



La dépression périnatale

La moitié des dépressions périnatales ne sont pas diagnostiquées ni prises en soins

Un « incendie silencieux » à juguler en équipe

La période périnatale s'étend du début de la grossesse au premier anniversaire de l'enfant.

La **dépression périnatale** est un Épisode Dépressif Caractérisé (EDC), qui survient en contexte périnatal.

Critères usuels

Symptômes émotionnels, cognitifs et physiques, impact fonctionnel.

Critères spécifiques possiblement associés

Anxiété centrée sur l'enfant, phobies d'impulsion, douleurs physiques.

Après l'accouchement, il existe un continuum entre les troubles suivants :

Baby blues



Dépression du post partum

Syndrome du 3^{ème} jour transitoire



Évolution durable > 15 jours

Crise maturative



Trouble dépressif

Les impacts sur les individus et leurs interactions sont triples

- **La mère ou le parent** qui souffre de dépression (notamment risque de récurrence d'EDC)
- **L'enfant** (notamment risque de troubles du développement)
- **Le co-parent**



Qui est concerné ?
10 à 20% des mères ou des co-parents



Signes de gravité

- Intensité des symptômes
- Idées suicidaires
- Impact sur le nourrisson ou sur la relation avec le nourrisson
- Facteurs de risque associés
- Absence de facteurs protecteurs

Repérage séquentiel et partagé

Oser en parler

Facteurs de risque

- Antécédent psychiatrique des parents, psychotraumatisme
- Événements de vie « stressants »
- Faible support familial ou social
- Difficultés socio-économiques
- Relations conflictuelles avec le co-parent
- Violences conjugales
- Absence de co-parent
- Grossesse à risque (âge maternel, multiple, non planifiée, avec des complications ...)
- Pleurs inexplicables du nourrisson

Facteur protecteur principal

Étayage familial ou social (aide concrète au soutien parental et figure substitutive pouvant s'occuper du nourrisson)

Des moments clés pour repérer (repérage séquentiel)

- Entretien prénatal
- Arrêt maladie pendant la grossesse
- Séjour en maternité
- Examens du nourrisson (dès J15) : penser à s'intéresser aux parents
- Consultation post-partum

Des signes indirects

- Concernant les parents / l'enfant / les interactions
- Signes fonctionnels chez le parent et/ou chez l'enfant
- Discordance entre éléments rapportés et constatés
- Répétition des consultations
- Anxiété, réassurance difficile face à un problème bénin

Un outil d'aide au repérage et au suivi

L'échelle de dépistage de la dépression (EPDS) : urlr.me/34mABk

Autoquestionnaire simple, rempli en moins de 5 minutes, non jugeant, validé internationalement en période périnatale

Décloisonner le repérage par l'équipe de soins (repérage partagé)

Construire et renforcer le partage d'information

Prise en charge pluridisciplinaire

Impliquer les parents et l'entourage

Laisser la porte ouverte

Quels rôles pour le médecin généraliste ?



Repérage



Diagnostic



Traitements



Adressage,
orientation



Coordination
des soins

Vers une meilleure pratique pluriprofessionnelle : quels besoins pour le médecin généraliste ?

Identifier les ressources (dispositifs et professionnels) disponibles sur le territoire, pouvant contribuer à constituer une équipe de soins (CPTS, PMI, réseaux de périnatalité, staffs médico-psycho-sociaux, professionnels).

Travailler en équipe pluri-professionnelle, en bonne connaissance des rôles de chacun, avec des outils de coordination centrés patient, et un partage d'informations.

Se baser sur des données probantes de la science.

Quels objectifs ?

Soins conjoints ciblés sur trois dimensions

- **Parent(s)** : pour prévenir le risque de complications et récurrences thymiques
- **Enfant** : pour prévenir le risque de troubles du développement
- **Relations parent-enfant et dynamique familiale** : pour maintenir le lien parent-enfant et prévenir le risque d'épuisement familial et environnemental.

Prise en charge et suivi coordonnés

- **Gradués et séquentiels (le bon soin au bon moment)** : la stratégie de soins varie en fonction de l'évaluation de l'EDC et de sa gravité.
- **En équipe, en s'aidant des professionnels de proximité formés et sensibilisés aux soins conjoints** : médecins spécialisés, sage-femmes, puéricultrices, psychologues, TISF, éducateurs, PMI, CAMPS, aide sociale et administrative, réseau associatif local.

Les unités de psychopérinatalité contribueront à la prise en charge pour les situations les plus graves¹.

Quels traitements ?

Actions non médicamenteuses

- **Activité physique adaptée** (efficace dans les EDC légers à modérés)
- **Hygiène alimentaire et du sommeil**, avec notamment réduction de la consommation des produits psychoactifs pouvant le perturber (tabac, alcool, cannabis, etc.)
- **Relaxation et gestion du stress**
- **Prise en compte des besoins primordiaux** : aide à la parentalité et à la gestion du quotidien en proposant par exemple aux parents de se rendre sur des lieux d'accueil enfant-parents ou de se rapprocher d'associations de parents
- **Implication des proches** pour lutter contre l'isolement, procurer le soutien à la parentalité, favoriser un temps de sommeil suffisant, etc.
- **Soins relationnels et social spécifiques** par les dispositifs de proximité de périnatalité (hospitalier, ambulatoire ou associatif)

Psychothérapie

- **Thérapies cognitivo-comportementales et thérapies interpersonnelles** : traitement de référence en première intention en cas d'EDC d'intensité légère à modérée. En cas d'EDC d'intensité sévère ou en l'absence d'amélioration avoir recours à un psychiatre.
- **Thérapie de soutien**, par un médecin généraliste ou un autre acteur de santé mentale formé.

Traitements médicamenteux

Selon la sévérité, **instaurer un traitement par antidépresseur** en cas d'EDC modéré à sévère : paroxétine ou sertraline par exemple, à faible passage dans le lait maternel en cas d'allaitement². Il est conseillé de privilégier le traitement antérieur à la grossesse en cas d'efficacité.

Recours au psychiatre dans une dynamique collaborative

Le recours au psychiatre doit avoir lieu **directement en cas d'EDC d'intensité sévère**, de risque suicidaire modéré à élevé ou en l'absence d'amélioration.

Selon la sévérité, **une hospitalisation en unité dédiée** pourra alors être proposée. La sortie d'hospitalisation devra être **préparée et organisée** en collaboration avec le médecin généraliste et les autres acteurs de soins primaires.

1 - Annuaire des réseaux de périnatalité en France : urls.fr/vUinQq

2 - Site d'aide à la prescription : psychotropes.fr

Ressources patients

- Site non médical de soutien, d'écoute et de conseils dans le cadre de la difficulté maternelle : maman-blues.fr
- Allô Parent-Bébé : **0 800 00 34 56**
- Ligne d'écoute anonyme et gratuite en cas de risque suicidaire : **3114**
7j/7, 24h/24
- Le baby blues et la dépression post-partum : 1000-premiers-jours.fr

Références

- Repérage de la dépression périnatale – échelle EPDS : urlr.me/34mABk
EPDS Edinburgh
- Maternité, périnatalité : tableau synthétique de l'approche thérapeutique en santé mentale : urlr.me/UmqZ25
Assurance Maladie - 08/2023
- Santé mentale : approche thérapeutique dans le cadre de la maternité et la périnatalité : urlr.me/c4vTr7
Assurance Maladie - 08/2023
- Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal
Recommandation de bonnes pratiques : urlr.me/Hzsrh
Haute Autorité de Santé - 02/2024
- Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours : urlr.me/kPRdjH
Haute Autorité de Santé - 11/2017
- Parcours de soins en psychiatrie périnatale :
du dépistage aux soins : urlr.me/RrMA6c
Sutter-Dallay AL, Coicaud M, Chevrier A, Sentilhes L, Dallay D.
Presse Med Form 2024; 5(5): 341–6.



Accès à la **version numérique** du document