



17^{ème} Journée des Réseaux de Santé en Périnatalité d'Ile-de-France Périnatalité et Innovation

Jeudi 12 octobre 2023 - Espace Reuilly

Santé mentale

Nouvelles pratiques de l'échelle EPDS

Dr Sarah TEBEKA, Psychiatre, Hôpital Louis-Mourier APHP

Dr Françoise DUMONT, Pédopsychiatre et Cheffe de service de l'UPP
EP2

Equipe de l'UPP EP2, CH Victor Dupouy Argenteuil

Nouvelles pratiques de l'échelle EPDS pour la prise en charge de la santé mentale

Mme Meunier – SF, Hôpital Louis Mourier

Dr FERJANI – FFI service de Pédopsychiatrie, Hôpital d'Argenteuil

Mmes DROUIN & Bertrand, puéricultrices à la maternité d'Argenteuil

Dr Dumont – Pédopsychiatre, Hôpital d'Argenteuil

Sarah Tebeka – Psychiatre, Hôpital Louis Mourier (sarah.tebeka@aphp.fr)

Nouvelles pratiques de l'échelle EPDS pour la prise en charge de la santé mentale

Mme Meunier – SF, Hôpital Louis Mourier

Dr FERJANI – FFI service de Pédopsychiatrie, Hôpital d'Argenteuil

Mmes DROUIN & Bertrand, puéricultrices à la maternité d'Argenteuil

Dr Dumont – Pédopsychiatre, Hôpital d'Argenteuil

Sarah Tebeka – Psychiatre, Hôpital Louis Mourier (sarah.tebeka@aphp.fr)

Epidémiologie

 Dépression anténatale : 15,0 % [13,6-16,3]

 Dépression du post-partum : 10 et 20 %

Ko, 2012 – Shorey, 2018 – Underwood, 2016 – Woody, 2017



ENP 21: 16,7% à 2 mois PP

 Dépression des pères : 8 à 10%

Cameron, 2016 – Rao, 2020

Facteurs de vulnérabilité

Santé physique

- Obésité, HTA
- Complications obstétricales

Psycho-sociaux

- Isolement / manque de support
- Traumatismes (infantiles, conjugaux, en cours de grossesse)
- Evènements de vie stressant

Dépression périnatale

Génétique

Facteurs génétiques et épigénétiques

Histoire psychiatrique

- Troubles de l'humeur
- Troubles anxieux
- Antécédents périnataux
- Histoire familiale

Dépression périnatale : évolution

LA MÈRE

- Moindre suivi obstétrical
- Risque suicidaire
Toxiques
- Récurrence : ~ 50 %
Troubles dépressifs et
bipolaires

Orsolini, 2016 - Howard, 2020
Johannsen, 2020

LE BEBE

- Diminution des mvt fœtaux,
Prématurité, moindre
adaptation néonatale
- Troubles du dvp social, cognitif
et émotionnel
- Troubles psychiatriques

Netsi, 2018 - van der Waerden, 2015,
2017 - Slomian, 2019 (revue)

➔ **Problème de santé publique**

Sous-diagnostic

BANALISATION

Symptômes « classiques » de la période périnatale (asthénie, trouble du sommeil ...)

CULPABILITE

Peur de la
STIGMATISATION

Manque d'INFORMATION

- Des femmes
- De leur entourage
- Des soignants

Pas de diagnostic

>50% pendant la grossesse
>1/3 en post-partum

Sous-traitée

**Ensemble des dépressions postnatales
(10-20% des femmes / 8% des hommes)
Soit 100 000 femmes/an**

30.8% avec un diagnostic

15.8% avec un traitement

**3-5%
rémission**

**51% des dépressions
anténatales majeures
sans aucun soin**
(Sanmartin et al., 2019)

Dépistage universel

Consensus des sociétés
savantes internationales

✓ Recommandations internationales

RANZCOG, 2012 – US Preventive Services Task Force, 2016– NICE, 2014

✓ Recommandations nationales

➔ Entretiens prénatal précoce et post-natal

Loi du financement de la sécurité sociale 2019 et 2021

Dépistage universel

Objectifs :

- ✓ Améliorer le repérage des femmes vulnérables et symptomatiques
- ✓ Mettre en place des mesure préventives
- ✓ Prendre en charge précocement les femmes symptomatiques

➔ Diminuer la survenue et les conséquences de la
dépression

Stratégies de prévention

EPDS

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.

Aussi souvent que d'habitude

Pas tout à fait autant

Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci

Absolument pas

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir.

Autant que d'habitude

Plutôt moins que d'habitude

Vraiment moins que d'habitude

Pratiquement pas

3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal*.

Oui, la plupart du temps

Oui, parfois

Pas très souvent

Non, jamais

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.

Non, pas du tout

Presque jamais

Oui, parfois

Oui, très souvent

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons*.

Oui, vraiment souvent

Oui, parfois

Non, pas très souvent

Non, pas du tout

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements*.

Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations

Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude

Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations

Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil*.

Oui, la plupart du temps

Oui, parfois

Pas très souvent

Non, pas du tout

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse*.

Oui, la plupart du temps

Oui, très souvent

Pas très souvent

Non, pas du tout

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré*.

Oui, la plupart du temps

Oui, très souvent

Seulement de temps en temps

Non, jamais

10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal*.

Oui, très souvent

Parfois

Presque jamais

Jamais

« Au cours de la dernière semaine ... »

Stratégies de prévention

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.

Aussi souvent que d'habitude

Pas tout à fait autant

Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci

Absolument pas

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir.

Autant que d'habitude

Plutôt moins que d'habitude

Vraiment moins que d'habitude

Pratiquement pas

3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal*.

Oui, la plupart du temps

Oui, parfois

Pas très souvent

Non, jamais

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.

Non, pas du tout

Presque jamais

Oui, parfois

Oui, très souvent

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons*.

Oui, vraiment souvent

Oui, parfois

Non, pas très souvent

Non, pas du tout

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements*.

Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations

Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude

Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations

Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil*.

Oui, la plupart du temps

Oui, parfois

Pas très souvent

Non, pas du tout

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse*.

Oui, la plupart du temps

Oui, très souvent

Pas très souvent

Non, pas du tout

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré*.

Oui, la plupart du temps

Oui, très souvent

Seulement de temps en temps

Non, jamais

10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal*.

Oui, très souvent

Parfois

Presque jamais

Jamais

- Auto questionnaire
- Rapide: 10 questions
- Echelle fiable et validée
- Bien accepté par les patientes et les cliniciens

Stratégies de prévention

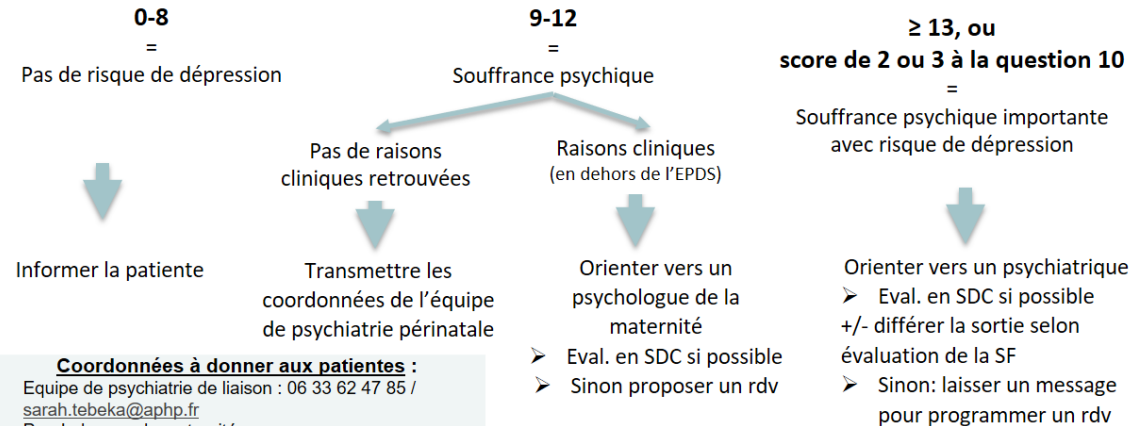
Dépistage systématique en suite de couche de la dépression périnatale

Ce score ne se substitue pas à l'évaluation clinique réalisée quotidiennement pas les sages-femmes. De plus, ne pas oublier que les psychologues continuent à assurer des consultations en chambre sur de nombreuses autres indications.

Donner le questionnaire EPDS avec le « kit d'entrée »

Le récupérer dans la même journée et calculer le score

Si refus de la patiente
➢ Lien PMI ++
➢ Noter dans le CRH « Patiente dépister à risque de dépression du post-partum. N'a pas souhaité d'évaluation au cours de son séjour à la maternité »



Coordonnées à donner aux patientes :

- Equipe de psychiatrie de liaison : 06 33 62 47 85 / sarah.tebeka@aphp.fr
- Psychologues de maternité :
 - Astrid : 01.47.60.61.64 / astrid.brunswick@aphp.fr
 - Lydie : 01.47.60.68.58 / lydie.lopez@aphp.fr
- SF libérale : liste SF SDC à donner
- PMI

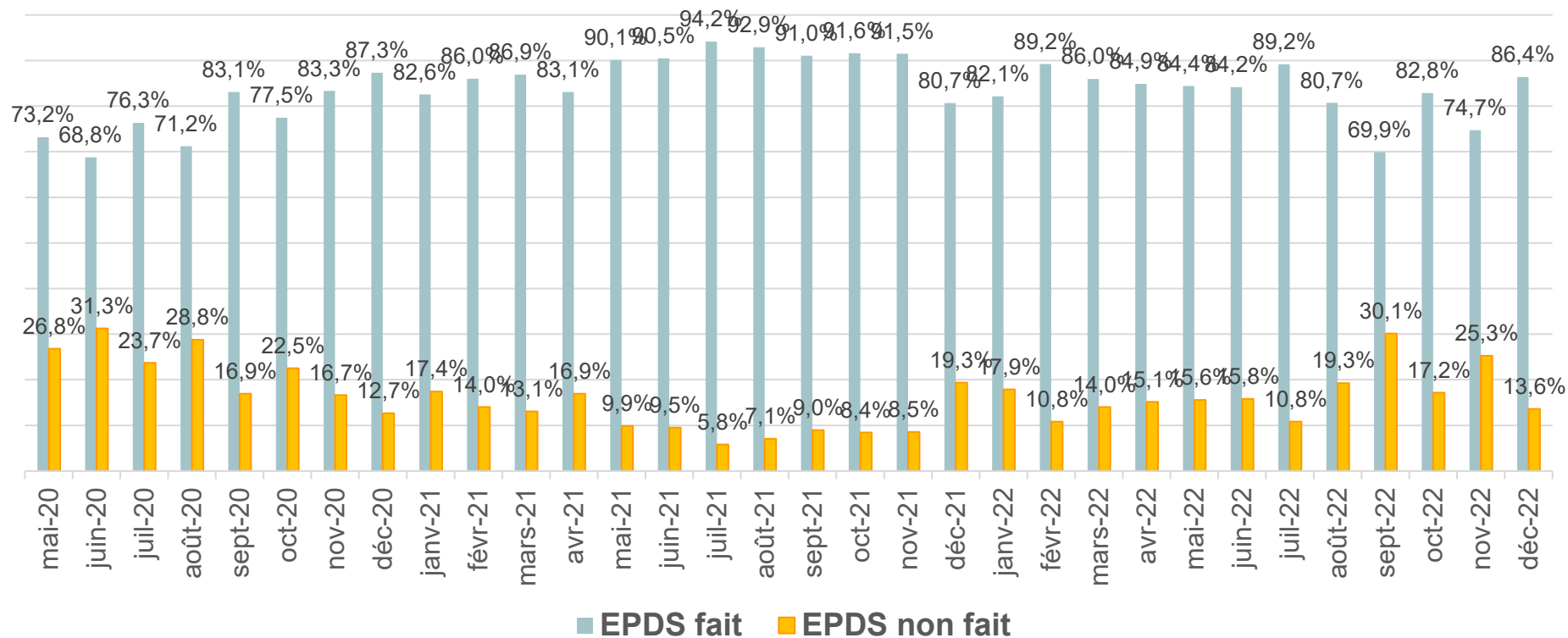
Lors de votre séjour en maternité vous avez répondu à un questionnaire de dépistage systématique de la dépression périnatale. Si au retour à la maison vous en ressentez le besoin, voici les coordonnées de l'équipe de psychologues et psychiatres de la maternité

EPDS
En suite de couche
à Louis Mourier

N = 8480 femmes

dont 7092 femmes (soit **83,6%**) ayant fait l'EPDS du 01/05/2020 au 31/12/2022

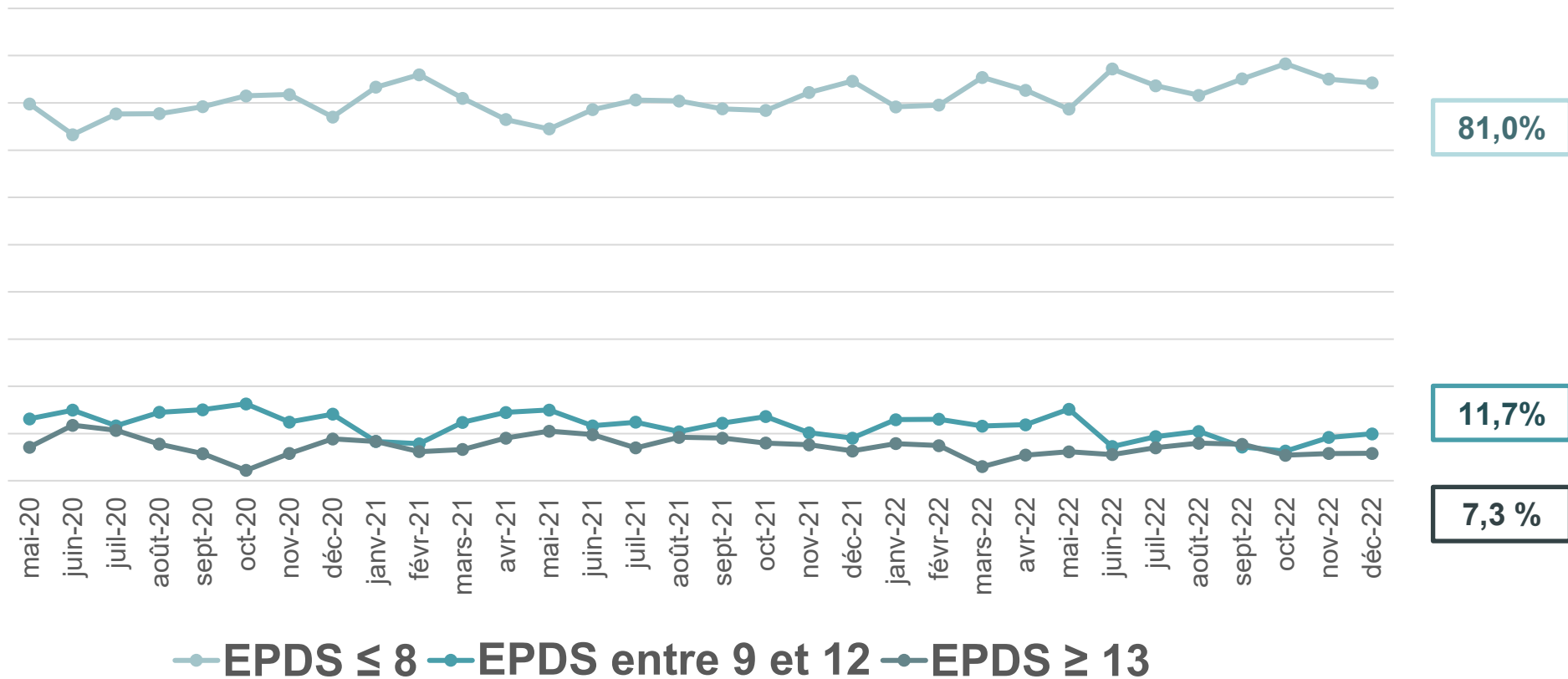
Stratégies de prévention



N = 8480 femmes

dont 7092 femmes (soit **83,6%**) ayant fait l'EPDS du 01/05/2020 au 31/12/2022

Stratégies de prévention



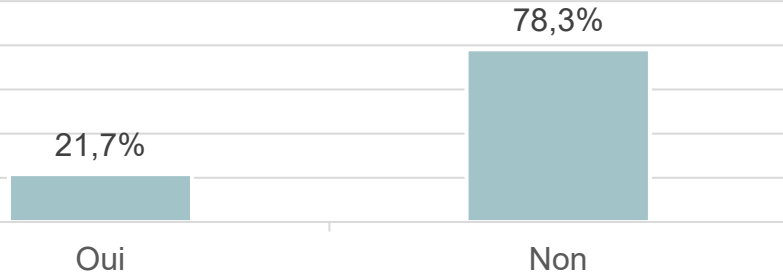
Enquete de satisfaction des Sages-femmes

10 questions

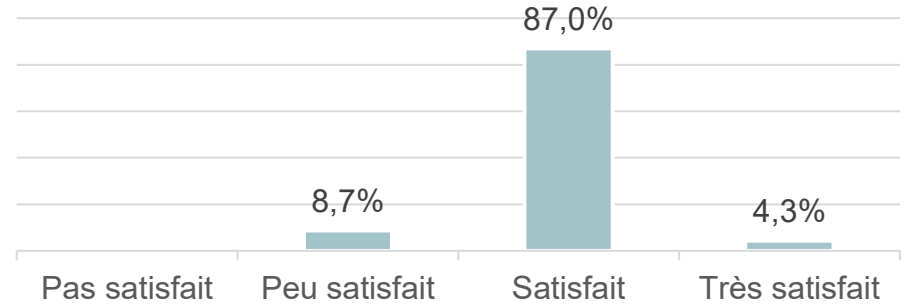
- élaborée par équipe de psy-périnatale
- envoyée par mail à toutes les SF en octobre 2020
- 23/29 réponses (soit 79%)

Enquete de satisfaction des Sages-femmes

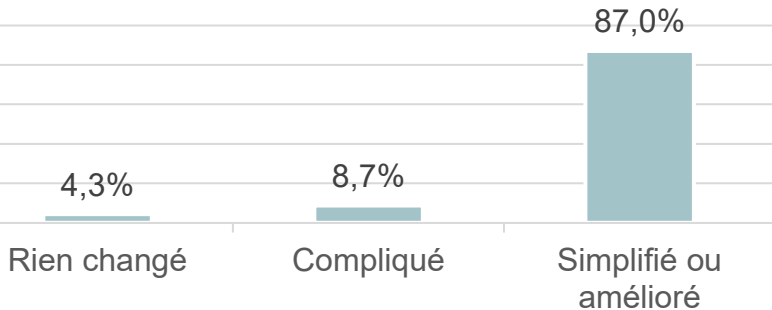
Connaissance de l'outil



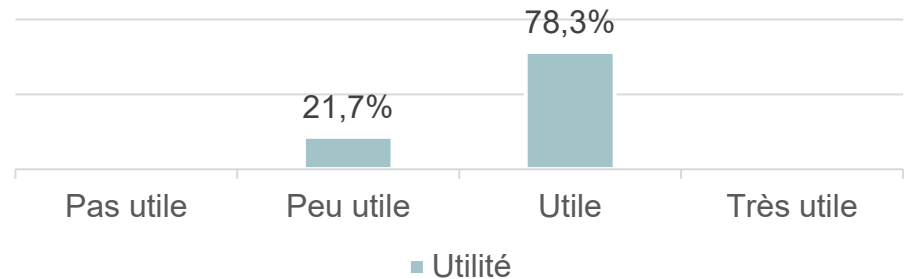
Satisfaction de la mise en place



Prise en charge des patientes

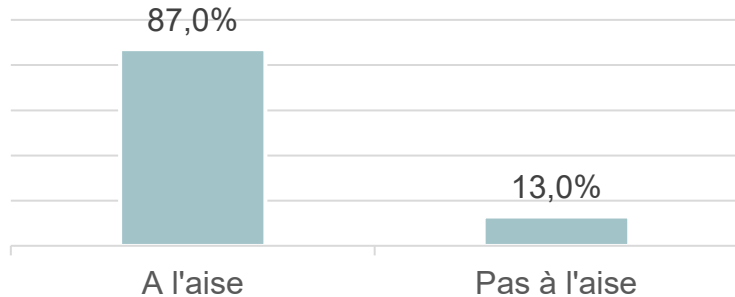


Utilité



Enquete de satisfaction des Sages-femmes

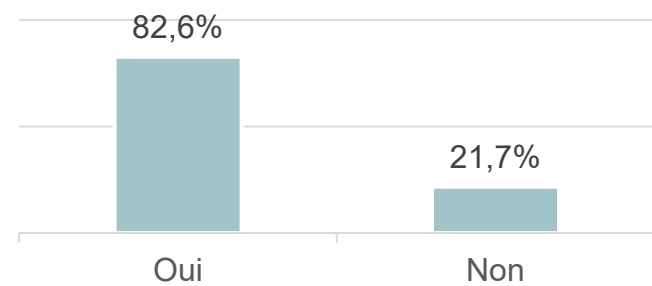
Facilité utilisation



Remarques :

- Comment présenter le questionnaire aux patientes
- Comment expliquer le score et la prise en charge si résultat augmenté

Difficultés rencontrées



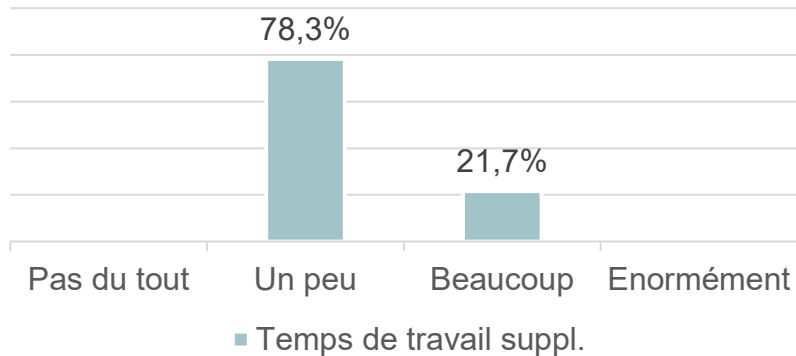
Principales difficultés rencontrées :

- Récupération du questionnaire (activité et séjour court)
- Relance +++ auprès des patientes
- Délai entre récupération et passage des psy (trop court)
- PeC des patientes avec score élevé qui ne souhaite pas voir les psy

Enquete de satisfaction des Sages-femmes

100% des SF pensent que cet outil pourrait être utilisé à plus grande échelle (en ville, en PMI, en consultation post-natale, dans les autres maternités...

Temps de travail suppl.



Remarques générales :

- **Positif :**
 - Outil très utile
 - Circuit patiente-psy plus fluide
 - Meilleure communication avec les patientes sur la dépression du PP (sensibilisation)
 - Existe en plusieurs langues
- **Négatif :**
 - Récupération du questionnaire = vraie contrainte
- **Perspectives :**
 - Le remplir plusieurs fois (fin de grossesse et SDC)
 - Donner l'information pour sensibilisation en anté-natale (habitudes de service)

Observation / Analyse d'une pratique de terrain évolutive au
sein de la **maternité** d'Argenteuil et de l'Unité de
**Psychopathologie Périnatale / Espace Parentologie –
Périnatale (UPP/EP2)**

Début août 2022 à décembre 2022 et plus ...

Dr FERJANI – FFI service de Pédopsychiatrie,
Mmes DROUIN & Bertrand, puéricultrices, service de maternité
d'Argenteuil
Dr Dumont – Pédopsychiatre, Cheffe de service de psychiatrie de l'enfant

Hôpital d'Argenteuil

Présentation de l'étude

- Etude réalisée par l'unité de parentologie-périnatalité UPP-EP2 au CHA
- Une première étape réalisée par un psychiatre adulte :
 - EPDS passé à J2-J3 post-partum en maternité tout le mois d'Août 2022- T0
 - Les premières conclusions ont montré une distorsion entre les résultats de cotation et l'examen clinique systématique de psychiatrie adulte amenant à ce que l'on pourrait nommer « des faux positifs psychiques »
- EPDS J10-J12 réalisé à domicile par puéricultrices –T1 Novembre 2022 à février 2023
- EPDS J30-J60 réalisé par IDE (par téléphone) – T2

Consentement :

Toutes les patientes ont formulé leur consentement par oral, de même la répétition de l'EPDS n'a pas posé de problème particulier.

Genre:

- L'EPDS a été réalisée principalement par les mères mais la majorité des pères présents en maternité et / ou à domicile ont souvent participé en étayant les réponses maternelles.
- Un seul père a exprimé l'intention de réaliser le questionnaire d'EPDS d'où son inclusion

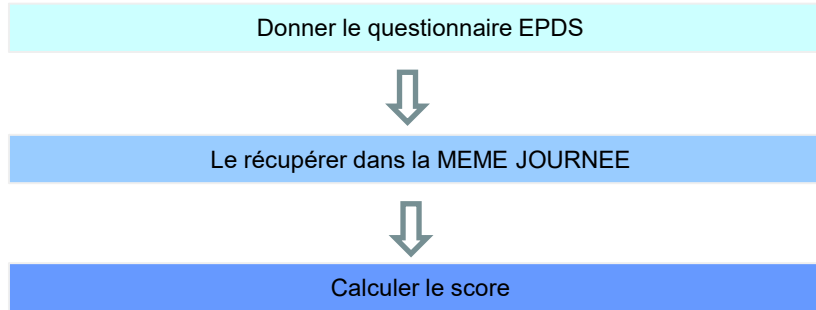
Identito-vigilance :

- Identité des mères et du père, date de naissance et numéros de téléphone ont été contrôlés
- Une seule naissance sous X: la mère a consenti à réaliser l'EPDS à T0. Les résultats lui ont été fournis immédiatement tout comme un listing en libéral de professionnels lui a été remis, en tenant compte de la confidentialité des informations et de cette situation spécifique.

VERSION IDEALE ET POSSIBILITE DE TERRAIN

DEPISTAGE SYSTEMATIQUE SDC DEPRESSION PERINATALE

Le questionnaire ne se substitue pas à l'évaluation clinique réalisée quotidiennement par les SF ou les psychologues, puéricultrices...



Si REFUS par la patiente:

- Lien avec la PMI
- Noter sur le CR « patiente dépistée à risque de dépression PP. N'a pas souhaité d'évaluation en cours de séjour de maternité » ou a posteriori

0 – 8 =
Pas de risque actuel de DPP



Informer la patiente

Coordonnées à fournir aux patientes:
Liste SF Libérales / Liste PMI
Liste psychologues + psychiatres en libéral
Coordonnées téléphoniques EP2

9 – 12 =
Souffrance psychique à graduer

Pas de clinique majeure



Transmettre la liste des psychologues / psychiatres en libéral

Signes cliniques significatifs



- Orienter vers EP2.
- Evaluation sur RDV

> 12 Vigilance: 3 réponses n°10 = Souffrance psychique importante avec risque +++ de DPP



- Orienter vers le psychiatre de liaison ou EP2
- Consultation hospitalière d'évaluation
- Consultation en libéral. Transmettre liste psychiatres en libéral
- Orientation: urgence psychiatrique de secteur avec si possible soutien d'accompagnement du Père de l'enfant

Résultats T0 – J2/3

Score < 9

36%
18 mères

Pas de suivi particulier. Mère sensibilisée à son ressenti. Possibilité ultérieure d'un appel téléphonique à UPP-EP2

Score > 9-11

26%
13 mères

Graduation par les professionnels
Rdv UPP – EP2
Listing psychiatres / psychologues fourni

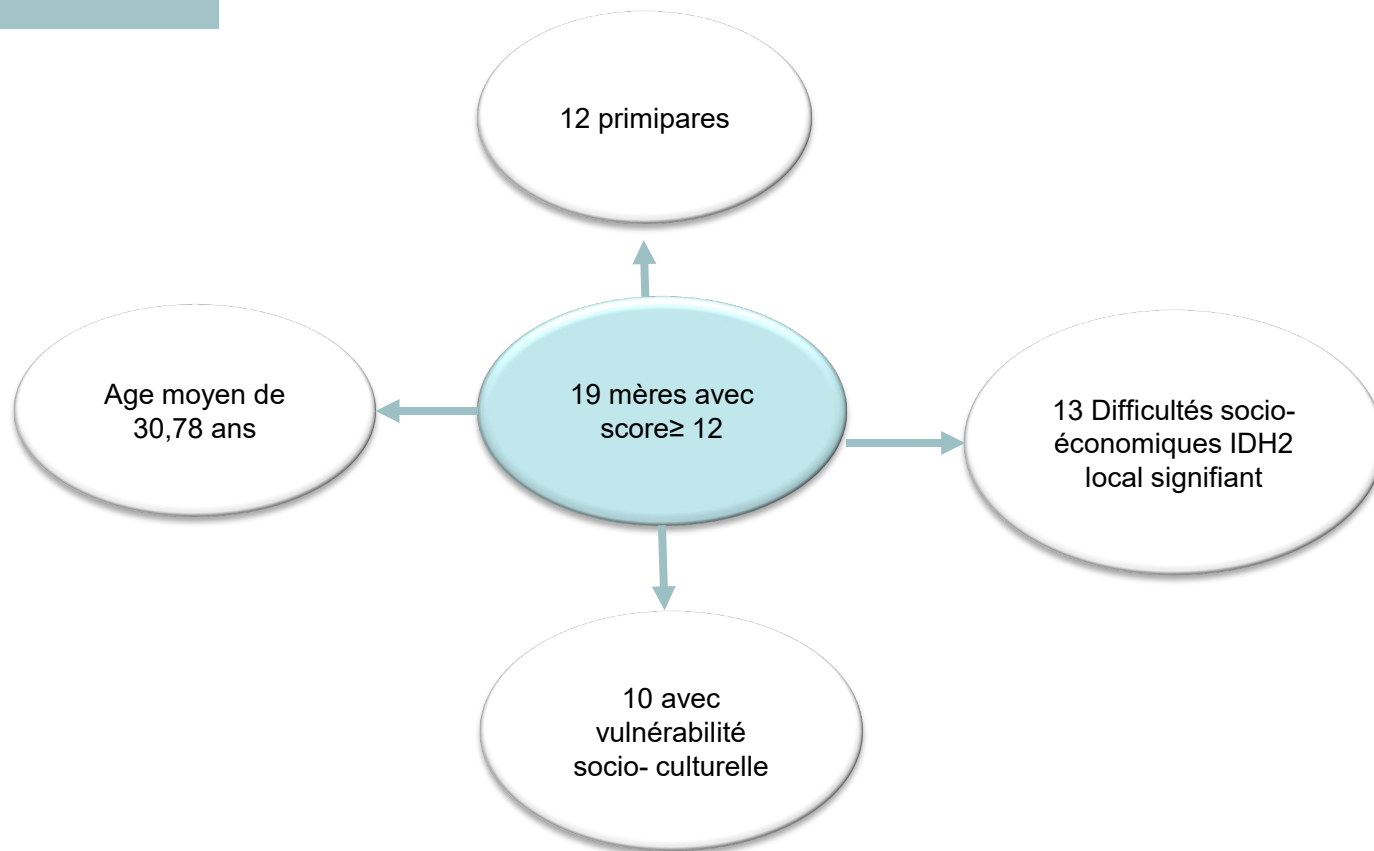
Score ≥ 12

38%
19 mères

Graduation par médecin

- Consultations complémentaires possibles de graduation
- - urgence sectorielle de psychiatrie
- Rdv UPP – EP2, articulation psychiatre adulte du CHA
- Listing psychiatres en libéral

Résultats



Résultats T1 – J 10/ 12

Score 9

91%

181 mères + 1 père

24 patients ont montré
une amélioration nette
du score

Pas de suivi particulier

Score 9-11

4%

8 mères

6 patientes ont des
scores semblables à
T0

Listing psychiatres /
psychologues fourni

Score = ou > 12

5%

10 mères

7 patientes ont un
score \geq 12 aussi à T0

UPP-EP2 contactée et
listing des psychiatres
/psychologues fourni
Orientation majeure
sectorielle
psychiatrique

- Score T1:
 - Réalisé à J10-J12 post - partum au domicile avec l'accompagnement dédié (puéricultrices)
 - En langue d'origine dans la mesure du possible

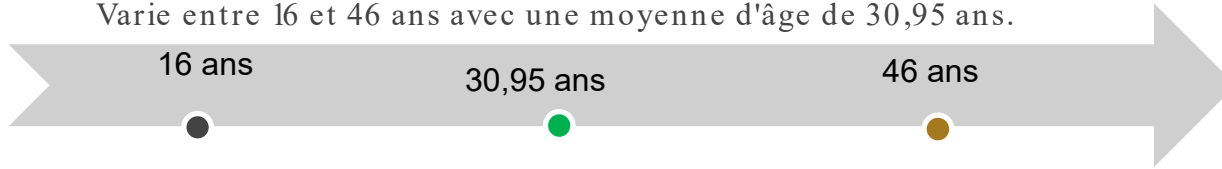
Score - cotation >12 : spécificités



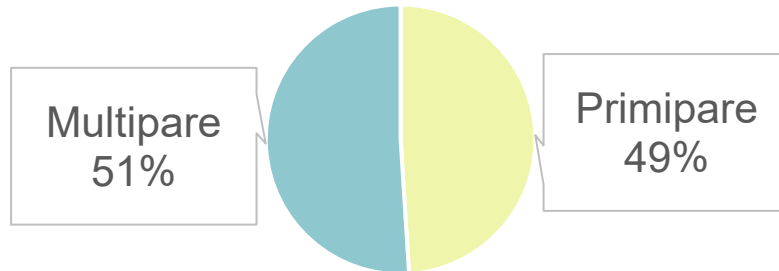
Résultats

- Age:

Varie entre 16 et 46 ans avec une moyenne d'âge de 30,95 ans.



- ▶ Primipares: 122 patientes
- ▶ Multipares: 127 patientes; le nombre des enfants varie de 2 à 6 enfants



Résultats T2 – J30

Entretien téléphonique à T2 pour les scores antérieurs (T0, T1) > 18 soit M1 post - partum:

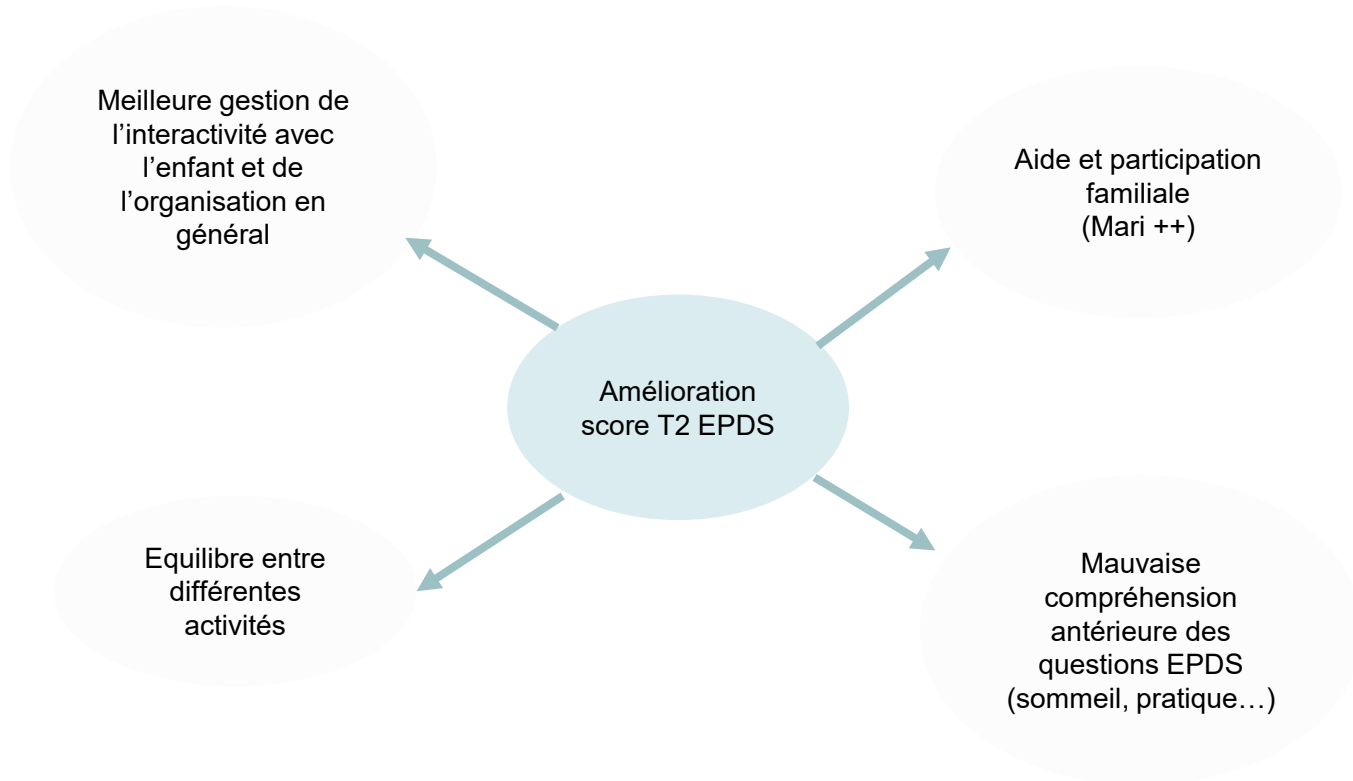
Difficultés rencontrées:

- Disponibilité des mères : répéter les appels pour obtenir un rendez-vous, écueils des messageries
- Qualité des réponses :
 - par oui/ non ou réponses courtes sans étayage clinique
 - complexité à s'impliquer et répondre à l'EPDS

Résultats:

- 9 mères parmi les appels répondant ont un score \geq à 12 < 15 soit **18%**
- Aucune mère n'a consulté en libéral de psychologue et / ou de psychiatre ni aux urgences de psychiatrie suite aux préconisations réalisées.

Les arguments ou rationalisations fournis de l'absence d'utilisation des préconisations ont été:



En Conclusion

Ce travail est à considérer comme une première analyse de terrain à la mise en place de l'EPDS avec forte motivation des professionnels avec les moyens humains disponibles d'une maternité 3 et d'une UPP au CHA

- Aucune comparaison à réaliser avec une recherche clinique, ni modèle de type répliquable
- Réflexion avec moyens in situ

Facilitations / difficultés:

- ✓ **Utilisation de l'EPDS** comme un instrument de dépistage des mères déprimées dans le post - partum
- ✓ **Usage multiprofessionnel** de l'EPDS dans la langue native (cf internet – impression / traduction)
- ✓ Réalisation systématique possible en maternité – T0 suivant les moyens humains disponibles => identification précoce des mères à risque. Vigilance de l'analyse EPDS / état clinique.
- ✓ Intérêt +++ si le systématique n'a pas pu être réalisé d'assurer la réalisation à J10 – J12
- ✓ **Intérêt +++ de réalisation à J10-J12** pour détecter toute souffrance psychique.
- ✓ **Discuter** de la possibilité par entretien téléphonique de poursuivre EPDS à J30 et / ou J60 suivant les scores EPDS antérieurs
- ✓ **Dans l'idéal**, envisager la réalisation T0, T1, T30, T60 ...
- ✓ **Envisager** l'élargissement de **l'utilisation de l'EPDS aux pères** (DPP jusqu'à 8% au cours des trois premiers mois)
- ✓ **Réfléchir** suivant les **orientations et rendez-vous proposées et non réalisées** les difficultés pour les mères de se mobiliser à prendre soin d'elle-même (raison financière, temporelle / organisation, transport, stigmatisation?..)

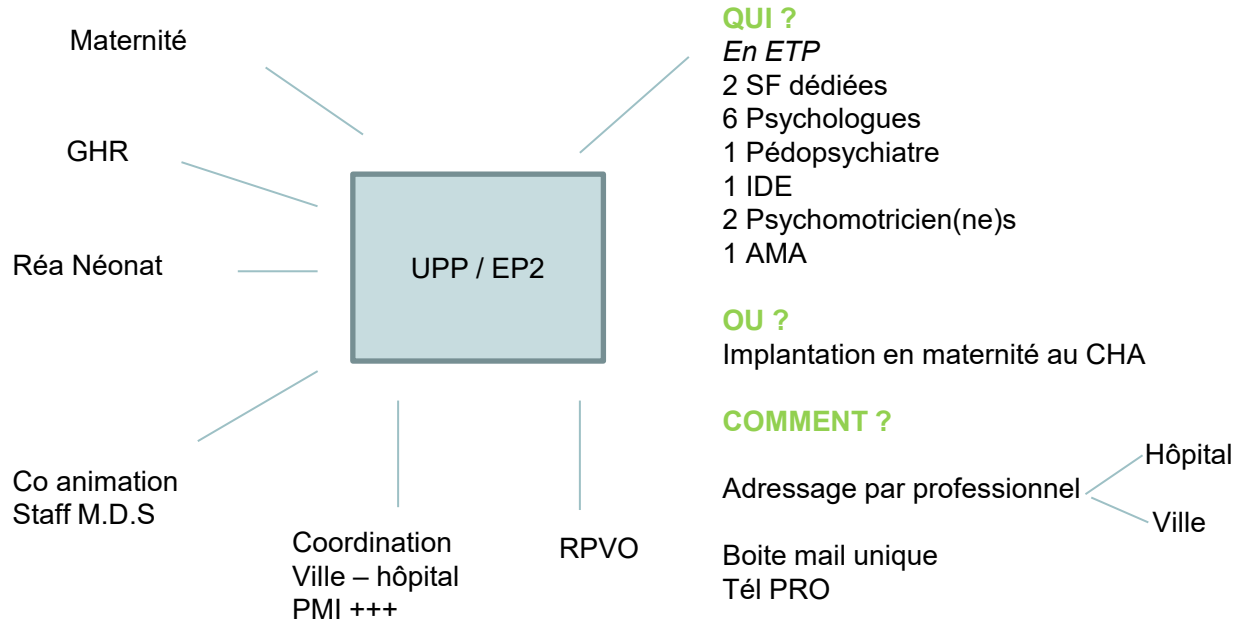
En Conclusion

L'évolution temporelle (en 6 mois) par « nos regards croisés » et « l'Acculturation » ont permis la structuration d'un process évolutif du dépistage, la découverte et la mise en valeur de plusieurs Cœurs de métiers.

- Rôle essentiel des puéricultrices dans la détection d'une éventuelle DPP par la visite à domicile systématique en post-partum, orientation des patientes, articulation avec UPP / EP2 systématique, simultanément aux PMI...
- Rôle primordial du travail en binôme quelque soit le corps de métier et de la présence des SF en UPP, la coordination ville – hôpital public / privé étant le maître-mot.
- Intérêt de diversifier la liste des professionnels en ville en réponse à cette clinique spécifique,
- Réfléchir à une communication facilitante (réseau social, QR codes, ...)

En Conclusion

Anté-Post Partum
Consultation /Accompagnement à domicile
Territoire correspondant à la maternité



Nouvelles pratiques de l'échelle EPDS pour la prise en charge de la santé mentale

Mme Meunier – SF, Hôpital Louis Mourier

Dr FERJANI – FFI service de Pédopsychiatrie, Hôpital d'Argenteuil

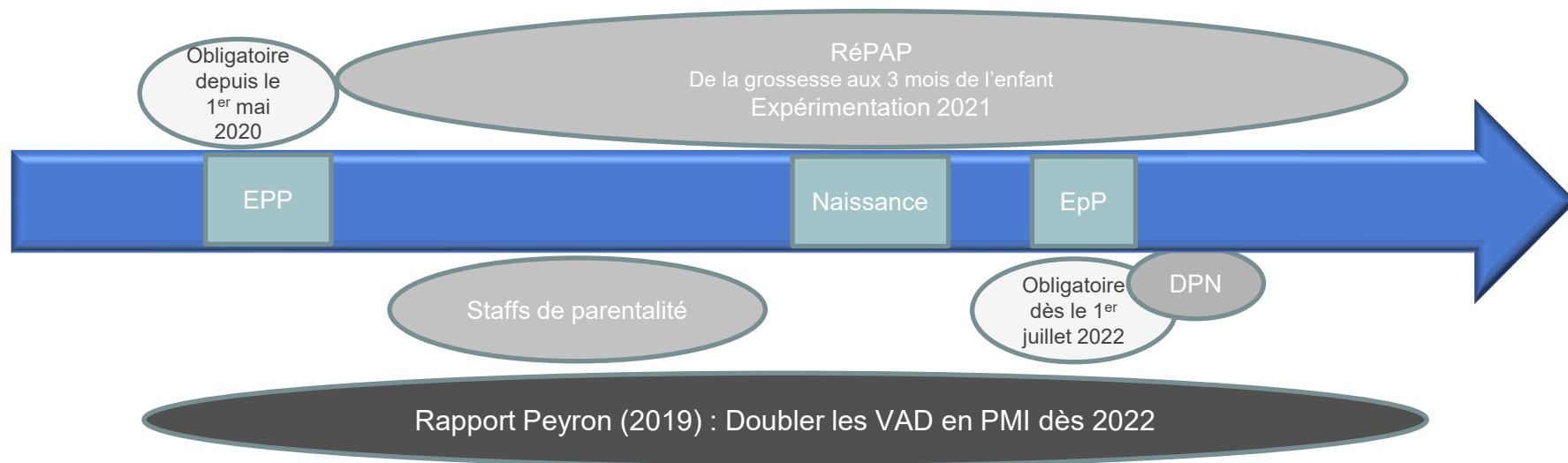
Mmes DROUIN & Bertrand, puéricultrices à la maternité d'Argenteuil

Dr Dumont – Pédopsychiatre, Hôpital d'Argenteuil

Sarah Tebeka – Psychiatre, Hôpital Louis Mourier (sarah.tebeka@aphp.fr)

Prise en
charge

Le parcours 1000 jours : proposer un accompagnement aux parents



Grossesse et période postnatale, particulièrement médicalisées ; une opportunité
(rôle des obstétriciens, pédiatres, infirmières)

Prise en charge en 3 temps

Avant la
grossesse

Planifier la
grossesse

Réévaluer les
psychotropes

Conseiller

Pendant la
grossesse

Evaluation régulière

Réseau de soins

Prévention

Repérage précoce

Pas d'arrêt des
traitements

Allaitement?

Après la
grossesse

Evaluation régulière

Accompagnement

Allaitement

PEC mère-enfant

Place du père

Prise en charge de 3 « personnes »

La mère

La dyade

L'enfant

Prise en charge de 3 « personnes »

La mère

La dyade

L'enfant

En cas de psychotropes

- CRAT
- Balance Bénéf/ risque

! Divalproate

! Carbamazépine

Prise en charge de 3 « personnes »

La mère

La dyade

L'enfant

En cas de psychotropes

- CRAT
- Balance Bénéf/ risque

! Divalproate
! Carbamazépine

Environnement

père
isolement

Interactions

Prise en charge de 3 « personnes »

La mère

En cas de psychotropes

- CRAT
- Balance Bénéf/ risque

! Divalproate
! Carbamazépine

La dyade

Environnement

père
isolement

Interactions

L'enfant

Développement social,
cognitif,
psychomoteur

! Rôle des lieux de garde

ANTIDÉPRESSEURS	COMPATIBLE AVEC LA GROSSESSE	COMPATIBLE AVEC L'ALLAITEMENT
ISRS		
SERTRALINE (Zoloft®)	OUI, quel que soit le terme. •En 1 ^{er} intention chez la femme ayant un projet de grossesse et chez la femme enceinte. Privilégier un switch vers ces IRS si découverte de grossesse sous un autre IRS ou IRSNa.	OUI, à prescrire en 1^{er} intention chez la femme enceinte. •Nombreuses données rassurantes
PAROXÉTINE (Deroxat®)		
FLUOXÉTINE (Prozac®)		ENVISAGEABLE , si la Sertraline ou la Paroxétine ne convient pas :
ESCITALOPRAM (Seroplex®)	OUI, quel que soit le terme.	•Données parcellaires. •Prendre en compte le risque d'effets secondaires chez le nouveau-né : irritabilité, agitation, troubles du sommeil... et réévaluer si manifestations cliniques chez l'enfant.
CITALOPRAM (Seropram®)		•Passage dans le lait variable en fonction de l'antidépresseur (≤ 10%) •Chez les enfants allaités, les concentrations plasmatiques sont généralement très faibles. •Si besoin, contacter le CRAT.
IRSNa		
VENLAFAXINE (Effexor®)	OUI, en 1^{er} intention si IRSNa envisagé.	
DULOXÉTINE (Cymbalta®)	OUI, mais en 2^{ème} intention si IRSNa envisagé. •Préférer la Sertraline, Paroxétine ou Venlafaxine. •Signaler le cas au CRAT pour enrichir les connaissances.	
TRICYCLIQUES		
CLOMIPRAMINE (Anafranil®)	OUI, quel que soit le terme. •Prévenir l'équipe de néonatalogie	OUI, à posologies usuelles.
AMITRIPTILINE (Laroxyl®)		
IMIPRAMINE (Tofranil®)	OUI en 2^{ème} intention, si réel avantage , pourra être poursuivie à posologie efficace, quel que soit le terme.	
AUTRE		
MIRTAZAPINE (Norset®)	OUI, quel que soit le terme.	NON
ANTIDÉPRESSEURS CONTRE INDIQUÉS		
PHÉNELZINE (Nardil®)	NON , changer de traitement en prévision d'une grossesse, pour traiter une femme enceinte ou si découverte d'une grossesse.	NON , changer de traitement pour une molécule mieux connue en période d'allaitement.
MOCLOBÉMIDE (Moclamine®)		
AGOMELATINE (Valdoxan®)		
DANS TOUS LES CAS		
<ul style="list-style-type: none"> •Aucun effet malformatif particulier ni d'augmentation du risque de troubles du spectre autistique. •Une augmentation de posologie peut être nécessaire durant la grossesse. •Dans certains cas des symptômes néonataux transitoires et bénins traduisant soit une imprégnation du nouveau-né, soit un syndrome de sevrage peuvent apparaître, possiblement favorisés par un arrêt brutal du traitement maternel avant l'accouchement. 		

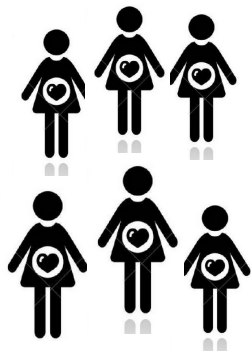
Réseau périnatalité

- Médecin généraliste, gynécologue/ obstétricien, sage-femme, pédiatre, PMI, psychologue, psychiatre, pédo-psychiatre ...
- Société Marcé

PREVIDEPP



**INCLUSION
10-24 SA**



EPDS

VS

Soins habituels

**Randomisation
des sages-femmes**

PREVIDEPP

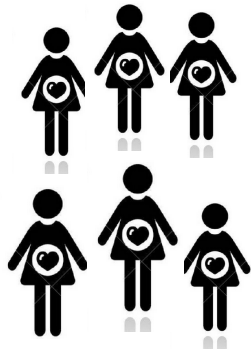
Critères d'inclusion

- ✓ Femmes majeure (âgées > 18 ans)
- ✓ Entre 10 et 24 semaines de grossesse
- ✓ Maîtrise du français écrit et parlé (peut comprendre un auto-questionnaire);
- ✓ Affilié à un régime de sécurité sociale

Critères d'exclusion

- ≠ Diagnostic rapporté de schizophrénie ou état physique et intellectuel incompatible avec une évaluation clinique
- ≠ Personnes incapables de donner leur consentement
- ≠ Personnes sous protection (tutelle ou tutelle)
- ≠ Patiente sous AME (aide médicale d'État)

PREVIDEPP



**INCLUSION
10-24 SA**

EPDS

VS

Soins habituels

**Suite de
couche**

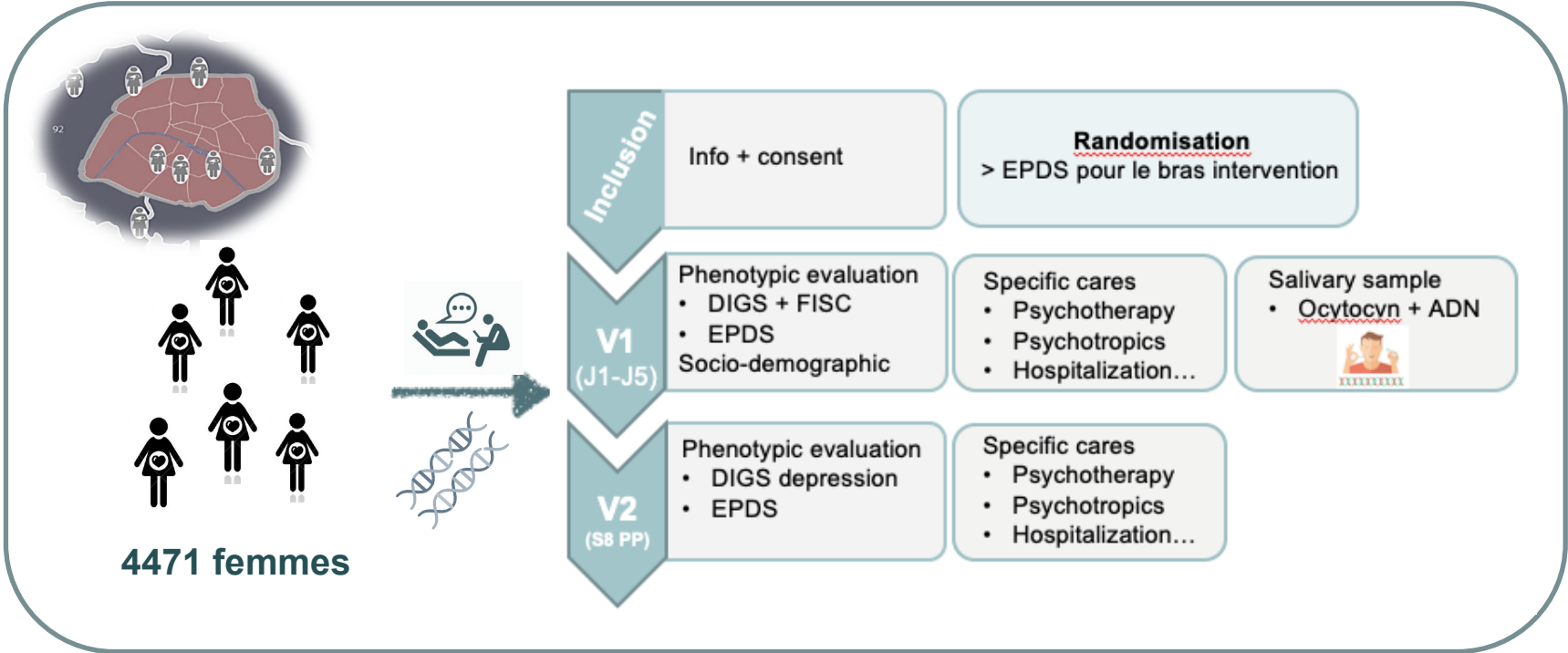


**8 Sem
Post-Partum**



Dépression ?

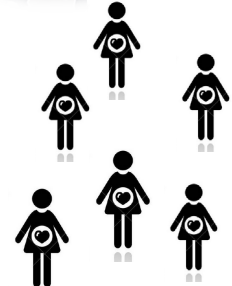
PREVIDEPP



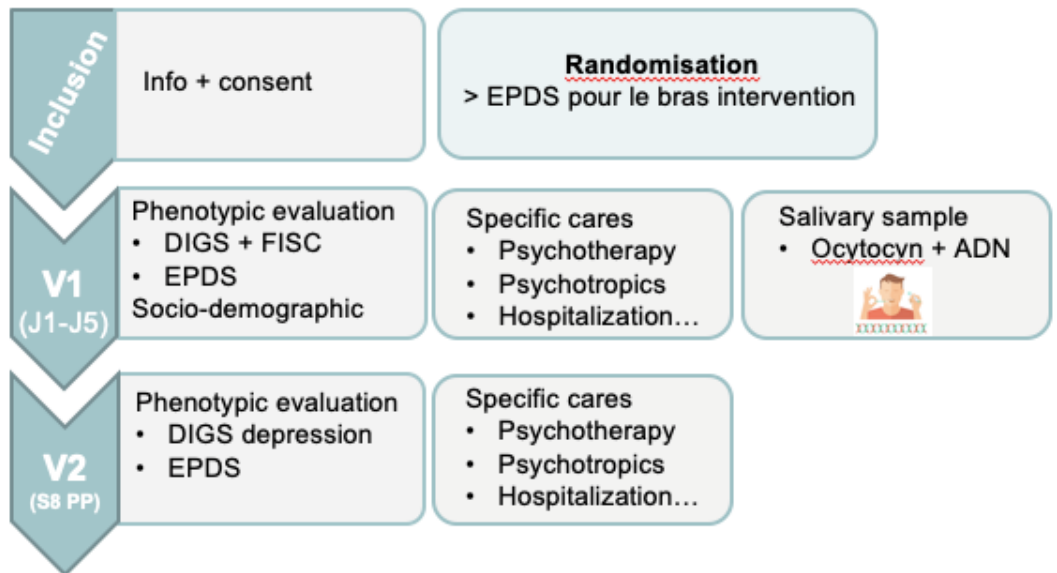
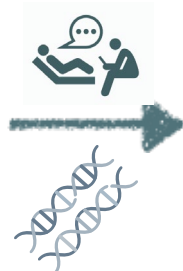
=> 23 inclusions / site / mois

PREVIDEPP

En l'absence de visite, les femmes peuvent être appelées pendant les deux premières semaines post-partum pour bénéficier de l'entretien téléphonique. En cas de non-réponse, l'évaluation de la dépression pendant la grossesse peut être faite lors de la deuxième visite de suivi.



4471 femmes



=> 23 inclusions / site / mois