



HAL
open science

Adapter le parcours de soins prénatal par le repérage précoce d'un mal-être psychologique

Laure Dominjon, Mariela Skendi, Gladys Ibanez, Julie Chastang

► **To cite this version:**

Laure Dominjon, Mariela Skendi, Gladys Ibanez, Julie Chastang. Adapter le parcours de soins prénatal par le repérage précoce d'un mal-être psychologique. Santé Publique, 2021, Vol. 33 (2), pp.233-243. 10.3917/spub.212.0233 . hal-03761128

HAL Id: hal-03761128

<https://hal.sorbonne-universite.fr/hal-03761128v1>

Submitted on 21 Sep 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Titre : Adapter le Parcours de soins prénatal en fonction du repérage précoce d'un mal-être psychologique. Une étude pilote

Laure Dominjon, Mariela Skendi, Gladys Ibanez, Julie Chastang

Titre court : Santé mentale prénatale et parcours de soins – étude pilote

Rubrique de publication : Politiques, interventions et expertises en santé publique

Type de publication : Recherche originale

Résumé

Introduction – La prévalence du mal-être psychologique prénatal maternel est estimée à 10% et il semble être associé à une morbidité maternelle et infantile accrues. Cette étude pilote vise à évaluer l'impact d'un repérage précoce d'un mal-être psychologique sur le parcours de soins des femmes enceintes et leur santé mentale.

Méthodes – Une étude interventionnelle a été réalisée dans trois arrondissements parisiens et a comporté : un groupe de femmes enceintes bénéficiant d'un repérage systématique d'un mal-être psychologique au 1^{er} trimestre de grossesse par une question unique ; et un groupe de femmes enceintes suivies de façon classique. L'ensemble de ces femmes ont bénéficié d'un entretien téléphonique unique 8 à 12 semaines après leur recrutement afin d'évaluer leur santé mentale au 2^{ème} trimestre de grossesse et décrire leur parcours de soins.

Résultats – Trente-neuf femmes en mal-être psychologique au 1^{er} trimestre de grossesse ont été incluses. Les femmes du groupe intervention ont plus souvent bénéficié d'un entretien prénatal précoce (EPP) et ont eu plus fréquemment l'impression que leur prise en charge médicale avait amélioré leur bien-être psychologique. À l'inverse, celles du groupe sans intervention ont significativement moins parlé de leurs difficultés psychologiques, ont eu plus de difficultés à en parler, à réaliser la prise en charge lorsqu'elle était proposée ou à consulter pour celles-ci. Et aucune d'entre elles n'a bénéficié d'un EPP.

Conclusions – Le repérage précoce et systématique d'un mal-être psychologique par la question unique semblerait modifier positivement le parcours de soins et la santé mentale des femmes enceintes ayant un mal-être psychologique.

Mots-clés. – Mal-être psychologique, Grossesse, Soins primaires, Santé mentale, Déterminants sociaux de la santé, Parcours de soins.

Title : Impact of early screening for poor mental health on pregnant women care pathway

Abstract

Introduction. – The prevalence of prenatal poor mental health is estimated at 10% and it appears to be associated with increased maternal and child morbidity. This pilot study aims to assess the impact of early identification of prenatal poor mental health on the care pathway of pregnant women and on their mental health.

Methods - This interventional study was carried out in three districts of Paris and included two groups. The intervention group was composed of pregnant women whose screening for poor mental health consisted in systematically asking them, in the first trimester of pregnancy, a single question. The control group was composed of pregnant women monitored as usual. All of these women benefited from a telephone interview 8 to 12 weeks after their recruitment in order to assess their mental health in the 2nd trimester of pregnancy and describe their care pathway.

Results. – In the intervention group, women benefited from early prenatal interview more often and they felt that their medical care had improved their well-being during pregnancy more frequently ($p < 0.05$). Women in the control group found it harder to express their psychological difficulties, expressed them less frequently and had trouble with medical care follow-up when offered ($p < 0.05$).

Conclusions. – The early screening for poor mental health by a single question during pregnancy seems to positively change the care pathway of pregnant women with poor mental health. In addition, it could improve the well-being of pregnant women in the second trimester of pregnancy.

Keywords. – Poor mental health; Pregnancy; Primary Care; Mental health; Social determinants of health; Care pathway

Introduction

Contexte

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé mentale se définit comme « un état de bien-être permettant à l'individu de réaliser ses potentialités, de faire face au stress normal de la vie, d'accomplir un travail productif et de contribuer à la vie de sa communauté. » (1). Elle comporte trois dimensions : la santé mentale positive qui correspond au « bien-être psychologique » ou à « l'épanouissement personnel », la détresse psychologique réactionnelle induite par les situations éprouvantes ou les difficultés existentielles, et les troubles psychiatriques (2,3). Un mal-être psychologique regroupe ainsi plusieurs états psychologiques très différents allant d'un « non bien-être » à des troubles psychiatriques sévères. Les approches récentes en santé mentale recommandent de promouvoir le bien-être plutôt que de focaliser l'attention sur le traitement des troubles psychiatriques (3–5).

La grossesse représente un événement majeur dans la vie d'une femme, marquée par des changements émotionnels et physiques importants. Savoir évaluer l'existence d'un mal-être psychologique constitue un enjeu important au cours de la grossesse. D'une part, parce que le mal-être psychologique semble fréquent chez les femmes enceintes. En effet, en France, d'après les Enquêtes Nationales Périnatales (ENP) 2010 et 2016, près de 10% des femmes enceintes présenteraient un mal-être psychologique au cours de la grossesse. Cette prévalence pourrait être doublée voire triplée chez les femmes présentant des facteurs de vulnérabilités psychosociales. Parmi ces femmes, plus de 80% n'avaient pas consulté un professionnel de santé pour ces difficultés (2,6). D'autre part, un mal-être psychologique pourrait être associé à un moins bon suivi de la grossesse ainsi qu'à une morbidité physique et psychologique prénatale accrue pour la femme et l'enfant (2,7–9). De même, après la naissance, il pourrait être associé à des troubles émotionnels chez les parents, à des troubles relationnels entre les parents et l'enfant, et à des troubles du développement émotionnel et cognitif chez l'enfant (8–10). À titre d'exemple, en Grande-Bretagne, les décès maternels par suicide représentent près du quart des décès dans la première année du post-partum (deuxième cause de décès). D'après ce même rapport, le manque de repérage d'un mal-être psychologique ainsi que le manque de communication entre les acteurs de soins primaires et les services de maternité pourraient être liés à ces décès (11).

Actuellement, en France, il y a peu d'outils pour repérer un mal-être psychologique au cours de la grossesse. En effet, l'entretien prénatal précoce (EPP), mis en place à la suite du Plan Périnatalité 2005-2007, est actuellement réalisé chez seulement 28,5% des femmes enceintes (6). Et le dépistage d'une dépression n'est recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) qu'au 3^{ème} trimestre de grossesse sans suggestion d'outils spécifiques (12,13). Selon une étude récente (2017), la question unique « *Comment vous sentez-vous sur le plan psychologique au cours de cette grossesse?* » présenterait de bonnes propriétés psychométriques comme test de repérage d'un mal-être psychologique (14). Elle pourrait ainsi être posée précocement et systématiquement à toutes les femmes enceintes.

Hypothèses et objectifs de l'étude

Les hypothèses de ce travail sont qu'un repérage précoce et systématique d'un mal-être psychologique pourrait modifier le parcours de soins des femmes enceintes de façon bénéfique et qu'il pourrait *in fine* permettre une amélioration de leur santé mentale. Les objectifs principaux de cette étude pilote sont d'évaluer l'impact d'un repérage précoce et systématique d'un mal-être psychologique par la question unique sur le parcours de soins des femmes enceintes et leur santé mentale. Cette étude pilote précède une étude interventionnelle future et fait partie du projet Bien-Être dont le protocole a déjà été décrit précédemment (15).

Matériels et méthodes

Type d'étude et population concernée

Cette étude pilote, interventionnelle a été réalisée dans trois arrondissements (arr.) de Paris : 13^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} et a comporté deux groupes : un groupe de femmes enceintes bénéficiant d'un repérage précoce et systématique d'un mal-être psychologique au 1^{er} trimestre de grossesse par la question unique; et un groupe de femmes enceintes suivies de façon classique. Elle a été menée de mars 2019 à avril 2020.

La population étudiée était constituée de femmes, majeures, enceintes de 6 à 16 semaines d'aménorrhée (SA), parlant français couramment, souhaitant garder leur grossesse et résidant dans les 13^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements de Paris. Les femmes ayant eu une fausse couche spontanée (FCS) ou une interruption volontaire de grossesse ont été secondairement exclues.

Dans le 13^{ème} arrondissement, **groupe sans intervention**, une dizaine de professionnels de santé (médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues-obstétriciens) ont été invités à participer à l'étude. Ils devaient recruter des femmes enceintes répondant aux critères d'inclusion et poursuivre leurs soins de façon classique. La santé mentale n'était donc pas évaluée, systématiquement, en début de grossesse par les professionnels de santé. Toutes ces femmes ont été recontactées lors d'un entretien téléphonique unique 8 à 12 semaines après leur recrutement pour évaluer leur état de santé mentale au 1^{er} trimestre de grossesse (initial, de façon rétrospective) et au 2^{ème} trimestre de grossesse (au moment du recueil, final). Parmi toutes ces femmes, seules celles présentant un mal-être psychologique au 1^{er} trimestre de grossesse ont été incluses pour l'analyse de leur parcours de soins et de leur santé mentale finale. L'analyse descriptive de toutes les femmes initialement incluses dans ce groupe a fait l'objet d'un travail de recherche complémentaire.

Dans les 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements, **groupe avec intervention**, une vingtaine de professionnels de santé ont été invités à participer à l'étude. Ils devaient repérer précocement et systématiquement un mal-être psychologique au cours de la grossesse en utilisant la question unique de repérage « *Comment vous sentez-vous*

sur le plan psychologique au cours de cette grossesse? », chez l'ensemble de leurs patientes enceintes. En cas de mal-être psychologique et d'accord de participation, les femmes ont été incluses dans l'étude pilote. L'ensemble de ces femmes ont ensuite bénéficié d'un entretien téléphonique unique 8 à 12 semaines après leur recrutement afin d'évaluer leur santé mentale au 2^{ème} trimestre de grossesse et décrire leur parcours de soins.

Questionnaire et tests de repérage

Le questionnaire utilisé lors de l'entretien téléphonique, réalisé 8 à 12 semaines après le recrutement, pour les femmes enceintes ayant un mal-être psychologique, incluses, était composé de trois parties :

- la première partie était dédiée au recueil des caractéristiques sociodémographiques de la patiente (caractéristiques individuelles et score PRECAR) (16–18) et à l'évaluation du mal-être psychologique par la question unique de repérage (concernant le 1^{er} trimestre de grossesse dans le groupe non interventionnel et concernant le 2^{ème} trimestre pour toutes les femmes) ;
- la deuxième partie était dédiée à l'appréciation de la santé physique et mentale : antécédents, suivi de grossesse et échelle EPDS (Edinburgh Post Depression Scale) (19);
- et enfin, la dernière partie était réservée à la description du parcours de soins et des difficultés rencontrées.

La question unique de repérage était celle utilisée dans les ENP 2010 et 2016 (2,6). Elle avait quatre réponses possibles : bien, assez bien, assez mal et mal. Le mal-être psychologique a été défini par toutes les réponses sauf « bien » à cette question (14). La recherche d'un syndrome dépressif prénatal (modéré) a été réalisée par l'échelle EPDS pour laquelle le seuil « supérieur ou égal à 13 » a été retenu (14). La précarité a été définie par le score PRECAR avec comme valeur seuil utilisée « supérieure stricte à 10 » (16,17).

Analyse des données

Les données anonymisées des questionnaires ont été retranscrites sur le logiciel Excel® et le site BiostaTGV®. L'analyse n'a porté que sur les femmes enceintes ayant initialement un mal-être psychologique. Elle a comporté une première partie descriptive des femmes enceintes incluses : caractéristiques sociodémographiques, score PRECAR, état de santé physique, état de santé mentale initiale et finale (réponse à la question unique et échelle EPDS) et parcours de soins (description du parcours et des difficultés rencontrées). Puis, une deuxième partie a comparé les parcours de soins et le mal-être psychologique au 2^{ème} trimestre de grossesse dans les deux groupes. Des pourcentages, moyennes, écarts types ont été calculés. La différence des résultats entre chaque groupe a été comparée par un test de Student, un test du Chi2 ou Fisher selon les besoins. Le seuil de significativité a été choisi à $p < 0,05$.

Comité d'éthique

Cette étude a été conduite dans le respect de la loi française de la réglementation des recherches impliquant la personne humaine (loi Jardé), la réglementation de la protection individuelle des données de santé (loi Informatique et Libertés) et la loi de bioéthique. Le protocole de l'étude et ses annexes ont été approuvés par le Comité de Protection des Personnes (ID_1599 - 18.10.08.59726). Le protocole de l'étude et ses annexes sont conformes à une méthodologie de référence (MR003) et ont fait l'objet d'une déclaration d'engagement de conformité (n° 2207318) auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Résultats

Dans le groupe sans intervention, 50 femmes ont été recrutées pour participer à l'étude. Parmi elles, 19 femmes présentaient un mal-être psychologique au 1^{er} trimestre de grossesse et ont finalement été incluses. Dans le groupe avec intervention, 26 femmes ont été initialement recrutées en mal-être psychologique et 20 femmes ont finalement été incluses dans l'étude (figure I).

Caractéristiques générales

Les femmes des deux groupes étaient similaires en termes d'âge, de termes de grossesse, de parité, de situation affective, de niveau de précarité selon le score PRECAR et de survenue d'évènements difficiles au cours de la grossesse étudiée. Cependant, les femmes du groupe sans intervention avaient exercé significativement plus souvent une profession intellectuelle supérieure. Les femmes du groupe avec intervention ont eu plus fréquemment leur grossesse déclarée par un médecin généraliste ou une sage-femme en ville, versus un gynécologue-obstétricien en ville ou une sage-femme en maternité pour le groupe sans intervention (tableau I).

Santé mentale initiale et santé physique

L'ensemble des patientes incluses présentait un mal-être psychologique au 1^{er} trimestre de grossesse (initial). Les femmes des deux groupes ne présentaient pas de différence significative en termes de pathologies ou complications médicales et en terme d'hospitalisation au cours de la grossesse. Néanmoins, celles du groupe avec intervention présentaient plus fréquemment des antécédents de troubles psychologiques ou psychiatriques ($p < 0,05$), pour lesquelles elles avaient parfois pris un traitement médicamenteux (tableau II).

Parcours de soins et difficultés rencontrées

Le parcours de soins était significativement différent entre les deux groupes de femmes. Les femmes du groupe sans intervention ont sensiblement moins souvent parlé de leurs difficultés psychologiques au cours de leur grossesse et aucune d'entre elles n'a bénéficié d'un EPP ($p < 0,05$). Contrairement aux femmes du groupe avec intervention qui ont bénéficié dans la moitié des cas d'un EPP et pour lesquelles le professionnel de santé qui les suivait avait tendance à proposer un suivi plus régulier, avec lui-même en consultation (tableau III).

Les femmes enceintes du groupe sans intervention ont significativement plus fréquemment rencontré des difficultés à parler de leurs difficultés psychologiques ($p < 0,05$), principalement parce que la question ne leur a pas été posée par le professionnel de santé mais aussi à cause d'une gêne ou peur d'être stigmatisée. Elles présentaient aussi plus souvent des difficultés à réaliser la prise en charge proposée ($p < 0,05$), par manque de temps et par défaut de priorisation de ce problème. Très peu de celles n'ayant pas parlé initialement de leurs difficultés psychologiques ont finalement consulté et une partie de celles-ci citait comme raisons pour ne pas avoir consulté : l'absence d'aide souhaitée, le manque de temps, le manque d'écoute de la part du professionnel de santé ou encore le manque d'argent (tableau III).

Santé mentale finale

Au cours du 2^{ème} trimestre de grossesse (lors de l'entretien téléphonique, final), 52,6% des femmes du groupe sans intervention présentaient un mal-être psychologique contre 45% pour celles du groupe avec intervention (p non significatif). L'EPDS moyen était de 6,6 ($\pm 5,2$) pour les femmes du groupe sans intervention et de 6,1 ($\pm 4,2$) pour celles du groupe avec intervention (p non significatif). Les femmes du groupe avec intervention avaient sensiblement plus fréquemment l'impression que leur prise en charge médicale avait amélioré leur bien-être psychologique au cours de la grossesse ($p < 0,05$) (tableau IV).

Discussion

Synthèse des résultats

Les caractéristiques sociodémographiques et la santé des femmes des deux groupes étaient relativement comparables néanmoins les femmes du groupe avec intervention présentaient plus fréquemment des antécédents de troubles psychologiques ou psychiatriques. Le parcours de soins était significativement différent entre les deux groupes. Ainsi, les femmes du groupe avec intervention ont toutes bénéficié d'un repérage précoce d'un mal-être psychologique par la question unique, elles avaient plus souvent bénéficié d'un EPP et avaient plus fréquemment l'impression que leur prise en charge médicale avait amélioré leur bien-être psychologique au cours de la grossesse. Contrairement aux femmes du groupe sans intervention qui ont significativement moins parlé de leurs difficultés psychologiques, ont eu plus de

difficultés à en parler, à réaliser la prise en charge lorsqu'elle était proposée ou à consulter pour celles-ci. Et aucune d'entre elles n'a bénéficié d'un EPP.

Forces et limites

Il s'agissait de la première étude à notre connaissance, en France, ayant évalué l'utilité d'une question unique comme test de repérage d'un mal-être psychologique au cours du suivi de grossesse. En effet, plusieurs études ont étudié la faisabilité d'un repérage systématique de la dépression prénatale mais grâce à des questionnaires tels que l'EPDS, le Beck Depression Inventory (BDI), le Patient Health Questionnaire - 9 items (PHQ-9) et le plus souvent au 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de grossesse (20,21). Actuellement, les outils existants et recommandés par la HAS sont peu utilisés. L'utilisation de la question unique pourrait être une première étape dans le repérage simple et précoce d'un mal-être psychologique. Le questionnaire utilisé lors de l'entretien téléphonique unique a été construit suivant les recommandations internationales et avec des tests de dépistage validés (16–19,22). Les femmes enceintes incluses avaient des caractéristiques générales comparables. La question unique a été utilisée dans plusieurs travaux de recherche (2,6,14).

Cette étude présentait aussi des limites. Elle avait plusieurs biais de sélection. Elle a été conduite parmi les femmes enceintes des 13^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements de Paris, population non représentative de la population générale. Le recrutement des patientes a légèrement différencié entre les deux groupes : plus souvent hospitalier dans le groupe sans intervention et plus souvent ambulatoire dans le groupe avec intervention. Il existait aussi des biais de mesures. Certaines questions comme la question unique relative à l'état psychologique initial étaient posées rétrospectivement au 2^{ème} trimestre de grossesse, pour les femmes du groupe sans intervention notamment, engendrant possiblement un biais de mémorisation. Il y a pu y avoir un biais de diagnostic dans le repérage de la précarité, d'autres tests auraient pu être utilisés (23,24). De plus, cette étude n'a pas permis l'exploration des facteurs de confusion potentiels en raison de l'effectif limité de femmes, et certains facteurs n'ont pas été inclus dans l'analyse, tels que ceux liés au partenaire (bien-être, situation sociale...) pouvant influencer le bien-être et la santé de la femme enceinte (25). Il est probable que certains résultats aient manqué de puissance.

Comparaison avec les données de la littérature

Aujourd'hui, le taux de dépression prénatale est estimé entre 10 à 20% dans les pays développés avec une détection clinique difficile du fait d'une variabilité des symptômes pouvant parfois être confondus avec les symptômes classiques de la grossesse (26). Les troubles mentaux prénataux sont actuellement sous-dépistés. Les principaux facteurs associés à une dépression ou une anxiété prénatale sont : un antécédent de trouble psychologique ou psychiatrique, les violences conjugales ou familiales, une grossesse compliquée, un événement de vie défavorable, un isolement social ou familial, un contexte socio-économique défavorable (9,14,26–28). Ces affects négatifs pendant la grossesse peuvent être associés à des troubles des interactions précoces entre la mère et son bébé, et peuvent être associés ensuite à des troubles la relation mère-bébé, de la santé et du développement du nourrisson (29-31).

En France, la HAS recommande d'évaluer la santé psychosociale des femmes enceintes au cours de chaque consultation prénatale. Plus concrètement, elle préconise de proposer systématiquement et de réaliser autour du 4^{ème} mois de grossesse un entretien prénatal précoce pour évaluer la présence de facteurs de risques psychosociaux (vulnérabilités, précarité, violences...) (12,13). Dans cette étude, les femmes enceintes présentaient toutes un mal-être psychologique initialement et seulement 25,6% d'entre elles ont bénéficié d'un EPP. Ces résultats et ceux d'autres études comme l'ENP 2016 soutiennent que l'EPP est toujours peu médiatisé, mal identifié et proposé de façon disparate (6,29). Les principaux freins identifiés chez les professionnels de santé sont : le manque de connaissance concernant l'EPP, la durée de l'entretien, les difficultés à identifier et échanger avec les interlocuteurs et les réseaux dédiés (30).

Récemment, en 2020, des progrès ont été réalisés en matière de prévention et l'EPP a été rendu obligatoire pour l'ensemble des femmes enceintes (31,32). Cette étape est nécessaire et utile, et constitue une réelle avancée dans le parcours de soins des femmes enceintes. Cependant, tel que réalisé actuellement, l'EPP est peu coordonné au parcours de soins des femmes existant avant et après la grossesse : 1. Il n'y a pas (ou peu) de compte-rendu adressé aux professionnels de santé préexistants avant la grossesse, impliqués dans le suivi de grossesse, ni aux professionnels de santé futurs qui suivront l'enfant et sa famille ; 2. Il y a des difficultés d'accès à un accompagnement psychologique et social dans des délais brefs en ville. De plus, il reste dans la population générale des représentations négatives et des freins possibles à la prise en charge des troubles psychologiques. L'EPP doit ainsi trouver pleinement sa place dans un système de soins centré sur l'accompagnement des familles.

Les hypothèses sous-jacentes à travail sont que les professionnels de santé devraient savoir s'il y a un mal-être chez les femmes, avant même de les orienter pour un EPP. Le risque autrement est que cet EPP soit déconnecté du parcours de soin préalable des femmes (en ville, et à l'hôpital), sans réelle transmission entre les intervenants, et avec une compréhension tardive d'enjeux importants voire prioritaires du suivi de la grossesse (notamment s'ils sont psychosociaux). Dans notre étude, 50% des femmes repérées en mal-être ont été orientées vers un EPP versus 0% dans le groupe témoin. Le repérage d'un mal-être augmenterait ainsi sa visibilité et son intérêt pour les professionnels de santé suivant les femmes. Par ailleurs, les professionnels ayant eu connaissance d'un mal-être psychologique ont augmenté spontanément leur propre rythme de suivi des femmes (et ont peut-être activé d'autres réseaux que nous n'avons pas étudié dans cette étude : réseau périnatal, PMI, assistante sociale, associations etc ?). Donc pour nous, la réponse à un mal-être n'est pas uniquement dans l'EPP, mais dans une prise en charge soutenue et globale de l'ensemble des intervenants utiles. Cependant, cette étude ne permet pas de bien vérifier que cet outil est mobilisable en pratique. D'autres études mériteraient d'être menées sur de plus grands échantillons.

En Grande Bretagne, le National Institute for Health and Care Excellence recommande que toutes les femmes enceintes bénéficient d'une évaluation concernant la santé mentale et le bien-être, notamment lors de la 1^{ère} consultation, et en utilisant les deux questions de Whooley : « *Au cours du mois passé, avez-vous été dérangée par un sentiment de détresse, de déprime ou désespoir?* », « *Au cours du mois qui s'est*

écoulé, avez-vous ressenti moins d'envie ou d'intérêt dans la réalisation d'activités? ». En cas de réponse positive à l'une des deux questions, il est recommandé de poursuivre les investigations en utilisant l'EPDS ou le PHQ-9 (3,33). Aux États-Unis, le mal-être psychologique a été estimé par une question unique (similaire à celle de l'ENP 2016) à 7,8% et le taux de dépression à 18% (21,34). En 2002, la US Preventive Task Force proposait, elle aussi, un dépistage de la dépression grâce à deux questions « *Durant les deux dernières semaines, vous êtes-vous sentie moins bien ou déprimée?* » et « *Durant les deux dernières semaines, avez-vous ressenti moins d'intérêt ou de plaisir à faire les choses?* ». Depuis 2016, elle recommande de réaliser une fois en prénatal un dépistage de la dépression avec un outil validé tel que l'EPDS ou le PHQ-9 (35). Ainsi différents outils (EPDS, PHQ-9, BDI...) ont été évalués et validés pour dépister la dépression prénatale, néanmoins il s'agissait le plus souvent de questionnaires, plus ou moins longs, parfois difficiles à utiliser en consultation et pour certains avec des seuils de dépistage variables en fonction des pays car influencés par leur adaptation linguistique et culturelle (14,19,22). La question unique qui évalue la santé mentale perçue présenterait par rapport à ces tests l'avantage de mesurer la dimension positive de la santé mentale et non juste les troubles psychiatriques, et d'être facile à utiliser en soins primaires.

De nombreuses études et revues de la littérature font état d'interventions réalisées en périodes péri et post-natales afin d'améliorer la santé mentale maternelle et diminuer l'occurrence des troubles mentaux. En période prénatale, les interventions les plus bénéfiques semblent basées sur différentes techniques de psychothérapie : thérapie cognitivo-comportementale, thérapie interpersonnelle, « mindfulness » (stratégies de réduction de stress, yoga) ; et sur la mise en place d'un repérage systématique avec adaptation de la prise en charge proposée en fonction du niveau de risque psychologique (9,36–38). (39).

Perspectives

Cette étude a constaté l'utilité de la question unique comme test de repérage d'un mal-être psychologique par les professionnels de santé. La validité interne et les propriétés psychométriques de la question unique ont été confirmées dans une étude précédente pour lequel un article a été soumis à publication (14) : sensibilité = 82,5%, spécificité = 57%, valeur prédictive positive = 32,3% et valeur prédictive négative = 92,9%. Le repérage précoce et systématique d'un mal-être psychologique au cours de la grossesse par la question unique semblerait modifier de façon bénéfique le parcours de soins. Le parcours de soins, librement proposé par le professionnel de santé, reposait sur des ressources pertinentes et déjà existantes du système de soins (professionnels déjà identifiés et faisant partie d'un réseau). Il serait intéressant de savoir pourquoi certains professionnels de santé qui ont repéré des difficultés psychologiques n'ont pas orienter leurs patientes enceintes vers la réalisation d'un EPP. Que pensent-ils de cet entretien? Il serait aussi pertinent d'évaluer le ressenti des professionnels de santé du groupe avec intervention sur l'utilisation de la question unique et l'annuaire, les éventuelles difficultés et les améliorations possibles. De même, il serait intéressant de réaliser une étude qualitative sur l'intérêt du repérage sur la santé mentale des femmes enceintes.

Le 2^{ème} objectif de cette étude était d'estimer l'impact de ce repérage sur le bien-être psychologique au 2^{ème} trimestre de grossesse. Même s'il n'a pas été trouvé de différence significative, il est possible que le repérage précoce par la question unique puisse permettre d'améliorer la santé mentale des femmes enceintes. La petite taille de l'échantillon étudié a manqué de puissance pour l'évaluer. Il serait donc nécessaire pour valider ce point de réaliser une étude de plus grande ampleur et sur un plus grand échantillon (estimé à partir des différences attendues en termes d'EPDS par exemple).

Cette étude s'est focalisée sur le repérage d'un mal-être psychologique en début de grossesse et sur l'adressage des femmes enceintes présentant un mal-être vers les structures ou les professionnels médico-sociaux les plus adaptées à leur situation. Le parcours de soins des femmes enceintes n'a donc pas été abordé de façon exhaustive et de nombreux aspects restent à explorer et à détailler dans le cadre d'études complémentaires. Un des aspects principaux concerne les modalités et l'intérêt d'une approche globale des besoins des femmes enceintes qui peut être médicale, psychologique, mais également social au sens large (incluant logement, sécurité, alimentation, propreté etc). Cela nécessite une relation de confiance entre celles-ci et les différents professionnels impliqués dans le suivi de leur grossesse, et une continuité des soins efficaces au sein d'un réseau périnatal de proximité afin de faciliter la collaboration et le décloisonnement des pratiques (40–42). Un accompagnement précoce et global semble indispensable dans cette période d'extrême vulnérabilité.

Les résultats engageants de cette étude permettraient à terme de faire de nouvelles propositions concernant les recommandations de suivi de grossesse de la HAS. En effet, la HAS a lancé fin 2020 une concertation afin de réaliser de nouvelles recommandations concernant le repérage, le diagnostic et la prise en charge des troubles psychiques périnataux (44). Il pourrait ainsi être envisagé de proposer aux professionnels de santé impliqués dans le suivi de grossesse de repérer précocement et systématiquement un mal-être psychologique grâce à la question unique chez toutes les femmes enceintes. De plus, chaque femme pourrait bénéficier de l'EPP rendu obligatoire depuis 2020, d'un soutien plus soutenu et global des professionnels de santé, et des ressources appropriées du système de soins. Il est nécessaire, en parallèle, de mieux informer les professionnels de santé sur l'importance des réseaux de soins et des réseaux sociaux en périnatalité. Et enfin, il est essentiel que tous ces acteurs et ces actions soient coordonnés dans le parcours de soins, existant et futur, des femmes, de leurs enfants et des familles. À terme, ces interventions pourraient peut-être permettre de réduire les inégalités sociales en santé périnatale.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements

Les auteurs remercient les femmes enceintes ayant participé à l'étude Bien-Être. Ils remercient également l'ensemble des professionnels de santé (médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues-obstétriciens) et des personnels administratifs ; les maisons de santé pluri-professionnelles Pyrénées-Belleville, Ménilmontant, Jean Jaurès, Michelet, Fontarabie et le centre de santé de Belleville (19^{ème} et 20^{ème} arr.) ; la maternité de la Pitié-Salpêtrière, le centre de radiologie Imagerie13, la CPTS du 13^{ème}

arrondissement ; Mme Laura Rodet (coordinatrice) ; Mme Nathalie Baunot (Réseau de Santé Périnatal Parisien) ; Mme Émilie Bissette, Mme Agnès Sztal et Mme Audrey Pompignac (Atelier Santé Ville des 13^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arr.) ; et les centres médico-sociaux des 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements, pour leur soutien et leur aide pour mener à bien ce projet.

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Investir dans la santé mentale. Genève; 2004.
2. Ibanez G, Blondel B, Prunet C, Kaminski M, Saurel-Cubizolles M-J. Prevalence and characteristics of women reporting poor mental health during pregnancy: Findings from the 2010 French National Perinatal Survey. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. avr 2015;63(2):85-95.
3. Tai S, Kinderman P, Choudray S, Gillmer B, Gwilliam P, Hanna J, et al. Psychological health and well-being: A new ethos and a new service structure for mental health. A report of the Working Group on Psychological Health and Well-Being. 2009;
4. Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015. France; 2012.
5. Slade M. Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*. 26 janv 2010;10(1):26.
6. Blondel B, Gonzalez L, Raynaud P. Enquête Nationale Périnatale 2016. Situation et évolution depuis 2010. 2017 oct p. 317.
7. Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski A. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and Birth*. sept 2015;28(3):179-93.
8. Ibanez G, Charles M-A, Forhan A, Magnin G, Thiebaugeorges O, Kaminski M, et al. Depression and anxiety in women during pregnancy and neonatal outcome: Data from the EDEN mother-child cohort. *Early Human Development*. août 2012;88(8):643-9.
9. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 1 janv 2014;28(1):25-35.
10. Ibanez G, Bernard JY, Rondet C, Peyre H, Forhan A, Kaminski M, et al. Effects of Antenatal Maternal Depression and Anxiety on Children's Early Cognitive Development: A Prospective Cohort Study. *Plos One*. août 2015;10(8).
11. Knight M, Tuffnell D, Kenyon S, Shakespeare J, Gray R, J Kurinczuk J. Saving Lives. Improving Mother's Care. Surveillance of maternal deaths in the UK 2011-2013 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009-2013. 2015 déc.
12. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations. France; 2016 mai p. 42.
13. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP).

Recommandations. France; 2005 nov p. 56.

14. Suthesapalan M, Ibanez G, Robert S. Validation d'une question unique dans le dépistage de symptômes dépressifs et d'une altération de la qualité de vie au cours de la grossesse. Université Pierre et Marie Curie - Paris VI; 2017.
15. Ibanez G, Falcoff H, Denantes M, Magnier A-M, Baunot N, Chauvin P, et al. Projet Bien-être : vers un meilleur repérage et accompagnement des femmes présentant des vulnérabilités psychologiques ou sociales. Santé Publique. 2018;S1(HS1):89-97.
16. Robert S. Construction et validation d'un score individuel de précarité utilisable en soins primaires : une étude à partir de la cohorte SIRS (Santé, Inégalités et Ruptures Sociales). Université Pierre et Marie Curie - Paris VI; 2013.
17. d'Estienne C. Validation externe et contre-critère d'un score individuel de précarité utilisable en soins primaires: le score PRECAR. Université Pierre et Marie Curie - Paris VI; 2015.
18. Cadwallader J-S, Ibanez G, Chatelard S, Chauvin P, Denantes M, Al. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale? - Recommandations. Collège de la Médecine Générale. janv 2014;30.
19. Castro e Couto T, Martins Brancaglioni MY, Nogueira Cardoso M, Bergo Protzner A, Duarte Garcia F, Nicolato R, et al. What is the best tool for screening antenatal depression? Journal of Affective Disorders. juin 2015;178:12-7.
20. de la Fe Rodríguez-Muñoz M, Le H-N, de la Cruz IV, Crespo MEO, Méndez NI. Feasibility of screening and prevalence of prenatal depression in an obstetric setting in Spain. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. août 2017;215:101-5.
21. Venkatesh KK, Nadel H, Blewett D, Freeman MP, Kaimal AJ, Riley LE. Implementation of universal screening for depression during pregnancy: feasibility and impact on obstetric care. Am J Obstet Gynecol. 2016;215(4):517.e1-8.
22. Kozinszky Z, Dudas RB. Validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for the antenatal period. Journal of Affective Disorders. mai 2015;176:95-105.
23. Sass C, Dupré C, Giordanella JP, Girard F, Guenot C, Labbe É, et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. 4 avr 2006;
24. Opatowski M, Blondel B, Khoshnood B, Saurel-Cubizolles M-J. New index of social deprivation during pregnancy: results from a national study in France. BMJ Open. 1 avr 2016;6(4):e009511.
25. Bayrampour H, Vinturache A, Hetherington E, Lorenzetti DL, Tough S. Risk factors for antenatal anxiety: A systematic review of the literature. Journal of Reproductive & Infant Psychology. nov 2018;36(5):476-503.
26. Pearlstein T. Depression during Pregnancy. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 1 juill 2015;29(5):754-64.
27. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. Journal of Affective Disorders. févr 2016;191:62-77.
28. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1 janv 2010;202(1):5-14.
29. Barandon S, Balès M, Melchior M, Glangeaud-Freudenthal N, Pambrun E, Bois C, et al. Entretien prénatal précoce et séances de préparation à la naissance et à la parentalité : caractéristiques psychosociales et obstétricales associées chez les

- femmes de la cohorte ELFE. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. juin 2016;45(6):599-607.
30. Lucchesi M-P. Prévention et Périnatalité : état des lieux des connaissances et ressources pour les médecins généralistes en PACA-Corse. 29 nov 2019;51.
 31. Article 62 - LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.
 32. Commission des 1000 premiers jours. Rapport des 1000 premiers jours : là où tout commence. France: Ministère de la Santé et des Solidarités; 2020 sept p. 130.
 33. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. UK.
 34. Witt WP, DeLeire T, Hagen EW, Wichmann MA, Wisk LE, Spear HA, et al. The prevalence and determinants of antepartum mental health problems among women in the USA: a nationally representative population-based study. *Arch Womens Ment Health*. oct 2010;13(5):425-37.
 35. Committee on Obstetric Practice. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 757. Screening for perinatal depression. 2018;132(5):5.
 36. Shi Z, MacBeth A. The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions on Maternal Perinatal Mental Health Outcomes: a Systematic Review. *Mindfulness*. 2017;8(4):823-47.
 37. Marchesi C, Ossola P, Amerio A, Daniel BD, Tonna M, De Panfilis C. Clinical management of perinatal anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 15 janv 2016;190:543-50.
 38. Jalali A, Heydarpour S, Tohidinejad F, Salari N. Cognitive-behavioral counseling and mental health of pregnant women. *Heliyon*. 1 févr 2020;6(2):e03463.
 39. Brockington I, Butterworth R, Glangeaud-Freudenthal N. An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice. *Arch Womens Ment Health*. 2017;20(1):113-20.
 40. Mahieu-Caputo D. Prise en charge des femmes enceintes et nouveau-nés en situation de vulnérabilité sociale : faut-il une prise en charge spécifique ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 févr 2010;38(2):83-91.
 41. Lejeune C, Floch-Tudal C, Crenn-Hebert C, Simonpoli A-M. Réseaux ville-hôpital et projet social : l'expérience des réseaux périnatal et toxicomanie du nord des Hauts-de-Seine autour des femmes enceintes abusant de substances psychoactives. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 févr 2004;33(1, Supplement 1):67-70.
 42. Sutter-Dallay A-L. Les 1000 premiers jours du développement des êtres humains comme priorité de l'action publique en France. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 1 févr 2021;49(2):93-4.
 43. Garez V, Devouche E, Bobin-Bègue A, Alecian M, Minjollet P, Vallerent A, et al. La liaison en « Périnatalogie » : des soins entre réseau, liaison et prise en charge mobile. *L'Encéphale*. 1 juin 2018;44(3):239-46.
 44. Haute Autorité de Santé. Repérage, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnataux - Note de cadrage. 2020 nov.

Figure I – Organigramme de sélection des patientes

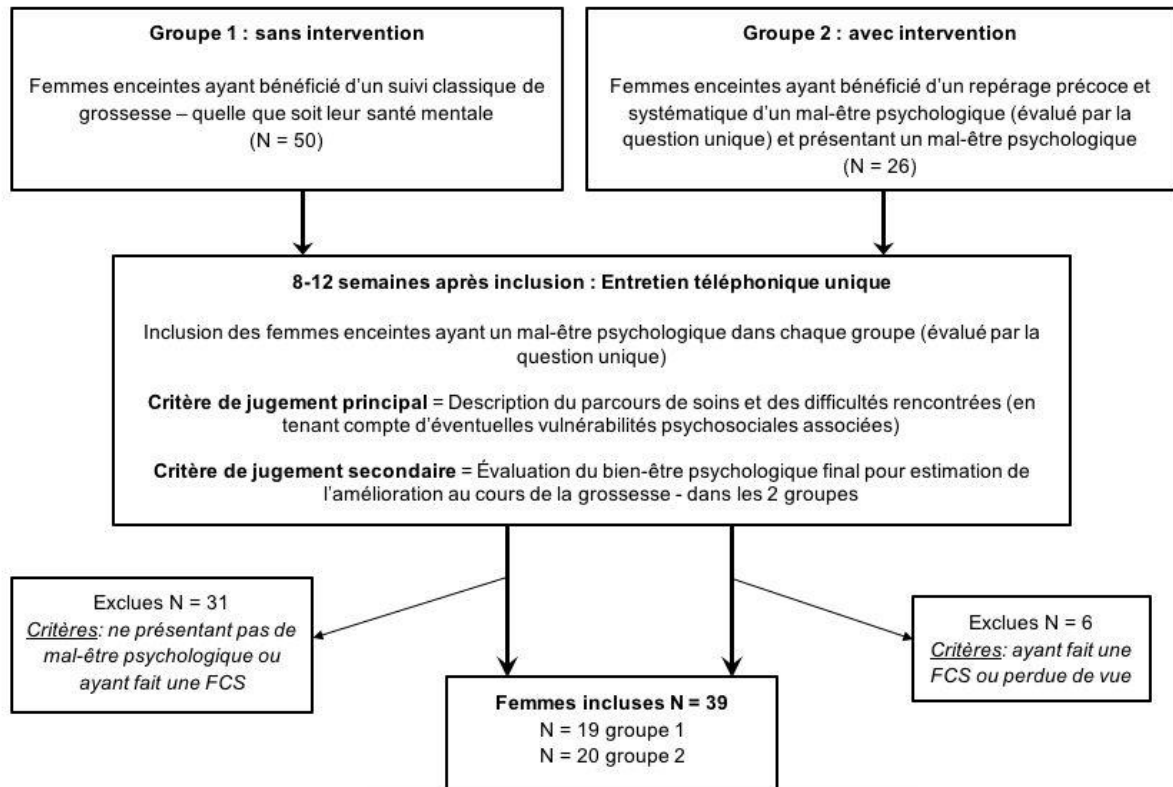


Tableau I – Caractéristiques générales

Caractéristiques générales	Groupe sans intervention % (N)	Groupe avec intervention % (N)	Test statistique (Chi2, Fisher ou Student)
Âge moyen	31,3 ans (± 4,5)	32,7 ans (± 4,6)	p = 0,32
Terme moyen de grossesse à l'inclusion	11,3 SA (± 3,0)	10,6 SA (± 2,8)	p = 0,51
Terme moyen de grossesse à l'entretien téléphonique	20,5 SA (± 2,8)	20,3 SA (± 2,5)	p = 0,89
Parité			
0	47,4% (9)	60% (12)	p = 0,69
1	26,3% (5)	25% (5)	
≥ 2	26,3% (5)	15% (3)	
Situation affective			
Pas de relation amoureuse importante	10,5% (2)	0	p = 0,58
Relation amoureuse importante mais pas couple	0	5% (1)	
En couple mais ne vivant pas ensemble	26,3% (5)	25% (5)	
En couple et vivant ensemble	63,2% (12)	70% (14)	
Profession actuelle ou dernière exercée			
Cadres et professions intellectuelles supérieures	73,7% (14)	20% (4)	p < 0,05
Professions intermédiaires, commerçants	0	40% (8)	
Employée ou ouvrière	21% (4)	35% (7)	
Étudiante ou sans activité professionnelle	5,3% (1)	5% (1)	
Couverture maladie actuelle			
Sécurité sociale avec mutuelle privée	84,2% (16)	95% (19)	p = 0,16
Sécurité sociale avec CSS ; ou l'AME	15,8% (3)	0	
Sécurité sociale sans mutuelle	0	5% (1)	
Nationalité			
Française, née de 2 parents français	63,2% (12)	60% (12)	p = 0,19
Française née d'au moins un parent étranger	5,2% (1)	25% (5)	
Étrangère	31,6% (6)	15% (3)	
Score PRECAR > 10 (précarité)	21,1% (4)	15% (3)	p = 0,69
Survenue d'évènements difficiles entre T1^a et T2^b	26,3% (5)	20% (4)	p = 0,72
Déclaration de grossesse réalisée par			
Médecin généraliste	10,5% (2)	30% (6)	p < 0,05
Sage-femme en ville	21,1% (4)	40% (8)	
Gynécologue-obstétricien en ville	36,8% (7)	25% (5)	
Gynécologue-obstétricien en maternité	5,3% (1)	5% (1)	
Sage-femme en maternité	26,3% (5)	0	

^a 1^{er} trimestre de grossesse

^b 2^{ème} trimestre de grossesse

Tableau II – Santé mentale initiale et santé physique

Santé physique	Groupe sans intervention % (N)	Groupe avec intervention % (N)	Test statistique (Chi2, Fisher ou Student)
Problèmes de santé antérieurs à la grossesse	10,5% (2)	40% (8)	p = 0,06
Pathologies ou complications au cours de la grossesse	10,5% (2)	30% (6)	p = 0,24
Hospitalisation au cours de la grossesse	0	15% (3)	p = 0,23
Santé mentale initiale			
Antécédents de troubles psychologiques ou psychiatriques	47,4% (9)	90% (18)	p < 0,05
Prise d'un traitement psychotrope	11,1% (1)	22,2% (4)	p = 0,64
Mal-être psychologique à T1	100% (19)	100% (20)	p = 1,00

Tableau III – Parcours de soins et difficultés rencontrées

Parcours de soins	Groupe sans intervention % (N)	Groupe avec intervention % (N)	Test statistique (Chi2, Fisher ou Student)
Avoir parlé à un professionnel de santé de ses difficultés psychologiques (T2)	47,4% (9)	100% (20)	p < 0,05
Ayant bénéficié d'un entretien prénatal précoce	0	50% (10)	p < 0,05
Conseils donnés par le professionnel de santé			
Suivi sans traitement médicamenteux	66,7% (6)	95% (19)	p = 0,08
Orientation complémentaire vers un psychologue	55,5% (5)	55% (11)	p = 1,00
Avoir effectivement consulté un professionnel comme conseillé (T2)	50% (3)	84,6% (11)	p = 0,26
Difficultés rencontrées			
Difficultés à en parler (T2) (oui/non)	63,2% (12)	10% (2)	p < 0,05
Question non posée	36,8% (7)	0	
Gêne	15,8% (3)	5% (1)	
Difficultés à réaliser la prise en charge proposée (T2) (oui/non)	77,8% (7)	35% (7)	p < 0,05
Manque de temps	33,3% (3)	5% (1)	
Sujet non prioritaire	22,2% (2)	0	
Consultation d'un professionnel de santé pour des difficultés psychologiques alors qu'elle n'en a pas parlé initialement (T2)	10% (1)	NC*	NC*
Difficultés à consulter alors qu'elle n'en avait pas parlé initialement (T2) (oui/non)	90% (9)	NC*	NC*
Absence aide souhaitée	30% (3)		
Manque de temps	20% (2)		
Manque d'écoute de la part du professionnel	20% (2)		
Manque d'argent	20% (2)		

* non concerné

Tableau IV – Santé mentale finale

Santé mentale finale	Groupe sans intervention % (N)	Groupe avec intervention % (N)	Test statistique (Chi2, Fisher ou Student)
Mal-être psychologique à T2	52,6% (10)	45% (9)	p = 0,63
EPDS moyen à T2	6,6 (± 5,2)	6,1 (± 4,2)	p = 0,75
EPDS ≥ 13 à T2 (syndrome dépressif modéré)	15,8% (3)	10% (2)	p = 0,66
Impression d'amélioration du bien-être au cours de la grossesse grâce à la prise en charge médicale proposée (T2)	63,2% (12)	95% (19)	p < 0,05