, « Preventing perinatal suicide: an unmet public health need », *The Lancet Public Health*, n° 6, vol. 8, 2023, p. e402.

⁸ DENEUX-THARAUX Catherine et SAUCEDO Monica, *Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir*, INSERM, Santé Publique France, *op. cit.*, 2024.

⁹ *Inégalités hommes femmes face à la charge médicale*, Opinionway pour Qare, 2022.

¹⁰ « Le suivi médical de la famille, l'autre charge mentale des femmes », *Le Monde*, 01/07/2022.

3.2

UN TROUBLE AFFECTANT
AUSSI LES DIFFÉRENTS
LIENS FAMILIAUX▲ La dépression post-partum
du co-parent, une réalité mal prise
en compte

Le co-parent joue un rôle essentiel dans le repérage de la dépression post-partum, se trouvant souvent en première ligne pour observer les signes visibles de mal-être chez la mère. Par sa proximité quotidienne et son implication dans la vie familiale, il est bien placé pour détecter les changements émotionnels ou comportementaux qui peuvent passer inaperçus aux yeux d'autres personnes, y compris des professionnels de santé. En remarquant des signaux tels que l'épuisement extrême, l'anxiété persistante ou un détachement émotionnel, le co-parent peut alerter et encourager une prise en charge rapide. De plus, il constitue un soutien majeur pour la mère, en partageant la charge des tâches domestiques et de la prise en charge du bébé.

”
Le regard
de Clémentine Sarlat,
journaliste et fondatrice du podcast
« La Matrescence »

Le co-parent doit être investi du rôle de « garant de la santé » de la mère, et être davantage inclus dans le suivi général de la grossesse et du post-partum.

Dans le cas des relations hétérosexuelles, ce rôle de « garant de la santé » de la conjointe est souvent nouveau pour le père, qui a traditionnellement tendance à laisser cette charge mentale à la femme, ne prenant pas lui-même ses rendez-vous médicaux par exemple.

”
L'analyse
d'Anne-Laure Sutter-Dallay,
Psychiatre et pédopsychiatre en périnatalité
au CH Charles Perrens, professeure
de psychiatrie à l'Université de Bordeaux

La dépression post-partum peut très facilement abîmer, voire briser l'équilibre familial : le couple peut se rompre, le co-parent partir, le travail d'un des (ou des deux) parents peut être perdu, sans parler des conséquences du trouble et de ses effets « collatéraux » sur le développement du fœtus et du nourrisson... Cette pathologie impacte tous les pans de la situation sociale et interactive d'un individu.

Si le co-parent peut être un soutien, la dépression post-partum de la femme peut aussi avoir un impact négatif sur ce dernier, en provoquant un sentiment d'impuissance face à la souffrance de sa partenaire, ce qui peut également affecter la dynamique familiale et la relation de couple. La dépression post-partum fragilise donc les équilibres familiaux, touchant à tous les aspects de la vie affective et familiale de la mère touchée.

En outre, les coparents peuvent être confrontés à une dépression post-partum. Cette pathologie, souvent associée uniquement aux mères, reste peu reconnue chez les co-parents, malgré les difficultés qu'ils peuvent eux aussi rencontrer à l'arrivée d'un enfant. En raison de stéréotypes persistants autour de « l'homme fort », les pères sont souvent mal préparés à affronter les bouleversements émotionnels et psychiques liés à la parentalité. De plus, le manque de sensibilisation et de repérage des

signes de détresse chez les pères contribue à rendre leurs difficultés moins visibles.

Pourtant, si l'on considère les couples hétérosexuels, près d'un père sur vingt traverse une dépression pendant la grossesse ou peu après la naissance de l'enfant¹¹. Pour ce qui est des couples de femmes, il manque d'études dédiées spécifiquement à la santé mentale de la conjointe de la femme enceinte, mais il a été avéré que le manque de soutien familial ou social – souvent dû à une stigmatisation persistante des familles homoparentales – augmente le risque de développer une dépression post-partum, et ce pour les deux femmes concernées¹².

La prévalence d'une dépression post-partum chez les co-parents est plus élevée si la mère en souffre elle-même : la mauvaise santé mentale de la mère est ainsi le facteur principal de déclenchement d'une dépression périnatale chez le co-parent¹³.

”
L'éclairage
d'Élise Marcende,
présidente de l'association Maman
Blues depuis 2016, référente locale
sur le département du 69 depuis 2011

La dépression post-partum de la mère a un impact très important sur le co-parent, qui risque souvent de faire lui aussi une dépression si la mère en souffre.

¹¹ BARRY Katharine M., GOMAJEE Ramchandar, BENAROUS Xavier, DUFOURG Marie-Noëlle, COURTIN Emilie et MELCHIOR Maria, « Paternity leave uptake and parental post-partum depression », *op. cit.*, 2023, p. e15-e27.

¹² ROSS Lori E., STEELE Leah et SAPIRO Beth, « Perceptions of Predisposing and Protective Factors for Perinatal Depression in Same-Sex Parents », *Journal of Midwifery & Women's Health*, no 6, vol. 50, 2005, coll. « Special Continuing Education Issue – Liability and Risk Management in Midwifery Practice », p. e65-e70.

¹³ SCOTTISH GOVERNMENT, *Paternal perinatal mental health: evidence review*, Edimbourg, 2024.

Des répercussions potentiellement néfastes et durables sur la santé et le développement des enfants

La dépression post-partum entrave la capacité de la patiente à s'occuper de manière adéquate de son enfant. Elle fragilise notamment le lien d'attachement, pourtant indispensable au développement du bébé. Cette fragilité s'explique par le fait que les mères dépressives ont plus de chance d'adopter des comportements parentaux peu adaptés, tels que de l'impatience, un manque de sensibilité, une réactivité moindre ou encore des interactions moins efficaces¹⁴.

L'éclairage de Noémie Decotte et Charlotte Deschamp, membres du conseil d'administration de l'Organisation nationale syndicale des sages-femmes (ONSSF)

Le lien mère/enfant est très affecté quand la mère souffre d'une dépression périnatale. La détérioration de ce lien est d'ailleurs un signe très parlant de dépression post-partum. Ainsi, lors d'une consultation, des détails comme la façon dont la mère porte le bébé, ou le regard fuyant de l'enfant peuvent être des signes d'alerte, qui trahissent le mal-être de la mère comme du bébé.

La dépression post-partum interfère de plus avec l'allaitement et la capacité maternelle à identifier les besoins médicaux de l'enfant¹⁵. Dès les premiers mois du nourrisson,

il existe une association significative entre la dépression post-partum d'une mère et les problèmes de santé de son enfant – tels que les diarrhées, les coliques, ou une moins bonne résistance à la douleur¹⁶. Son sommeil peut également être rapidement troublé, avec une incidence accrue de réveils nocturnes chez les nourrissons dont les mères rencontrent des difficultés maternelles.

L'absence ou la fragilisation du lien entre la mère et l'enfant impacte aussi lourdement le développement neurocognitif de ce dernier : ses capacités de mémorisation, d'apprentissage, de communication peuvent ainsi se trouver diminuées. À long terme, cela favorise l'apparition de problèmes de comportement et d'apprentissage, et peut même entraîner une moindre réussite scolaire¹⁷.

La dépression post-partum, en rendant compliquée la création d'un lien solide et sécurisant entre la mère et le nourrisson, peut, à terme, durablement affecter l'équilibre émotionnel et psychologique de ce dernier, même des années plus tard.

La dépression post-partum, en rendant compliquée la création d'un lien solide et sécurisant entre la mère et le nourrisson, peut, à terme, durablement affecter l'équilibre émotionnel et psychologique de ce dernier, même des années plus tard.

Il est toutefois important de souligner que l'amélioration de l'état psychologique de la mère au cours des trois premières années de vie du bébé peut réduire l'impact de la pathologie mentale maternelle sur l'enfant¹⁸. Ce constat souligne combien une prise en charge efficace et rapide est vitale, tant pour le bien-être de la mère que pour celui de l'enfant.

¹⁴ FAISAL-CURY Alexandre, TABB Karen M., ZIEBOLD Carolina et MATIJASEVICH Alicia, « The impact of postpartum depression and bonding impairment on child development at 12 to 15 months after delivery », *Journal of Affective Disorders Reports*, vol. 4, 2021.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ SLOMIAN Justine, HONVO Germain, EMONTS Patrick, REGINSTER Jean-Yves et BRUYÈRE Olivier, « Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes », *Women's Health*, vol. 15, 2019.

¹⁷ SEVERO Melania, VENTRIGLIO Antonio, BELLOMO Antonello, IUSO Salvatore et PETITO Annamaria, « Maternal perinatal depression and child neurocognitive development: A relationship still to be clarified », *Frontiers in Psychiatry*, vol. 14, 2023.

¹⁸ *Ibid.*

L'éclairage d'Emmanuel Devouche, enseignant-chercheur à l'Université Paris Descartes, spécialisé en psychologie périnatale

L'enfant dont la mère vit une dépression post-partum souffre généralement d'un ralentissement général, et sa sécurité affective s'abîme beaucoup. Sur le plus long terme, on observe que les troubles psychologiques vécus par les parents exercent une grande influence sur la santé mentale de l'enfant : en effet, un enfant dont les deux parents souffrent de troubles psychologiques a 3,5 % de chance en plus de souffrir de pareils troubles à l'avenir¹⁹.

¹⁹ Apter G, Bobin-Begue A, Genet MC, Gratier M, Devouche E. Update on mental health of infants and children of parents affected with mental health issues. *Current Psychiatry Report* 2017;19:72.

3.3

LA DÉPRESSION POST-PARTUM, ÉGALEMENT VECTRICE DE COÛTS SOCIO-ÉCONOMIQUES IMPORTANTS

Les coûts directs et indirects des troubles de la santé mentale

La prévalence des troubles de la santé mentale est très importante : les maladies mentales et troubles psychiques touchent un Français sur cinq, soit 13 millions de personnes²⁰. La France est le pays le plus consommateur de psychotropes au monde, puisqu'un individu sur quatre consomme des anxiolytiques, des antidépresseurs, des somnifères et autres médicaments psychotropes²¹.

Les troubles de la santé mentale représentent une charge économique et sociale énorme, qui continue de croître de façon spectaculaire. Comparativement, les coûts des autres maladies comme le cancer et les maladies cardiovasculaires, bien que très élevés, restent inférieurs. En 2020, le coût direct du cancer s'élevait ainsi à 21 milliards d'euros, et celui des maladies cardiovasculaires à 18 milliards d'euros, alors que celui des maladies mentales était de 23 milliards d'euros^{22, 23}. La santé mentale représentait d'ailleurs à elle seule près de 14 % des dépenses de santé (par addition des « maladies psychiatriques » et de l'ensemble des « traitements chroniques par psychotropes »)²⁴. Le dernier rapport « Charges et Produits » de l'Assurance maladie, publié en

²⁰ Synthèse du bilan de la feuille de route : État d'avancement au 3 mars 2023, Ministère de la Santé et de la Prévention, 2023.

²¹ *Ibid.*

²² LAIDI Charles, BLAMPAIN-SEGAR Laetia, GODIN Ophélie, DE DANNE Anne, LEBOYER Marion et DURAND-ZALESKI Isabelle, « The cost of mental health: Where do we stand in France? », *European Neuropsychopharmacology*, vol. 69, 2023, p. 87-95.

²³ En 2023, nous estimons le coût direct et indirect des maladies psychiatriques en France à 163 milliards d'euros, <https://www.fondation-fondamental.org/en-2023-nous-estimons-le-coût-direct-et-indirect-des-maladies-psychiatriques-en-france-163-milliards>, consulté le 3 octobre 2024.

²⁴ LOLVIER Isabelle, *La santé mentale représente 14 % des dépenses de santé*, <https://www.santementale.fr/2022/07/la-sante-mentale-represente-14-des-depenses-de-sante/>.

juillet 2024, permet d'ailleurs de constater que cette tendance est persistante : en 2022, alors que la santé mentale représente 26,2 milliards d'euros (soit 14 % des dépenses totales), la prise en charge des maladies cardiovasculaires atteint 26,1 milliards d'euros et celle des cancers 24 milliards d'euros²⁵.

En outre, la charge économique de la santé mentale n'est pas uniquement constituée de coûts directs, qui sont les ressources directement mobilisées pour améliorer la santé ou la qualité de vie des patients – soins médicaux, soutien médico-social, aménagements spécifiques, etc. Elle se compose aussi des coûts indirects, soit les conséquences économiques et sociales des troubles de la santé mentale. Les arrêts maladie représentent une part importante de ces coûts, dans un contexte où les troubles psychologiques constituent le premier motif des arrêts de plus de trente jours²⁶. À cela s'ajoutent la baisse de la qualité de vie, les pertes de revenus, les comorbidités physiques, voire la réduction de l'espérance de vie.

Ces coûts, souvent sous-estimés, ne font pas l'objet d'études dédiées alors qu'ils sont particulièrement conséquents. En 2023, le coût total – prenant en compte les coûts directs et indirects – des pathologies mentales en France a atteint 163 milliards d'euros, marquant une augmentation de 50 % par rapport aux 109 milliards d'euros enregistrés en 2012^{27, 28}.

À l'instar des troubles de la santé mentale, les coûts socio-économiques importants de la dépression post-partum

En plus d'être une source de grande souffrance psychique pour la mère, et de fragiliser l'équilibre de sa famille, la dépression post-partum

– à l'image des troubles de la santé mentale – induit des dépenses significatives pour l'ensemble de la société.

Il a ainsi été mis en avant qu'une dépression post-partum mal soignée entraînait trois formes de coûts²⁹.

- ▶ La baisse, ou perte de productivité professionnelle : une mère en mauvaise santé psychique reprend en effet souvent le travail plus tardivement, et à une moindre intensité. La dépression post-partum conduit en effet souvent à une baisse de la motivation, une diminution de la productivité, voire à un arrêt de travail ;
- ▶ Le recours plus important aux aides sociales fournies par l'État : du fait d'une faible productivité professionnelle, une mère en difficulté psychique a plus de chance de recourir aux allocations sociales ;
- ▶ Le recours à des soins médicaux coûteux : si une dépression post-partum n'est pas

Le regard d'Anne-Cécile Violland,
députée de la 5^e circonscription
de Haute-Savoie et vice-présidente
de la délégation aux droits des femmes

Les mesures de prévention et la meilleure prise en charge de la dépression post-partum sont, à long terme, un investissement important pour la santé publique. Il est donc urgent de considérer la dépression post-partum – et les troubles de la santé mentale – comme une priorité.

²⁵ Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2025, L'Assurance maladie, 2024.

²⁶ Baromètre « Absentéisme 2023 », Le Comptoir Malakoff Humanis, 2023.

²⁷ LAIDI Charles, BLAMPAIN-SEGAR Laetia, GODIN Ophélie, DE DANNE Anne, LEBOYER Marion et DURAND-ZALESKI Isabelle, « The cost of mental health: Where do we stand in France? », *European Neuropsychopharmacology*, vol. 69, 2023, p. 87-95.

²⁸ En 2023, nous estimons le coût direct et indirect des maladies psychiatriques en France à 163 milliards d'euros, <https://www.fondation-fondamental.org/en-2023-nous-estimons-le-coût-direct-et-indirect-des-maladies-psychiatriques-en-france-163-milliards>, consulté le 3 octobre 2024.

²⁹ LUCA Dara Lee, MARGIOTTA Caroline, STAATZ Colleen, GARLOW Eleanor, CHRISTENSEN Anna et ZIVIN Kara, « Financial Toll of Untreated Perinatal Mood and Anxiety Disorders Among 2017 Births in the United States », *American Journal of Public Health*, n° 6, vol. 110, 2020, p. 888-896.

dépiétée rapidement, elle peut vite dégéné- rer, et nécessiter une prise en charge plus conséquente – et donc plus coûteuse.

Le fait que la dépression post-partum nuise du- rablement au bon développement de l'enfant est aussi à prendre en compte. Notamment, les risques de troubles du comportement (no- tamment alimentaire) et du développement il- lustrer le fait que les séquelles laissées par la dépression post-partum sur la santé de l'enfant présentent un coût loin d'être négligeable³⁰.

Il a d'ailleurs été mis en avant que c'est l'im- pact de la dépression post-partum sur l'enfant qui s'avère le plus coûteux³¹ : 72 % du coût total de la dépression post-partum pour la so- ciété serait lié aux effets négatifs sur l'enfant plutôt qu'à ceux affectant la mère.

Aux États-Unis, on estime que le coût annuel représenté par une dépression post-partum mal soignée représenterait 5 296 dollars par couple mère/enfant et par an³². Si l'on prend la cohorte de naissances de 2017 aux États- Unis, le coût de dépressions du post-partum non soignées, de la conception à 5 ans après l'accouchement, atteindrait ainsi près de 14 milliards de dollars³³. Au Royaume-Uni, il a été montré que la dépression, l'anxiété et la psy- chose périnatales engendrent un coût à long terme de 8,1 milliards de livres par an pour la société³⁴.

La dépression post-partum, lorsqu'elle est mal prise en charge, représente une charge financière considérable pour l'ensemble de la société. L'amélioration du parcours de soin dédié tient donc de l'urgence non seulement humaine, mais aussi économique. Le coût to- tal des problèmes de santé mentale périnatale non soignés serait même cinq fois supérieur

³⁰ Ibid.

³¹ BAUER Annette, PARSONAGE Michael, KNAPP Martin, IEMMI Valentina et ADELAJA Bayo, *The costs of perinatal mental health problems*, LSE Personal Social Services Research Unit, 2014.

³² LUCA Dara Lee, MARGIOTTA Caroline, STAATZ Colleen, GARLOW Eleanor, CHRISTENSEN Anna et ZIVIN Kara, « Financial Toll of Untreated Perinatal Mood and Anxiety Disorders Among 2017 Births in the United States », *op. cit.*, 2020, p. 888-896.

³³ Ibid.

³⁴ BAUER Annette, PARSONAGE Michael, KNAPP Martin, IEMMI Valentina et ADELAJA Bayo, *The costs of perinatal mental health problems*, LSE Personal Social Services Research Unit, 2014.

³⁵ BAUER Annette, PARSONAGE Michael, KNAPP Martin, IEMMI Valentina et ADELAJA Bayo, *The costs of perinatal mental health problems*, *op. cit.*, 2014.

LES PROPOSITIONS

OBJECTIF : ANTICIPER LES CONSÉQUENCES SUR LE COURT ET LONG TERME DE LA DÉPRESSION POST-PARTUM

#16

Confier à une organisation publique le soin d'évaluer les coûts directs et indirects de la dépression post-partum et de sa prise en charge actuelle en France. Sur la base de cette étude, émettre des propositions pour une bonne maîtrise des coûts directs et indirects, y compris sur le bon usage des médicaments.

#17

Familiariser les professionnels de santé à la consultation préconceptionnelle et d'accompagnement à la parentalité, pour les patients souffrant de troubles psychiques ayant un projet de parentalité, et cela afin de structurer un accompagnement adapté pour les individus concernés, tant au niveau de l'adressage que de la coordination des acteurs.

N.B. Les consultations préconceptionnelles et d'accompagnement à la parentalité se développent au sein des structures médico-sociales. Par exemple, au sein du GHU Paris psychiatrie & neurosciences, les CICO (consultations d'information de conseils et d'orientation) s'adressent aux femmes suivies pour troubles psychiques enceintes ou avec un désir d'enfant.

L'éclairage d'Emmanuel Devouche, enseignant-chercheur à l'Université Paris Descartes, spécialisé en psychologie périnatale

Le coût que représente la dépression post-partum sur le long terme – aussi bien pour les services de soins, que pour la société dans son ensemble – n'est pas encore bien évalué en France alors qu'on l'estime très élevé. Ce manque de visibilité sur les coûts directs et indirects de la pathologie entraîne des financements insuffisants pour les patients.

au coût que représenterait l'amélioration des services associés³⁵. En d'autres mots, rendre la prise en charge de la dépression post-partum plus efficace constituerait une vraie source d'économie.

#18

Pour davantage inclure le co-parent au parcours de grossesse, et prévenir une éventuelle dépression post-partum chez ce dernier :

- 1 • Créer un « carnet de parentalité » qui lui soit destiné**, expliquant le déroulé du suivi médical de la grossesse et rappelant l'existence de l'entretien prénatal et postnatal précoce, auxquels il/elle peut être convié. Pour en garantir la bonne diffusion, intégrer ce carnet de parentalité à « Mon espace santé », et le décliner en un court spot vidéo, à diffuser dans les salles d'attente de maternités et de CPMI.
- 2 • Proposer un entretien post-natal précoce** qui inclut nécessairement le co-parent (le cas échéant) et l'enfant. Cet entretien permettrait à la fois de :
 - Vérifier que le lien parents-bébé se construit bien. Ce lien est nécessaire au bon développement de l'enfant. S'il semble fragile, ou inexistant, cela peut être un signe de dépression périnatale chez l'un des deux (ou chez les deux) parents.
 - Impliquer le co-parent dans le suivi du post-partum, pour le sensibiliser au besoin de veiller sur sa propre santé mentale, comme sur celle de sa conjointe.

N.B. Pour l'instant, l'entretien post-natal précoce est uniquement adressé à la mère, même si elle peut venir « accompagnée de son partenaire et de son bébé » si elle le souhaite.

#19

Impliquer les entreprises dans la prévention de la dépression post-partum :

- 1 • En intégrant la prévention de la dépression post-partum aux missions du Comité social et économique (CSE) des structures qui en possèdent un.**
- 2 • En intégrant un module de formation à la santé mentale périnatale à la formation initiale et continue des médecins du travail.**

#20

Intégrer les complémentaires santé au travail de prévention de la dépression post-partum.

SYNTHÈSE

NOS 20 PROPOSITIONS CONCRÈTES ET INNOVANTES

pour améliorer le parcours de soins des personnes concernées par une dépression post-partum

LES PROPOSITIONS

OBJECTIF : SENSIBILISER LA SOCIÉTÉ CIVILE, LES PATIENTS ET LES SOIGNANTS AU RISQUE DE DÉPRESSION POST-PARTUM

#1

Rendre obligatoire la participation à un module de formation à la santé mentale périnatale lors de la formation initiale et continue des praticiens en charge du suivi médical de la grossesse et du post-partum (sage-femmes, médecins généralistes, gynécologues, pédiatres, kinésithérapeutes), et **développer des modules de formation complémentaire** pour les professions de la pharmacie et d'auxiliaires médicaux que peut rencontrer la femme lors de la période périnatale (pharmaciens, diététiciens, infirmiers, aides-soignants).

#2

Sensibiliser les psychiatres et les psychologues, au cours de leur formation initiale et continue, à l'importance d'évoquer le risque de dépression périnatale avec leurs patients faisant part d'un projet de grossesse.

#3

Intégrer la notion de dépression périnatale aux cours d'éducation à la sexualité et à la reproduction, dispensés au cours du cycle 4 (5^e, 4^e, 3^e) et du lycée.

#4

Créer une campagne de communication dédiée aux difficultés psychologiques liées à la périnatalité (anxiété, baby blues, dépression périnatale, psychose puerpérale), qui pourrait être **initiée dans le cadre de la grande cause nationale 2025**.

Cette campagne pourra être relayée auprès du grand public (podcasts, blogs, réseaux sociaux, application des 1000 premiers jours) et incarnée par des témoignages d'individus concernés. Pour toucher le public le plus large possible, dont le public en situation d'exclusion, cette campagne pourrait également être relayée par des acteurs associatifs.

Cette campagne pourrait aborder **trois enjeux** :

- 1 • Une présentation des **symptômes** et des **terrains de vulnérabilité** propres à ces difficultés ;
- 2 • Une présentation du **parcours de prévention**, mettant en avant l'existence de la consultation préconceptionnelle pour toutes et tous, et rappelant l'existence des entretiens pré- et post-natal précoces ;
- 3 • Une présentation des **options de prise en charge**, mentionnant notamment le dispositif « Mon parcours psy ».

N.B.1. En population générale, la consultation préconceptionnelle, effectuée avec un généraliste, une sage-femme ou un gynécologue, permet de « faire un point santé pour préparer au mieux à la grossesse ». Elle est l'occasion de détecter d'éventuels facteurs de vulnérabilité à la dépression périnatale¹.

N.B.2. Cette campagne de communication s'inscrirait dans la continuité de la mesure 1 des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie de 2021, visant à « informer le grand public sur la santé mentale et lutter contre la stigmatisation », et pourrait se faire sur le modèle de la campagne de 2021 « En parler, c'est déjà se soigner »².

¹ Consultation préconceptionnelle, <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/consultation-preconceptionnelle>, consulté le 26 septembre 2024.

² Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, Gouvernement, 2021.

#5

Intégrer des messages de prévention sur la dépression post-partum à d'autres étapes du parcours périnatal :

- 1 • **Prévoir un temps de prévention de la dépression périnatale au cours du séjour en maternité.** Ce temps serait prodigué par la sage-femme en contact avec la patiente et le co-parent (le cas échéant). Il intégrerait une courte présentation de la pathologie, de ses symptômes et de la marche à suivre pour être pris en charge.
- 2 • **Mentionner la dépression du post-partum dans le programme des sept séances de préparation à la naissance.**
- 3 • **Ajouter au déroulé des 13 examens de santé pédiatriques (prévus pour l'enfant de ses 0 à ses 24 mois) des questions préliminaires concernant la santé mentale de la mère, ainsi que sur l'état du lien mère/enfant.**

N.B. La durée de séjour standard en maternité est de 72 à 120 heures après un accouchement par voie basse, et de 96 à 120 heures après un accouchement par césarienne³.

#7

Afin d'harmoniser et de systématiser les programmes d'aller-vers destinés aux personnes à risque de vivre une dépression périnatale, **définir à l'échelle nationale des populations cibles** (vulnérabilités socio-économiques, territoires éloignés du soin, antécédents psychiatriques) auprès desquelles concentrer les actions de prévention de cette pathologie. **Confier aux conseils départementaux, qui sont en charge**

des centres de protection maternelle et infantile (CPMI) de leur territoire, le soin de piloter des programmes de prévention adaptés à chaque population cible. Ces programmes pourraient comprendre des temps d'échange et d'information autour des difficultés psychologiques propres au temps de la périnatalité, et seraient déployés au sein des CPMI.

N.B. La démarche d'aller-vers a pour but de répondre aux situations de non-demande de certains publics. Elle mobilise ainsi les acteurs à s'engager dans une pratique pro-active, pour entrer en relation avec ces publics.

³ Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés, Haute Autorité de Santé, 2014.

#6

Diffuser de façon massive un questionnaire validé de détection des symptômes de la dépression périnatale (par exemple « l'auto-questionnaire bien-être » créé par le réseau périnatalité Nouvelle-Aquitaine ou l'échelle d'Édimbourg)⁴, **en l'accompagnant d'un feuillet précisant les étapes de l'accompagnement de prévention et de prise en charge de la dépression périnatale** : notamment la consultation préconceptionnelle en population générale et les entretiens pré-et post-natal précoces.

Intégrer ces deux documents à plusieurs supports :

- 1 • **Supports accessibles/visibles au cours de la période préconceptionnelle** : inclure ces informations sur des affiches destinées aux salles d'attente de maisons de santé, de cabinets de médecins généralistes, de gynécologues-obstétriciens et sages-femmes.
- 2 • **Supports accessibles/visibles au cours de la grossesse et de la période du post-partum** : inclure ces informations sur des affiches dans les maternités, CPMI, pédiatres. Les ajouter également au carnet de santé maternité, au « carnet de bienvenue » (créé dans le cadre du projet des « 1 000 premiers jours », et distribué à la naissance), et au carnet de santé de l'enfant.

N.B. Le carnet santé maternité, en cours d'actualisation, fournit des renseignements sur le déroulement du suivi médical de la grossesse, sur les droits et obligations de la femme enceinte, ainsi que sur les aides existantes.

#8

Inciter les collectivités qui signent des contrats locaux de santé à y inclure la santé mentale périnatale.

N.B. Le contrat local de santé est un outil porté conjointement par l'ARS et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé.

⁴ « Outils d'aide au repérage des vulnérabilités familiales et maternelles », consulté le 26 septembre 2024.

#9

Généraliser la mise en place « d'ateliers parentalité » comprenant une séance de prévention de la dépression périnatale au sein des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Pour cela, la « fiche action » correspondante pourrait être diffusée sur les sites internet des ARS, pour partager un exemple de bonne pratique et inciter ainsi de nouvelles CPTS à mettre de tels ateliers en place.

N.B.1. Pour Les ateliers parentalité peuvent également entrer dans le cadre des ateliers post-nataux effectués par les sages-femmes.

N.B.2. Pour constituer une CPTS, les professionnels de santé concernés construisent ensemble un « projet de santé » décliné en « fiches actions » opérationnelles. Le projet est ensuite soumis à l'ARS pour validation.

LES PROPOSITIONS

OBJECTIF : MIEUX COORDONNER ET RENFORCER LE PARCOURS DE SOINS DE LA DÉPRESSION POST-PARTUM

#10

Proposer aux femmes enceintes, dès le début de grossesse, de déclarer un professionnel de santé qui ait la charge de la coordination interprofessionnelle du parcours périnatal, mais aussi du parcours de soins pour les personnes touchées par une dépression post-partum.

Ce professionnel pourrait être :

- 1 • Le **médecin traitant** de la patiente.
- 2 • Un « **référént parcours périnatalité** » (ou RÉPAP), si ce rôle venait à être pérennisé et généralisé. Le RÉPAP s'assure qu'il n'y a pas de rupture de soin dans le suivi de la grossesse. Il informe la femme le couple des différentes étapes du suivi de grossesse, et assure le suivi des préconisations issues de l'entretien prénatal précoce. Il s'assure que la femme réalise bien les rendez-vous obligatoires, et alerte les professionnels concernés en cas de besoin.
- 3 • Une **sage-femme référente**, professionnel chargé à la fois d'informer la patiente sur les différentes étapes du parcours périnatal, d'effectuer une partie des rendez-vous de ce parcours, de prévenir d'éventuelles fragilités psychiques et de transmettre les informations nécessaires aux autres professionnels du parcours périnatal.
- 4 • **Pour les personnes touchées par une dépression post-partum, le professionnel de santé référent permettrait d'assurer un suivi adapté et un dialogue adéquat entre les différents professionnels de santé extra et intra-hospitaliers.**

N.B.1. Cette expérimentation a pour l'instant été menée dans quatre territoires : en Essonne (territoire de la CPTS Centre-Essonne), dans la Drôme, en Centre-Val de Loire (Pays Loire Touraine) et en Guyane.

N.B.2. Le rôle de sage-femme référente a été créé par la loi du 26 avril 2021 : une femme enceinte peut depuis déclarer une sage-femme référente – cette dernière devient alors le professionnel du soin en charge de la coordination de tout le parcours médical de sa patiente pré et post-partum.

#11

Planifier les rendez-vous pour les entretiens périnataux obligatoires (prénatal et postnatal) pendant les rendez-vous de suivi médical : pour l'entretien prénatal, planifier ce rendez-vous pendant une des sept consultations de suivi médical obligatoire pendant la grossesse ; pour l'entretien post-natal précoce, le planifier (ou s'assurer qu'il a bien été planifié) pendant le séjour de suites de couche, lors de la consultation médicale post-natale ou lors d'une consultation avec la sage-femme avant l'accouchement.

N.B. La consultation médicale post-natale est à effectuer dans les 6 à 8 semaines suivant l'accouchement, tandis que l'entretien post-natal précoce est à réaliser entre la 4^e et 8^e semaine du post-partum.

#12

Agir sur les tarifs de l'entretien post-natal précoce, notamment en le remboursant à 100 %.

N.B. Cet entretien bénéficie pour le moment d'un remboursement de 70 % par l'Assurance maladie, contrairement à l'entretien prénatal précoce qui est intégralement remboursé.

#13

Consolider l'accompagnement dédié aux patientes en renforçant les fonds publics alloués aux services des UMB/UME, afin de veiller au bon maillage du territoire, à la visibilité de ces structures, et à une offre de soins de qualité.

#14

Faciliter le développement des études sur les possibles biomarqueurs de la dépression post-partum, en renforçant les moyens publics et privés alloués aux neurosciences périnatales.

Cela pourra passer par différents canaux : plan national dédié à la recherche sur les biomarqueurs cérébraux, appels à projets, partenariats public-privé, cadre incitatif pour les entreprises.

N.B. Cet investissement dans les études et programmes de recherche pourrait s'inscrire dans l'objectif 16 des Assises de la pédiatrie, qui vise entre autres à « engager des travaux de recherche sur la thématique de [...] la périnatalité et des 1000 premiers jours »⁵.

#15

Généraliser le dispositif expérimental de coaching parental « CoPa », lancé en 2021 au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT) Cœur Grand Est. Ce programme offre aux parents un « accompagnement à domicile par une auxiliaire de puériculture »⁶. C'est là un soutien pratique et psychologique qui facilite l'arrivée du bébé et permet de réduire l'anxiété et l'agitation liées à cette période.

La puéricultrice peut donc aisément repérer d'éventuelles altérations de l'état psychologique des parents, et les alerter et rediriger si besoin.

LES PROPOSITIONS

OBJECTIF : ANTICIPER LES CONSÉQUENCES SUR LE COURT ET LONG TERME DE LA DÉPRESSION POST-PARTUM

#16

Confier à une organisation publique le soin d'évaluer les coûts directs et indirects de la dépression post-partum et de sa prise en charge actuelle en France. Sur la base de cette étude, émettre des propositions pour une bonne maîtrise des coûts directs et indirects, y compris sur le bon usage des médicaments.

#17

Familiariser les professionnels de santé à la consultation préconceptionnelle et d'accompagnement à la parentalité, pour les patients souffrant de troubles psychiques ayant un projet de parentalité, et cela afin de structurer un accompagnement adapté pour les individus concernés, tant au niveau de l'adressage que de la coordination des acteurs.

N.B. Les consultations préconceptionnelles et d'accompagnement à la parentalité se développent au sein des structures médico-sociales. Par exemple, au sein du GHU Paris psychiatrie & neurosciences, les CICO (consultations d'information de conseils et d'orientation) s'adressent aux femmes suivies pour troubles psychiques enceintes ou avec un désir d'enfant.

⁵ Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant, Gouvernement, 2024.

⁶ Le dispositif CoPa, <https://ght-coeurgrandest.fr/le-dispositif-copa/>, consulté le 26 septembre 2024.

#18

Pour davantage inclure le co-parent au parcours de grossesse, et prévenir une éventuelle dépression post-partum chez ce dernier :

- 1 • **Créer un « carnet de parentalité » qui lui soit destiné**, expliquant le déroulé du suivi médical de la grossesse et rappelant l'existence de l'entretien prénatal et postnatal précoce, auxquels il/elle peut être convié. Pour en garantir la bonne diffusion, intégrer ce carnet de parentalité à « Mon espace santé », et le décliner en un court spot vidéo, à diffuser dans les salles d'attente de maternités et de CPMI.
- 2 • Proposer un entretien post-natal précoce qui inclut nécessairement le co-parent (le cas échéant) et l'enfant. Cet entretien permettrait à la fois de :
 - Vérifier que le lien parents-bébé se construit bien. Ce lien est nécessaire au bon développement de l'enfant. S'il semble fragile, ou inexistant, cela peut être un signe de dépression périnatale chez l'un des deux (ou chez les deux) parents.
 - Impliquer le co-parent dans le suivi du post-partum, pour le sensibiliser au besoin de veiller sur sa propre santé mentale, comme sur celle de sa conjointe.

N.B. Pour l'instant, l'entretien post-natal précoce est uniquement adressé à la mère, même si elle peut venir « accompagnée de son partenaire et de son bébé » si elle le souhaite.

#19

Impliquer les entreprises dans la prévention de la dépression post-partum :

- 1 • En intégrant la prévention de la dépression post-partum aux missions du Comité social et économique (CSE) des structures qui en possèdent un.
- 2 • En intégrant un module de formation à la santé mentale périnatale à la formation initiale et continue des médecins du travail.

#20

Intégrer les complémentaires santé au travail de prévention de la dépression post-partum.

