

*Livre blanc*

# La dépression périnatale.

Comment la repérer et la prendre charge ?

---

A destination des acteurs de la périnatalité et des décideurs.

Rédigé par :  
Victoire Mulliez, Directrice Générale réseau Gynéc.  
Mélodie Hannart, Psychiatre Hôpital Robert Debré.

## **Introduction - les enjeux de la dépression périnatale.**

**p.04•07**

---

**p.05•06** Période périnatale : un moment de vulnérabilité pour la femme et son entourage

---

**p.07** Les objectifs du livre blanc

## **Partie 1 - Caractériser la dépression périnatale.**

**p.08•13**

---

**p.09•10** Définition et description clinique

---

**p.11** Facteurs de risques

---

**p.12•13** Incidence et complications : toute une famille affectée par la DPP

---

Pour la femme enceinte ou jeune mère  
Pour le co-parent  
Pour l'enfant

## **Partie 2 - Soigner la dépression périnatale.**

**p.14•23**

---

**p.15** Une méconnaissance et acceptation sociétale de la santé mentale périnatale comme obstacles à la prise en charge

---

**p.16•19** Prévention

---

Moyens existants au cours du suivi périnatal  
Informer pour anticiper  
Soutenir  
Mesures hygiéno-diététiques  
La reprise du travail

---

**p.20** Ressources complémentaires

---

**p.21•23** Dépistage et prise en charge

---

Le dépistage : l'utilisation de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)  
La psychothérapie  
La pleine conscience ou mindfulness  
Les traitements médicamenteux  
Lieux de soins spécialisés

---

## **Partie 3 - 10 recommandations pour avancer.**

**p.24•26**

## **Annexes et bibliographie**

**p.28•31**

---

**p.28** Annexe 1 - Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS)

---

**p.29** Annexe 2 - Parcours de dépistage systématique de la DPN dans les centres Gynea

---

**p.30•31** Bibliographie - Rapports officiels, Sitographie, Articles scientifiques

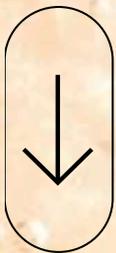
# Contributeurs et partenaires.

---

Texte



Gynea



Introduction

# Les enjeux de la dépression périnatale.

---

01 Période périnatale : un moment de vulnérabilité pour la femme et son entourage

---

02 Les objectifs du livre blanc

---

# La période périnatale

Un moment de vulnérabilité pour la femme et son entourage.

La période périnatale, qui englobe la grossesse, l'accouchement et l'année qui suit, est marquée par de profonds remaniements psycho-socio-biologiques pour les jeunes parents, en particulier pour la femme. C'est une phase de transition et de changement identitaire à tous les niveaux, ce qui en fait un moment de vulnérabilité importante pour la future ou jeune mère, notamment sur le plan psychique.

## La dépression périnatale concerne **15 à 20% des femmes.**

Il s'agit de la complication périnatale maternelle la plus fréquente, mais elle peut également concerner le co-parent, voire impacter le bon développement social, émotionnel et cognitif de l'enfant. Dans les cas les plus extrêmes, elle peut conduire au suicide maternel, première cause de mortalité maternelle dans l'année qui suit l'accouchement.

La dépression périnatale est donc bien un **enjeu majeur de santé publique**, et plusieurs propositions en matière de santé périnatale maternelle et infantile ont été faites en ce sens.

*Le Rapport de la commission des 1000 premiers jours (2020) souligne la nécessité de soutenir les environnements dits "vulnérables", particulièrement durant les 1000 premiers jours de la vie d'un individu, qui débutent dès la vie intra-utérine. La dépression périnatale maternelle est considérée comme un facteur de risque d'environnement vulnérable. Il est donc essentiel de pouvoir la dépister et la traiter de manière adaptée le plus précocément possible, non seulement pour la femme mais également pour son bébé, afin de tenter d'infléchir positivement les futures trajectoires de vie de ces familles.*

D'après le 7e rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (2023), la dépression périnatale est l'un des principaux facteurs de risque de suicide maternel. **De plus, il est conclu que 90% des décès maternels par suicide seraient évitables par une amélioration des soins : un meilleur repérage et une coordination des soins renforcée.**

Trois messages clés sont donc à retenir :



“Les facteurs de risque, personnels et familiaux, de dépression périnatale devraient être recherchés tout au long du suivi de la grossesse et du postpartum.”



“L'implication de tous les acteurs de soins au contact des femmes pendant la grossesse et l'année qui suit l'accouchement dans le dépistage des symptômes de troubles mentaux est nécessaire, par l'interrogatoire et en s'aidant d'outils standardisés comme l'Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS).”



“Il est nécessaire d'informer les femmes enceintes, leur entourage, ainsi que le grand public, des signes de dépression périnatale, de leur fréquence et de l'importance de consulter rapidement en cas de symptômes.”

Enfin, la Haute Autorité de Santé considère la **santé mentale périnatale** comme un **sujet prioritaire** et en fait sa promotion via plusieurs programmes de *Promotion de la santé mentale* (débuté en 2013, troisième programme jusqu'en 2030). Une note de cadrage a également été éditée en 2020 concernant le *Repérage, le diagnostic et la prise en charge des troubles psychiques périnatales*. Le projet est de donner lieu à des recommandations de bonne pratique en matière de santé mentale périnatale.

La dépression périnatale est certes une maladie fréquente et grave, mais qui se soigne. Il semble donc essentiel de mieux sensibiliser et former les professionnels de santé en contact avec les femmes enceintes et/ou les jeunes mères afin d'améliorer le repérage de la dépression périnatale, l'organisation des soins spécifiques, pour réduire la prévalence de la dépression périnatale et diminuer ses conséquences multiples. La mise en place pratique, harmonisée d'une meilleure prise en charge de la dépression périnatale reste un travail en cours.

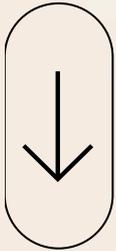
L'objectif du livre blanc est de sensibiliser tous les acteurs de la périnatalité, en les fédérant autour d'une même culture de la santé mentale.

Renforcer les propositions de parcours de soins en santé mentale périnatale est une nécessité pour lutter efficacement contre la dépression périnatale et soutenir le bon état de santé mentale des jeunes familles.

Pour participer à l'amélioration de l'état de santé psychique des populations maternelles et infantiles, **ce livre blanc propose de :**

**Documenter** par la littérature l'essentiel à propos de la dépression périnatale ;

**Promouvoir** l'innovation pour mieux dépister et prendre en charge la dépression périnatale.



Partie 1

# Caractériser la dépression périnatale.

---

01 Définition et description clinique

---

02 Facteurs de risques

---

03 Incidence et complications : toute une famille affectée par la DPP

---

# Définition

## et description clinique.

La dépression périnatale est un **épisode dépressif caractérisé**, survenant au cours de la grossesse ou dans l'année qui suit l'accouchement. Elle touche environ une femme sur cinq.

On observe deux pics d'incidence :

- un précoce vers deux mois postnataux
- un plus tardif, vers les 6e - 7e mois de vie du bébé.

Une attention particulière doit être portée à la distinction entre le baby-blues et la dépression du post-partum, qui est surtout clinique. Le baby blues est un trouble de l'humeur lié à la chute hormonale physiologique post-accouchement. Cet état est majoritaire car il concerne 50 à 70 % des femmes. Le plus souvent, il est caractérisé par des pleurs sans raison évidente voire des crises de larmes, une irritabilité, des troubles du sommeil et la crainte de ne pas être capable de s'occuper de son bébé.

A la différence d'un épisode dépressif, le baby blues est transitoire et ne dure pas plus de quelques jours, il apparaît tôt après l'accouchement entre J2 et J5, les symptômes sont peu intenses. La femme continue de répondre aux besoins de son bébé et est sensible à la réassurance apportée par son entourage et les professionnels.

Le baby blues est un épisode ordinaire, sans gravité et spontanément résolutif, sans pour autant le banaliser ni le minimiser. Un baby blues qui s'installe peut évoluer vers une dépression du post-partum, dont la prise en charge est nécessaire.

Les symptômes d'une dépression périnatale sont ceux d'un épisode dépressif caractérisé :

- ⇒ Tristesse de l'humeur,
- ⇒ Perte d'intérêt, de plaisir,
- ⇒ Perte ou gain de poids,
- ⇒ Insomnie ou hypersomnie,
- ⇒ Agitation ou ralentissement psychomoteur,
- ⇒ Fatigue ou perte d'énergie,
- ⇒ Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive,
- ⇒ Troubles cognitifs,
- ⇒ Idées noires ou suicidaires.

Le diagnostic est posé lorsque **cinq de ces symptômes sont présents tous les jours** pendant au moins deux semaines et altèrent le fonctionnement de la personne de manière significative (DSM-5, American Association of Psychiatry, 2022).

Il existe des spécificités cliniques propres à la période périnatale.

### **Chez la femme, elles peuvent se manifester par :**

- ⑤ Tristesse avec un sentiment de découragement et d'incapacité concernant la fonction maternelle.
- ⑤ Plaintes somatiques insistantes.
- ⑤ Anxiété importante, qui peut se caractériser par :
  - Pensées intrusives, des phobies d'impulsion, notamment la crainte de faire du mal à son bébé,
  - Inquiétudes centrées sur le bébé : état d'hypervigilance prolongée envers l'enfant, peur constante de la maladie ou de la mort de son enfant.
- ⑤ Culpabilité importante avec minimisation des troubles voire dissimulation à l'entourage.
- ⑤ Troubles des interactions mère / bébé : difficulté à s'occuper de son bébé, soins réalisés de manière mécanique.

### **Chez le bébé, ces spécificités peuvent prendre les formes suivantes :**

- ⑤ Troubles du comportement : agitation ou apathie.
- ⑤ Troubles fonctionnels : sommeil, alimentation, etc.
- ⑤ Retard du développement psychomoteur.
- ⑤ Pathologies médicales à répétition telles que des coliques.

La dépression maternelle reste bien sûr un diagnostic d'élimination mais doit être évoquée devant l'absence d'étiologie pédiatrique retrouvée chez le bébé.

# Les facteurs de risque.

Le risque de dépression périnatale est corrélé à la présence de facteurs de risque, qui sont cumulables et augmentent d'autant plus le risque de dépression chez la femme.

## On retrouve comme facteurs de risque de dépression périnatale :

- Antécédents psychiatriques maternels, notamment la dépression, et familiaux ;
- Primiparité ou un âge maternel extrême (précoce ou à l'inverse avancé) ;
- Grossesse difficile : grossesse non désirée, survenue d'événements de vie négatifs durant la grossesse, pathologie de la grossesse, pathologie foetale, parcours de procréation médicalement assistée, anxiété durant la grossesse ;
- Accouchement traumatique ;
- Allaitement difficile ;
- Précarité socio-économique, marquée par les revenus, le type d'hébergement, le niveau d'instruction, un historique de migration, des antécédents de violences (physiques, psychologiques, sexuelles) ;
- Isolement social : manque de soutien du co-parent, de l'entourage, situation de monoparentalité.

A noter que certains moments de vie sont aussi plus à risque de dépression périnatale pour la femme, comme par exemple la période de la reprise du travail. Cette phase de transition est marquée par une accumulation de fatigue, la mise en place de la garde et donc la séparation d'avec son bébé et un monde professionnel qui ne s'adapte pas toujours au rythme des jeunes parents. L'exigence de conciliation entre les organisations familiale et professionnelle associée à l'image idéalisée de la jeune mère capable de tout mener de front, peut s'accompagner d'un sentiment de surmenage et / ou de culpabilité. Le risque d'effondrement thymique apparaît au bout de quelques semaines après la reprise du travail, et correspond au deuxième pic d'incidence de la dépression du post-partum. C'est donc un moment clé qui mérite une réelle attention de la part des professionnels de santé pour les jeunes mères.

# Incidence et complications

toute une famille affectée par la dépression périnatale.

La dépression périnatale ne touche pas seulement la future ou jeune mère, l'ensemble de la famille peut être affectée, et son incidence peut être fortement ressentie.

## 3.1. La femme enceinte et/ou jeune mère

La dépression périnatale maternelle a une incidence immédiate sur le quotidien de la femme. Dans cette période de grande transition qu'est l'arrivée d'un enfant, elle peut souffrir d'une perte importante d'estime d'elle-même, entre autres dans sa nouvelle fonction maternelle, et d'un manque d'épanouissement dans différents domaines de sa vie - familial, professionnel, social... De plus, la dépression périnatale peut se compliquer, et est potentiellement mortelle : le suicide est la première cause de mortalité maternelle dans l'année qui suit l'accouchement. En moyenne, une femme par mois se suicide dans l'année postnatale. Et comme mentionné précédemment, ces décès maternels par suicide sont considérés comme évitables dans 90% des cas par une amélioration des soins.

## 3.2. Le co-parent

Le co-parent peut aussi être concerné par la dépression périnatale. Seule la dépression paternelle est à ce jour étudiée, **elle concerne 8 à 10 % des pères**. Comme pour la mère, des facteurs de risque de dépression périnatale existent pour les pères, et sont aussi cumulables.

Ceux-ci sont :

- Dépression chez la mère,
- Antécédents de dépression,
- Événements de vie négatifs (deuil, perte d'emploi...),
- Conflits au sein du couple,
- Manque de soutien social.

Les signes cliniques sont ceux d'un épisode dépressif caractérisé, mais des particularités sémiologiques existent. En outre, il est reconnu pour les hommes une moins grande habitude à verbaliser une plainte, à demander de l'aide voire à l'accepter.

**Ces symptômes sont identifiés comme :**

-  Irritabilité,
-  Perte de confiance en soi et en ses capacités parentales,
-  Plaintes physiques : céphalées, lombalgies, troubles du sommeil, troubles de l'appétit,
-  Manque d'intérêt pour s'occuper de l'enfant ou des tâches familiales,
-  Envie fréquente de s'absenter du domicile,
-  Augmentation de la consommation d'alcool et/ou de tabac,
-  Troubles du comportement : impulsivité voire violence.

Enfin, tout comme la dépression maternelle, la dépression périnatale paternelle représente un facteur de risque pour le bon développement global de l'enfant.

**3.3. L'enfant**

L'exposition à la dépression périnatale est considérée comme un facteur de risque pour le développement psychique, émotionnel, cognitif et social de l'enfant. Il est donc essentiel de dépister et de prendre en charge le plus précocement possible et de manière efficace la dépression périnatale parentale pour garantir au bébé un environnement le plus disponible possible pour répondre à ses besoins.



## Partie 2

# Prendre en charge la dépression périnatale.

---

01 Une méconnaissance et acceptation sociétale de la santé mentale périnatale comme obstacles à la prise en charge

---

02 Prévention

---

03 Ressources complémentaires

---

04 Dépistage et prise en charge

---

# Une méconnaissance

et acceptation sociétale de la santé mentale périnatale comme obstacles à la prise en charge.

Le repérage d'une dépression périnatale peut faire face à plusieurs obstacles.

L'arrivée d'un enfant étant communément considérée comme un événement heureux avec une certaine idéalisation de la parentalité, les femmes enceintes ou jeunes mères peuvent ressentir de la culpabilité à l'idée de se sentir en difficulté et de s'autoriser à l'exprimer. Certains symptômes comme la fatigue ou la fluctuation de l'appétit sont des expériences ordinaires de grossesse, ce qui peut rendre le diagnostic de dépression périnatale complexe. De plus, la stigmatisation des troubles mentaux, surtout durant cette période de la vie, et la peur d'éventuels effets tératogènes d'un traitement sur le fœtus, peuvent limiter l'expression d'un mal-être de la part des parents, ainsi que le repérage et la prise en charge adéquates.

Même si les difficultés propres à cette période si particulière semblent évidentes, elles ne sont pas encore réellement admises d'un point de vue sociétal. Pour toutes ces raisons, il n'est donc pas rare qu'un diagnostic de dépression périnatale soit retardé voire non établi.

# Prévention

## de la dépression périnatale.

Des mesures préventives efficaces peuvent être mises en place.

### **2.1. Moyens existants au cours du suivi périnatal**

Il existe plusieurs dispositifs en parallèle du suivi habituel de grossesse et du post-partum, qui sont de réelles occasions de repérage des facteurs de risque de dépression périnatale :

- Entretien prénatal précoce durant la grossesse : temps d'échange dédié à l'information et l'évaluation globale de la situation de vie de la femme et/ou du couple parental ;
- Entretien postnatal précoce quelques semaines après l'accouchement : moment propice de dépistage de la présence de facteurs de risque de dépression du post-partum. A noter qu'un deuxième entretien postnatal peut être proposé, entre la dixième et la quatorzième semaine qui suit l'accouchement, afin de poursuivre l'accompagnement si nécessaire ;
- Séances de préparation à la naissance et la parentalité : temps d'échange permettant également de repérer la présence de vulnérabilité psychique ;
- Projet de naissance : inciter la future mère et/ou les futurs parents à la rédaction d'un projet de naissance permet d'entamer une réflexion sur l'accueil du bébé, et de mieux appréhender les possibles difficultés qui seront rencontrées ;
- Sage-femme référente : dispositif proposé depuis 2021, qui permet une meilleure coordination des soins et une continuité du suivi de la femme enceinte puis en post-partum. C'est aussi une manière de mieux repérer les vulnérabilités psychiques des femmes. La promotion de ce dispositif ainsi que l'allègement des contraintes de déclaration et la valorisation de l'acte sont des vecteurs de généralisation de cet accompagnement.

Ces différents entretiens médicaux sont autant d'occasions de repérer les facteurs de vulnérabilité maternelle. Continuer à diffuser largement leur utilisation et leur mise en place auprès d'un maximum de femmes et de couples est une première mesure préventive avec un réel impact de prévention du risque de dépression périnatale.

### **2.2. Informer pour anticiper**

En complément de ces échanges avec les professionnels de santé, il est fortement recommandé aux futurs parents de continuer à s'informer et à échanger avec leur entourage afin d'anticiper les besoins propres à leur future famille. Lever le tabou sur les difficultés potentielles rencontrées au cours de la période périnatale est l'une des mesures clés de la prévention de la dépression périnatale, en incitant les futurs et jeunes parents à anticiper au mieux ces moments grâce à la mise en place des ressources nécessaires.

## 2.3. Soutenir

### Les congés de naissance :

En plus du congé maternité d'une durée totale de 16 semaines dont 10 post-natales, le congé paternité pour le co-parent est une mesure essentielle de soutien. Le congé paternité peut être pris par le co-parent dans les 6 mois qui suivent la naissance. Il peut être utile de s'interroger en couple sur le moment le plus opportun pour le prendre, selon l'organisation familiale. Il peut par exemple être décidé de le prendre à la naissance de l'enfant, afin d'accueillir l'enfant à deux, de se relayer et de développer ensemble les compétences parentales nécessaires en terme de soins quotidiens pour son bébé (alimentation, change, portage, accompagnement des pleurs, rendez-vous médicaux, etc.). Cela permet d'éviter l'isolement de la mère avec son bébé au quotidien, de s'impliquer à deux dès la naissance et de renforcer l'égalité femme-homme, tant dans la sphère privée que la sphère professionnelle. Le couple peut aussi décider que les parents prendront leur congé l'un après l'autre afin de retarder le début de la garde de leur bébé par un tiers.

### Le soutien social :

Impliquer l'entourage familial et amical dès que possible durant la grossesse puis le post-partum est une autre manière de lutter contre l'isolement de la femme enceinte et/ou jeune mère. Demander de l'aide, solliciter un soutien émotionnel, mettre en place des relais pour les soins du bébé, la gestion du quotidien et l'intendance familiale lorsque c'est possible est primordial. Cela permet d'éviter l'épuisement maternel et par là de prévenir la dépression du post-partum.

Le soutien social passe aussi par des groupes d'entraide : le partage d'expérience entre femmes enceintes puis entre jeunes mères ou jeunes parents permet de se sentir moins isolé et est reconnu pour avoir un effet très bénéfique quant à la sensation de soutien générée. L'aide professionnelle comme les lieux d'accueil enfant-parent (LAEP), réservés aux enfants de moins de 6 ans, offre un espace de soutien social, à la fois de socialisation pour les enfants par le jeu et un espace de parole pour les parents.

## 2.4. Mesures hygiéno-diététiques

### Etablir une routine :

Dans cette période de grands changements à tous points de vue, établir une routine dès la grossesse, durant le congé maternité par exemple, puis en post-partum avec son bébé permet d'apporter un sentiment de stabilité et de contribuer à l'équilibre psychique.

### Prioriser le sommeil :

La période du post-partum avec l'accueil d'un nouveau-né sera nécessairement synonyme de manque de sommeil pour les jeunes parents. Etant donné que la qualité du sommeil joue un rôle essentiel dans le bien-être psychique et qu'à l'inverse la privation de sommeil dans la durée est fortement liée à l'apparition de symptômes thymiques (anxiété, irritabilité, labilité émotionnelle...), il est vivement recommandé de privilégier tout comportement priorisant et favorisant le sommeil des parents (sieste en journée, se coucher tôt, éviter l'exposition aux écrans la nuit...).

**Favoriser une alimentation saine équilibrée :**

Il est connu qu'un régime alimentaire de type traditionnel (méditerranéen), riche en légumes, légumineuses, oméga 3, pauvre en aliments transformés et en sucres est une mesure préventive efficace de la symptomatologie dépressive. De plus, en période périnatale, une alimentation équilibrée et variée favorise particulièrement une bonne récupération post-accouchement.

**Pratiquer une activité physique régulière adaptée :**

De manière générale, la pratique régulière d'activité physique et la lutte contre la sédentarité participe à la lutte contre le risque de dépression. Dans le cas de la grossesse, l'activité physique adaptée permet une meilleure adaptation aux modifications corporelles liées à la grossesse, diminue la fatigue et l'anxiété et par là diminue le risque de dépression. Il en est de même pour la période postnatale, en particulier après avoir effectué la rééducation abdominale et périnéale.

Ces conseils sont d'autant plus difficiles à appliquer pour les femmes les plus vulnérables, qui sont plus à risque de dépression périnatale et pour qui la stabilité d'hébergement, l'accès à une alimentation équilibrée ou encore à une activité physique régulière sont autant d'enjeux, avec régulièrement un isolement social qui majore le risque de dépression périnatale. Il est d'autant plus utile d'être vigilant à ces situations vulnérables où les mesures préventives sont limitées.

**2.5. La reprise du travail**

La période de la reprise du travail pour les femmes en activité professionnelle attire particulièrement notre attention car c'est un moment à risque de dépression du post-partum. Des mesures préventives peuvent être mises en place et limiter ainsi le risque de surmenage voire de dépression du post-partum.

La reprise du travail pour la jeune mère est un moment important pour les membres de la famille car elle nécessite une adaptation à un nouveau rythme pour chacun. De plus, l'organisation qui incombe à la femme de concilier les exigences professionnelles et les besoins liés à la parentalité, majore la charge ressentie. Ce double défi, s'il n'est pas anticipé et bien accompagné, peut devenir un facteur de risque de dépression périnatale. Il est donc fortement recommandé d'anticiper la reprise du travail.

La femme peut s'interroger sur la manière dont elle se projette dans les premiers mois de vie de son bébé, afin de se poser les questions en amont, d'anticiper et de limiter les difficultés ressenties. De plus, aborder la question de la reprise du travail avec l'entourage et en particulier avec le co-parent peut être réellement utile pour les impliquer dans la préparation de la nouvelle organisation familiale.

Enfin, réfléchir au mode de garde souhaité pour le bébé, et ce dès que possible avant la naissance, est aussi une réflexion essentielle qui va dicter l'organisation familiale.

Se poser la question d'ajuster le rythme de travail voire de différer le retour au travail peut être nécessaire dans certaines situations. Une reprise progressive et adaptée, en concertation avec l'employeur, peut être un levier essentiel pour préserver la santé mentale de la jeune mère. Cela est rendu possibles de plusieurs façons :

- Reporter une partie du congé prénatal maternité en post-partum ;
- Poser des jours de congés payés non pris durant la période périnatale ;
- Enfin, prendre un congé parental d'éducation est un droit que l'employeur ne peut refuser. Il peut être pris à temps partiel ou à temps plein, donne lieu à la prestation partagée d'éducation versée par la Caisse d'Allocation Familiale (CAF), et peut être pris jusqu'aux 3 ans de l'enfant.

De même, en cas d'allaitement, des aménagements spécifiques sont possibles : réduction du temps de travail pour l'allaitement, possibilité d'avoir une salle dédiée pour tirer son lait.

*Toutes ces mesures sont autant de leviers préventifs pour éviter la sensation de surmenage qui pourrait mener à un épisode dépressif.*

# Ressources

## complémentaires.

Prévenir le risque de dépression périnatale passe par le recours à d'autres ressources que celles de l'entourage et de l'environnement professionnel. Des structures de proximité spécialisées en périnatalité existent (centres de protection maternelle et infantile, réseaux de santé périnatale, maisons des 1000 jours...), essentiels pour venir en soutien aux jeunes parents et en particulier aux mères. Ces structures proposent des solutions d'orientation, délivrent des informations concernant la parentalité, et mettent en place des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants. Des dispositifs d'aide à domicile peuvent également être proposés aux parents. Ils reposent sur l'intervention à domicile d'une Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale (TISF).

Des ressources en lignes complémentaires existent également, donnant facilement accès à l'information recherchée, tels que les sites internet de la CPAM, de la CAF et des 1000 jours. Ils sont de source officielle, garantissant l'exactitude des informations présentées. Enfin, certaines associations peuvent aussi être d'un grand soutien et adaptées à la situation dans laquelle peut se trouver la femme : difficulté maternelle, enfants jumeaux ou multiples, parentalité gay ou lesbienne, etc. L'ensemble des ressources complémentaires présentées sont répertoriées en annexe de ce livre blanc.

# Dépistage

et prise en charge de  
la dépression périnatale.

## **4.1. Le dépistage : l'utilisation de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).**

Les professionnels de santé intervenant dans le champ de la périnatalité sont en première ligne du repérage des femmes enceintes et/ou jeunes mères en situation de vulnérabilité psychique.

Comme tout dépistage, il n'est possible que si l'on est en capacité de proposer une solution d'aval en cas de facteurs de risque de dépression périnatale repérés. C'est pourquoi dans un premier temps, identifier les ressources locales et les relais possibles pour une orientation vers des soins spécialisés, est nécessaire. Pour cela, les réseaux de périnatalité aident en mettant à disposition un annuaire de professionnels. Les réseaux de périnatalité d'Ile-de-France sont listés en annexe de ce livre blanc.

Dans un deuxième temps, être sensibilisé et se former aux questions de santé mentale périnatale afin de gagner en aisance dans leur dépistage, est aidant. Concernant le dépistage de la dépression périnatale, l'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) est un outil majeur sur lequel s'appuyer. En plus de l'évaluation clinique, l'EPDS est un auto-questionnaire simple d'utilisation qui permet au professionnel de santé d'identifier un risque de dépression périnatale chez la femme. C'est un outil psychométrique, validé en pré et postnatal, facilement accepté par les femmes, qui permet de repérer l'existence de symptômes dépressifs au cours de la semaine qui vient de s'écouler et d'évaluer le risque de dépression périnatale. Il est constitué de 10 items, chacun coté sur 3, qui permet d'établir un score total sur 30. En cas de score supérieur ou égal à 12, qui indique un risque de dépression périnatale, une orientation vers un spécialiste (psychologue et/ou psychiatre) pour un avis diagnostic sera proposée.

*L'EPDS est un outil qui peut compléter l'évaluation clinique et la confirmer. En pratique, en cas d'EPDS dit "négatif" (inférieur à 12) avec un doute sur une dépression, une orientation vers un professionnel spécialisé est justifiée et nécessaire. L'EPDS ne se substitue jamais à l'évaluation clinique.*

L'utilisation de l'EPDS peut aussi permettre de systématiser le dépistage de la dépression périnatale, à des moments clés du suivi périnatal tels que :

- **Pendant de la grossesse :**
  - Entretien prénatal précoce,
  - Au moindre doute afin de compléter l'évaluation clinique ;
- **Pendant le post-partum :**
  - Entretien postnatal précoce,
  - Au moindre doute afin de compléter l'évaluation clinique.

*Le Collège National des sages-femmes a publié en 2022 des recommandations sur l'Entretien Postnatal Précoce afin de donner des repères pour la pratique clinique et standardiser la qualité de ce temps d'échange.*

Les moments de dépistage et d'échange sur la santé mentale des mères sont multiples chez Gynea, d'autant que l'EPDS est un outil bien accepté et facile d'utilisation pour la patiente. En tant que professionnel de santé, l'utilisation de l'échelle permet de normaliser le dépistage, sans stigmatiser pour les futures et jeunes mères. Pour introduire l'auto-questionnaire auprès des patientes, Gynea a pris le parti de le présenter comme :

- une occasion d'échanger à propos la santé mentale périnatale,
- un auto-questionnaire systématique sans distinction,
- un auto-questionnaire permettant une bonne orientation vers des professionnels de santé spécialisés et d'autres ressources si besoin.

Expliciter la démarche crée un climat favorable de discussion et renforce la confiance entre le patient et le professionnel de santé.

## **4.2. La psychothérapie**

La période périnatale est particulièrement propice à la mise en place d'une psychothérapie qui est en général bien acceptée par les patientes. La psychothérapie est le traitement de première intention de la dépression périnatale de faible intensité. Elle peut aussi être mise en place en complément d'un traitement médicamenteux. Parmi les psychothérapies existantes et validées dans la période périnatale, on retrouve : la thérapie comportementale et cognitive, la thérapie interpersonnelle, les thérapies psycho-corporelles type hypnose et EMDR (traitement de référence du trouble du stress post-traumatique), la thérapie psychodynamique ou d'inspiration analytique et la thérapie systémique ou familiale.

Il est donc utile d'orienter les femmes vers des lieux de soins où un psychologue est présent : service de maternité, CMP, centre de PMI, unité parent-bébé... De plus, la psychothérapie est aussi devenue plus accessible en libéral grâce au nouveau dispositif Mon Soutien Psy : 12 séances avec un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie sont remboursées à hauteur de 50 euros durant une année civile.

### **4.3. La pleine conscience ou mindfulness**

La pratique de la pleine conscience est une forme de méditation, permettant de se réapproprier ses émotions et les sensations de son corps en y étant pleinement présent. Elle est validée dans le contexte périnatal et aide à diminuer l'anxiété ressentie par les femmes enceintes et jeunes mères, comme en atteste le programme de Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) aux Etats-Unis.

### **4.4. Les traitements médicamenteux**

La dépression périnatale peut nécessiter la prescription d'un traitement antidépresseur, éventuellement accompagné d'un traitement anxiolytique, prescrit par un professionnel de santé qualifié.

Le centre de référence sur les agents tératogènes de l'hôpital Trousseau (CRAT) est l'outil de référence pour la prescription de traitement au cours de la grossesse et en post-partum. En tant que professionnel de santé, il est également possible de contacter directement le CRAT par courriel pour avoir un avis pharmacologique.

### **4.5. Lieux de soins spécialisés en périnatalité**

En cas de doute sur la présence d'une dépression périnatale ou en cas de dépistage mettant en évidence un risque de dépression périnatale, il est important d'orienter la femme vers un lieu de soin adapté. Voici une liste non exhaustive de lieux de soins spécialisés en périnatalité vers lesquels vous pouvez vous tourner :

- Durant la grossesse, la maternité est un lieu ressource qui peut proposer un suivi avec un psychologue voire un psychiatre ;
- Les services de protection maternelle et infantile (PMI) sont également un lieu ressource majeur de la périnatalité. Des consultations avec une psychologue y sont proposées ;
- Les centres médico-psychologiques (CMP) peuvent bénéficier d'une consultation spécialisée périnatalité ou petite enfance ;
- Les unités parents-bébé (UPB) sont des lieux qui proposent des prises en charge spécialisées en périnatalité pour les dyades voire triades. Les possibilités de soins vont de la consultation à l'hospitalisation mère-bébé en passant par l'hôpital de jour, selon les lieux ;
- Les réseaux de périnatalité sont présents dans toutes les régions et ont à disposition un annuaire des professionnels ainsi que de nombreuses ressources présentes sur le territoire de soin concerné ;
- Enfin à Paris, la Cellule d'Evaluation et d'Orientation en Santé Périnatale (CEOSP) peut être sollicitée par tout professionnel pour une aide à l'orientation d'une patiente vers les soins psychiques.



Partie 3

10  
recommandations  
pour avancer.

En complément des initiatives présentées tout au long de ce livre blanc, nous appelons à 10 mesures pour étendre les actions sanitaires en termes de prévention et de prise en charge de la santé mentale périnatale.

### **Mesure 1**

Consolider la sensibilisation et la formation des professionnels de santé intervenant dans le champ de la périnatalité au dépistage et à la prise en charge de la dépression périnatale, via des formations adaptées et l'adéquation de Mon Compte Formation avec les besoins spécifiques des professionnels de santé salariés.

### **Mesure 2**

Définir la dépression périnatale comme enjeu prioritaire au sein de la priorité nationale de la santé mentale, avec une déclinaison en mission socle dans les ACI des CPTS, et via la création de parcours gradués de prise en charge de la dépression périnatale au niveau territorial.

### **Mesure 3**

Renforcer le rôle des établissements de santé dans le parcours pré et postnatal en intégrant dans les éléments de certification des établissements le dépistage formalisé de la dépression du post-partum lors du séjour en maternité ainsi que l'incitation à la déclaration de sage-femme référente en prénatal et le relai postnatal vers une sage-femme identifiée durant le séjour ou vers la PMI selon le contexte et l'offre territoriale.

### **Mesure 4**

Rembourser à 100% l'entretien postnatal précoce et étendre son délai d'intervention jusqu'à un an en postnatal afin de couvrir la période de retour au travail ainsi que la période à risque de dépression périnatale.

### **Mesure 5**

Créer un numéro vert national pour les femmes enceintes ou en post-partum en difficultés psychologiques.

**Mesure 6**

Proposer l'élaboration de recommandations portées par les organisations scientifiques faisant autorité sur le sujet, concernant le repérage et l'orientation périnatale. Ces recommandations pourraient aussi porter sur la graduation des soins ou encore des arbres décisionnels d'orientation afin d'orienter le plus précocément possible et limiter l'errance et / ou la dégradation de l'état maternel.

**Mesure 7**

Réviser les décrets de périnatalité et diminuer le risque d'accouchement traumatique pour améliorer les conditions de la naissance en France, en développant les alternatives à l'accouchement standardisé en maternité, en garantissant le respect et la sécurité de tous les modes d'accouchement et en privilégiant le soutien continu lors de l'accouchement.

**Mesure 8**

Renforcer le rôle des sages-femmes dans la prévention de la dépression périnatale, aux côtés des médecins, gynécologues et pédiatres de ville, en première ligne dans le repérage et l'orientation vers des structures d'appui et professionnels spécialisés en instaurant des temps de coordination standardisés et valorisés, éventuellement via la ROSP.

**Mesure 9**

Valoriser les collaborations entre le champ médical et social, en améliorant la lisibilité des offres et en formalisant des temps d'échange entre professionnels du cercle de soins élargi des patientes, via le renforcement des liens entre libéraux, établissements de santé, et structures de ville (PMI, LAEP, TISF, CPTS, CLS...).

**Mesure 10**

Lutter contre les inégalités, la précarité et l'isolement familial via un grand plan national de soutien aux familles avec un focus sur la période périnatale et la première année dans la continuité des 1000 premiers jours.



Conclusion

# Annexes & Bibliographie.

## Fiche de questionnaire de l'Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS).

Il s'agit d'un auto-questionnaire composé de 10 questions visant à pré-évaluer le niveau de difficulté maternelle ressenti dans le but de dépister une dépression périnatale. Cet auto-test de dépistage ne peut servir de diagnostic mais est considéré comme élément suffisamment sensible pour avoir une première approche ou un premier constat de l'état psychologique.

Vous venez d'avoir un bébé.  
Nous aimerions savoir comment vous vous sentez.

*Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en entourant le chiffre correspondant à la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est à dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui.*

### PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER :

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

- 0 Aussi souvent que d'habitude
- 1 Pas tout à fait autant
- 2 Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- 3 Absolument pas

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

- 0 Autant que d'habitude
- 1 Plutôt moins que d'habitude
- 2 Vraiment moins que d'habitude
- 3 Pratiquement pas

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

- 0 Non, pas du tout
- 1 Presque jamais
- 2 Oui, parfois
- 3 Oui, très souvent

**4) Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif.**

- 0 Non, pas du tout
- 1 Presque jamais
- 2 Oui, parfois
- 3 Oui, très souvent

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

- 3 Oui, vraiment souvent
- 2 Oui, parfois
- 1 Non, pas très souvent
- 0 Non, pas du tout

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

- 3 Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- 2 Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- 1 Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- 0 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.**

- 3 Oui, la plupart du temps
- 2 Oui, parfois
- 1 Pas très souvent
- 0 Non, pas du tout

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

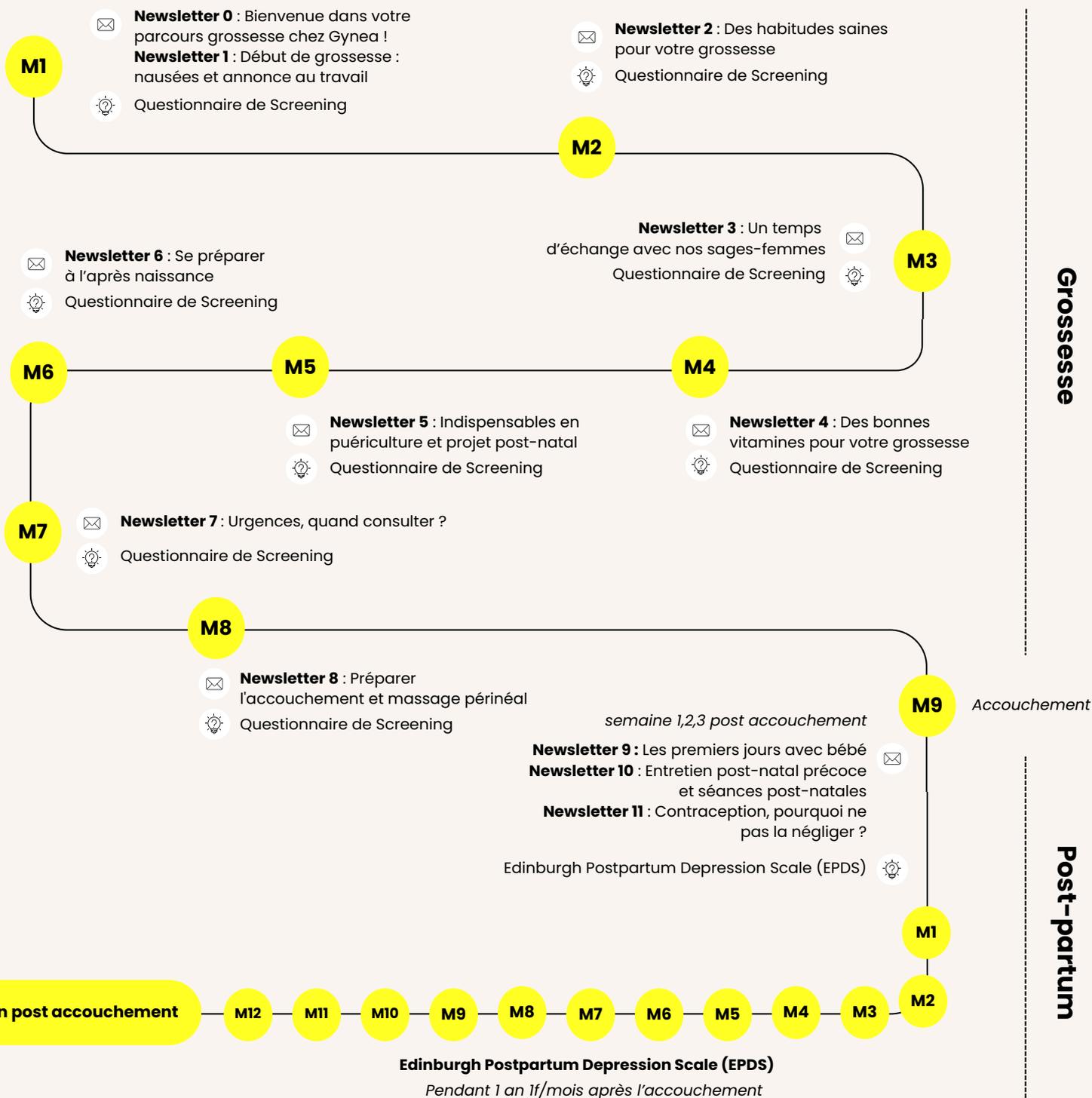
- 3 Oui, la plupart du temps
- 2 Oui, très souvent
- 1 Pas très souvent
- 0 Non, pas du tout

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

- 3 Oui, la plupart du temps
- 2 Oui, très souvent
- 1 Pas très souvent
- 0 Non, pas du tout

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

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



**Questionnaire de Screening**

Questions :

1. "Durant ces deux dernières semaines, vous êtes-vous déjà sentie déprimée ou sans espoir ?"
2. "Durant ces deux dernières semaines, avez-vous ressenti moins d'intérêt ou de plaisir dans vos activités quotidiennes ?"

Réponse possible : OUI ou NON

SI "OUI" → Envoi EPDS

**Score EPDS**

Questionnaire en annexe 1 page ...

Si score ≥ 12

↓

Orientation psychologue

**Rappel des RDV**

Chaque newsletter est composée d'un rappel des rendez-vous médicaux (consultations, échographies, entretien prénatal etc)

### **Rapports et documentation officiels**

- OMS. Mortalité maternelle, 22 février 2023. [Article accessible en ligne](#)
- Cour des Comptes. La santé des enfants, 9 février 2022. Accessible sur le site internet de la [Cour des Comptes](#)
- Martin, Pascale & Violland, Anne-Cécile. Rapport d'information déposé par la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la santé mentale des femmes, Rapport d'information n°1522, 11 juillet 2023. Accessible sur le site internet de [l'Assemblée nationale](#)
- Programme HAS de promotion de la santé mentale (2018-2023). Accessible sur le site internet de la HAS
- Rapport de la commission des 1000 premiers jours, septembre 2020. Accessible sur le site internet dédié
- Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles. 7e rapport, INSERM, avril 2024
- Note de cadrage de l'HAS, 2020. repérage, diagnostic et prise en charge des [troubles psychiques périnataux](#)
- Projet régional de santé 2023-2028 d'Ile-de-France. Accessible sur le site internet de [l'ARS IDF](#)
- Projets territoriaux de santé mentale (PTSM), 2020-2025. Accessible sur le site internet du [ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles](#)
- Santé Publique France. Parcours de périnatalité REPAP. [Accessible en ligne](#)
- Guide pratique entretien postnatal précoce, Collège National des Sage-Femmes de France, février 2024. [Accessible en ligne](#)

### **Sitographie (sites internet)**

- [Ameli - Activité Physique et Santé](#)
- [Ameli - Alimentation Adulte - Équilibre des Repas](#)
- [Ameli - Baby Blues et Dépression Post-Partum pendant la grossesse](#)
- [Ameli - Mon Soutien Psy](#)
- [Ameli - Santé Mentale et Maternité](#)
- [Ameli - Suivi Domicile après Accouchement](#)
- [Association des Parents et futurs parents Gays et Lesbiens \(APGL\)](#).
- [Association Maman Blues](#)
- [Association SuperMamans](#)
- [CRAT](#) : Centre de référence sur les agents tératogènes, Hôpital Trousseau
- [Fédération Jumeaux et plus](#)
- [Santé Publique France](#) : Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) : Programme de développement de la parentalité en lien avec la santé mentale périnatale

## Articles scientifiques

- Austin, M-P. Marcé International Society position statement on psychosocial assessment and depression screening in perinatal women. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2014. 28(1): p. 179-187.
- Botteman, H., Joly, L. Santé mentale périnatale en période de pandémie COVID-19 : protéger, dépister, accompagner [Perinatal mental health during COVID-19 pandemic: protect, screen, support]. La Presse Médicale Formation, 2021.
- Cena L, Mirabella F, Palumbo G, Gigantesco A, Trainini A, Stefana A. Prevalence of maternal antenatal and postnatal depression and their association with sociodemographic and socioeconomic factors: A multicentre study in Italy. *J Affect Disord*. 2021 Jan 15;279:217-221.
- Dagher, R.K., Bruckheim, H.E., Colpe, L.J., Edwards, E., White, D.B. Perinatal Depression: Challenges and Opportunities. *J Womens Health (Larchmt)*, 2021;30(2):154-159.
- Dayan, J., Andro, G. Dépression périnatale. In Dayan J, Andro G, Dugnat M. *Psychopathologie de la périnatalité*. 2e éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2014. p.143-183.
- ADuncan, L.G., Bardacke, N. Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Education: Promoting Family Mindfulness During the Perinatal Period. *J Child Fam Stud*, 2010 Apr;19(2):190-202.
- Earls, M.F., Yogman, M.W., Mattson, G., Rafferty, J. Incorporating Recognition and Management of Perinatal Depression Into Pediatric Practice. *Pediatrics*, 2019;143(1):e20183259.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Schanberg, S., Kuhn, C. Sleep disturbances in depressed pregnant women and their newborns. *Infant Behavior & Development*, 2007;30(1):127-133.
- Field, T. Paternal Prenatal, Perinatal and Postpartum Depression: A Narrative Review. *J Anxiety Depress*, 2018;1(1):102.
- Gavin, A., et al. Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res*, 2014. 215(2): p. 341-346.
- Goguikian Ratcliff, Betty, et al. "Dépression périnatale et complications obstétricales chez des migrantes primo-arrivantes à Genève," *Devenir*, vol. 27, no. 2, 2015, pp. 77-99.
- Goodman, S.H., Brand, S.R. Maternal depression and infant mental health. In: Zeanah, C., ed. *Handbook of Infant Mental Health*, 3rd Ed. New York, NY: Guilford, 2009.
- Gressier, Florence, et Anne-Laure Sutter-Dallay. "La dépression périnatale paternelle," Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal éd., *Accueillir les pères en périnatalité*. Cahier Marcé n° 7. Èrès, 2017, pp. 173-180.
- Gressier, Florence, Myriam Tabat-Bouher, Odile Cazas, Patrick Hardy. Dépression paternelle du post-partum : revue de la littérature. *La Presse Médicale*, Volume 44, Issue 4, Part 1, 2015, Pages 418-424.
- Guedeney N, Fermanian J, Guelfi JD, Kumar RC. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the detection of major depressive disorders in early postpartum: some concerns about false negatives. *J Affect Disord*. 2000 Dec;61(1-2):107-12.
- Laura E. Sockol, C. Neill Epperson, Jacques P. Barber. Preventing postpartum depression: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, Volume 33, Issue 8, 2013, Pages 1205-1217.
- Maître, Carole. Sport et grossesse : une nécessaire prescription. *Science & Sports*, 2013, 28 (2), pp.103-108.
- Martin, B. et St-André, M. "Dépression et troubles anxieux". In Ferreira, E., Martin, B., & Morin, C. (Eds.), *Grossesse et allaitement – Guide thérapeutique (2e éd.)* (p. 1017-1042). Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine, 2013.
- Milgrom, J., Gemmill, A.W., Bilszta, J.L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., et al. Antenatal risk for postnatal depression A large prospective study. *J Affect Disorders*, 2008 ; 108 : 147-157.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., Cooper, P. The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Dev.*, 1996;67:2512-26.
- Netsi, E., Pearson, R.M., Murray, L., Cooper, P., Craske, M.G., Stein, A. Association of Persistent and Severe Postnatal Depression With Child Outcomes. *JAMA Psychiatry*, 2018. 75(3): p. 247-253.
- Radauceanu, V. Demange, M.Grzebyk, S. Boini, D. Lafon, E. Goujon, F. Ralison, A.C. Gros, L. Huyghe, P. Pradeau, C. Breton. *Grossesse au travail : le retour au travail après un congé maternité*. Références en santé au travail, n°173, Mars 2023
- Ruth K. Ertmann, Bente K. Lyngsøe, Dagny R. Nicolaisdottir, Jakob Kragstrup & Volkert Siersma. Mental vulnerability before and depressive symptoms during pregnancy and postpartum: a prospective population-based cohort study from general practice. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2022.
- Sohrab Amiri & Sepideh Behnezhad. The global prevalence of postpartum suicidal ideation, suicide attempts, and suicide mortality: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health*, 2021.
- Sparling, T.M., Henschke, N., Nesbitt, R.C., Gabrysch, S. The role of diet and nutritional supplementation in perinatal depression: a systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 2017.
- Strøm M, Mortensen EL, Halldorson TI, Osterdal ML, Olsen SF. Leisure-time physical activity in pregnancy and risk of postpartum depression: a prospective study in a large national birth cohort. *J Clin Psychiatry*. 2009 Dec;70(12):1707-14.
- Tebeka S, Dubertret C. Dépression du post-partum. Moins de la moitié des patientes atteintes sont dépistées [Postpartum depression]. *Rev Prat*. 2016 Feb;66(2):211-215.

09.04.2025

# La dépression périnatale.

---

Livre blanc à destination des acteurs  
de la périnatalité et des décideurs.

Rédigé par :  
Victoire Mulliez, Directrice Générale réseau Gynea.  
Mélanie Hannart, Psychiatre Hôpital Robert Debré.