



HAL
open science

Projet Bien-être : vers un meilleur repérage et accompagnement des femmes présentant des vulnérabilités psychologiques ou sociales

Gladys Ibanez, Hector Falcoff, Mady Denantes, Anne-Marie Magnier, Nathalie Baunot, Pierre Chauvin, Marc Dommergues, Sarah Robert

► To cite this version:

Gladys Ibanez, Hector Falcoff, Mady Denantes, Anne-Marie Magnier, Nathalie Baunot, et al.. Projet Bien-être : vers un meilleur repérage et accompagnement des femmes présentant des vulnérabilités psychologiques ou sociales. Santé Publique, 2018, S1 (HS1), pp.89-97. 10.3917/spub.184.0089 . hal-03761131

HAL Id: hal-03761131

<https://hal.sorbonne-universite.fr/hal-03761131v1>

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.

Projet Bien-être : Vers un meilleur repérage et accompagnement des femmes présentant des vulnérabilités psychologiques ou sociales

AUTEURS

Gladys Ibanez, Hector Falcoff, Mady Denantes, Anne-Marie Magnier, Nathalie Baunot,
Pierre Chauvin, Marc Dommergues, Sarah Robert

RESUME

Près de 10% des femmes enceintes françaises déclarent avoir ressenti un mal-être psychologique au cours de leur grossesse. Cette prévalence peut être doublée ou triplée parmi les femmes présentant des facteurs de vulnérabilité sociale. Parmi ces femmes, 81.3% n'ont pas consulté un professionnel de santé au cours de leur grossesse pour ces difficultés. Le projet Bien-être vise à améliorer le repérage précoce des vulnérabilités psychologiques ou sociales et le parcours de soin actuel des femmes enceintes vulnérables, et à évaluer l'intérêt de l'entretien prénatal précoce dans l'accompagnement de ces femmes.

Nombre de mots: 115

The “Wellbeing” project: To better identify and support pregnant women with psychological or social vulnerabilities

ABSTRACT

Perinatalité est l'une des périodes les plus critiques du cycle de la vie. La santé de la mère et des enfants est fortement et durablement influencée par les événements survenus pendant la grossesse, l'accouchement ou les premiers mois de l'enfance. En termes psychologiques, près de 10% des femmes ont déclaré une mauvaise santé mentale auto-évaluée pendant la grossesse. De plus, les caractéristiques socio-démographiques indicatives d'un désavantage social sont associées à un risque plus élevé d'une mauvaise santé mentale auto-évaluée. Parmi elles, 81,3% n'ont pas consulté un professionnel de santé pour des problèmes psychologiques. Le projet de bien-être vise à optimiser les soins aux femmes enceintes avec des vulnérabilités psychologiques ou socio-économiques d'un côté, et à évaluer l'intérêt d'une interview pré-natale de l'autre côté.

Nombre de mots : 93

Projet Bien-être : Vers un meilleur repérage et accompagnement des femmes présentant des vulnérabilités psychologiques ou sociales

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé mentale est « 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 fructueux et d'apporter une contribution à la communauté dans laquelle il vit » [1]. La santé mentale signifie « la possibilité pour les individus et les groupes humains de développer leurs compétences et d'atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés ». Pour tous les individus, la santé physique, mentale et sociale sont « des aspects fondamentaux de la vie, intimement liés et étroitement interdépendants » [2]. La santé mentale 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 qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères et à des actions thérapeutiques ciblées [3, 4].

Un mal-être psychologique peut regrouper plusieurs états psychologiques très différents allant d'un « non bien-être » à des troubles psychiatriques sévères. Ces états peuvent varier d'une personne à l'autre dans un continuum [5]. Les approches récentes en santé mentale recommandent de promouvoir le bien-être plutôt que de focaliser l'attention sur le traitement des troubles psychiatriques [6]. Aux Etats-Unis, le Département de la Santé et des Services sociaux a récemment publié des objectifs nationaux avec comme indicateurs prioritaires de suivi des populations : les mesures générales de santé, le bien-être et la qualité de vie, les

déterminants de la santé et les inégalités de santé [7]. Au-delà de la mesure des troubles psychiatriques, la mesure du bien-être explore également des dimensions subjectives complémentaires telles que la propension des personnes à adopter certains comportements de santé ou à accéder aux services spécialisés, des mesures d'estime de soi et de ressenti global de santé [8, 9].

Au cours de la grossesse, près de 10% des femmes enceintes décrivent un mal-être psychologique en France [10]. Cette prévalence est doublée ou triplée parmi les femmes présentant des facteurs de vulnérabilité sociale [11]. Le mal-être psychologique des femmes enceintes ou les facteurs de vulnérabilité sociale tels qu'un faible niveau d'étude, l'absence d'emploi, une nationalité étrangère sont fortement associés à un moins bon suivi de la grossesse, une fréquence accrue de pathologies médicales en cours de grossesse et une morbidité néonatale accrue [11-13]. Après la naissance, ils sont associés à des troubles émotionnels chez les parents, des troubles relationnels entre les parents et l'enfant et des troubles de développement cognitifs et émotionnels chez l'enfant [13-15].

Le plan périnatalité 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité » a contribué à l'amélioration de la qualité des soins en périnatalité [16]. Les principaux axes de ce plan étaient les suivants : 1. Moderniser l'environnement de la grossesse et de l'accouchement ; 2. Améliorer l'environnement psychologique et social de la mère et de l'enfant ; 3. Aménager les conditions de formation et d'exercice des professionnels de la naissance. Plusieurs outils et dispositifs ont été mis en place : L'entretien prénatal précoce (EPP), qui a pour objectif d'identifier les besoins des couples en matière de santé physique et psychique et d'apprécier leur environnement social en période périnatale [17] ; Le carnet de maternité, qui a été refondu pour renforcer les messages de prévention ; Les réseaux périnatals, qui ont été promus sur tout

le territoire. De plus, les conditions d'intervention des psychologues en maternité ont été facilitées ainsi que la prise en charge des femmes et des couples en situation de précarité.

Selon les données de l'Enquête Nationale Périnatale de 2010, 81.3% des femmes déclarant un mal-être psychologique au cours de leur grossesse n'ont pas consulté un professionnel de santé pour ces difficultés ; et seules 21 % des femmes enceintes ont bénéficié d'un entretien prénatal précoce en France métropolitaine [11]. Le projet Bien-être vise à améliorer le repérage et l'accompagnement des femmes présentant des vulnérabilités psychologiques ou sociales. Cet article comportera une revue de la littérature sur les liens entre bien-être psychologique, vulnérabilité sociale et suivi de la grossesse ; puis une partie sur les expérimentations en cours et une partie présentant le projet Bien-être.

Bien-être psychologique, vulnérabilités sociales, suivi de grossesse

Au niveau international, peu de données sont disponibles pour décrire le bien-être psychologique des femmes enceintes dans sa dimension subjective. En revanche, de nombreuses études ont estimé la prévalence des troubles psychiatriques maternels prénataux. En France, la fréquence d'un mal-être psychologique en période prénatale a été estimée par une question unique de santé mentale perçue à près de 10% des femmes [11]. Aux Etats-Unis, un mal-être psychologique a également été estimée par une question unique (similaire à celle de l'ENP 2010) à 6.8% dans une étude nationale représentative de la population [18]. En Allemagne, Hellmers et coll. ont trouvé que 18.6% des femmes enceintes décrivaient un mal-être à 28-35 semaines d'aménorrhée (s.a) versus 12.8% des femmes aux Etats-Unis au même stade de la grossesse [19]. Dans l'étude de Horan et coll. menée en Irlande, le pourcentage de femmes enceintes présentant un bien-être (mesuré par la question en 5 items de l'OMS) a été

évalué à 58% d'entre elles [20]. Dans la littérature, la prévalence des troubles mentaux périnataux a récemment été estimée à 10-15% des femmes enceintes dans les pays développés [21, 22].

Plusieurs études ont montré des liens entre des vulnérabilités sociales et un mal-être psychologique au cours de la grossesse. Dans l'étude de Horan et coll., une association positive a été retrouvée entre le bien-être des femmes enceintes et un niveau d'études élevé [20]. Les auteurs suggèrent que le niveau d'études est un marqueur du statut socio-économique qui peut-être positivement lié aux capacités de résilience de la femme contre les facteurs de stress potentiels de la grossesse. En France, les prévalences d'un mal-être psychologique peuvent doubler ou tripler chez les femmes enceintes présentant des vulnérabilités sociales : 20.4% chez les femmes ne vivant pas en couple versus 8,0% pour celles vivant en couple ; 14.6% pour les femmes ayant la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) ou n'ayant pas de couverture maladie versus 7.9% pour celles ayant l'assurance maladie obligatoire et une mutuelle ; 13.7% pour les femmes de nationalité d'Afrique du Nord, 21.5% pour les femmes de nationalité des autres pays d'Afrique, 8.2% pour les femmes de nationalité française [11]. De plus, un gradient social est observé en lien avec le niveau d'études ou les revenus du ménage et le bien-être psychologique. Les associations entre vulnérabilités sociales et troubles psychiatriques chez les femmes enceintes ont également été largement décrites [23, 24].

Sur le plan théorique, plusieurs modèles ont décrit comment l'interaction des facteurs sociaux pouvait favoriser la survenue des problèmes de santé [25-27]. Concernant le développement des troubles mentaux, le modèle de Fisher, adapté de la Commission des déterminants sociaux de la santé créée en 2005 par l'OMS décrit que des facteurs sociaux et environnementaux

défavorables (pauvreté, isolement social, minorité ethnique, environnement insalubre, conditions de travail difficiles, etc.) peuvent accroître un état prolongé de stress qui, associé à certains facteurs personnels, pourraient agir comme médiateur dans la survenue de troubles mentaux [28].

Un mal-être psychologique chez les femmes enceintes ou des facteurs de vulnérabilité sociale tels qu'un faible niveau d'étude, l'absence d'emploi, une nationalité étrangère sont fortement associés à un moins bon suivi de la grossesse (déclaration de grossesse plus tardive, moins de suivi des séances de préparation à l'accouchement, nombre de visites prénatales non conformes aux recommandations) [11, 29]. En cours de grossesse, ces facteurs sont associés à une fréquence accrue de pathologies médicales (diabète gestationnel, retard de croissance intra-utérin, hémorragie du 2ème ou du 3ème trimestre de grossesse, hospitalisations). A la naissance, ces facteurs sont associés à un risque accru de naissance prématurée, de petit poids de naissance, d'hospitalisation de l'enfant [29, 30]. Dans la période du post-partum, ces troubles prénataux sont associés à un risque maternel accru de survenue d'une dépression du post-partum, de difficultés relationnelles avec le partenaire et l'enfant. Ces troubles sont également associés à un risque accru pour l'enfant de développer des problèmes affectifs, des troubles des conduites et un développement cognitif altéré [31, 32]. Ces associations entre les troubles mentaux prénataux et la santé des enfants ont été décrits par des effets directs ou bien par le biais de médiateurs tels que la dépression du post-partum, les stimulations parentales ou bien par les mécanismes d'attachement [15, 33].

La place de l'entretien prénatal précoce (EPP)

La grossesse est actuellement la seule période de la vie où une « consultation de prévention » est proposée gratuitement à toutes les patientes et à leur conjoint : l'entretien prénatal précoce

(EPP) [34]. Cet entretien propose d'identifier les besoins des couples en matière de santé physique et psychique et d'apprécier leur environnement social en période périnatale. Celui-ci est plus souvent réalisé par des femmes de niveau socio-économique favorable, le plus souvent seules, et présentant un mal-être psychologique [35]. Cette consultation est à promouvoir pour que toutes les femmes enceintes présentant un mal-être psychologique ou des facteurs de vulnérabilités sociales puissent l'exprimer et si possible être accompagnées.

Présentation des expérimentations en cours

Plusieurs expérimentations ont récemment eu lieu en France pour améliorer la santé mentale des femmes enceintes. Le projet CAPEDP (Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance: Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience [36]) a consisté à mettre au point un programme de visites à domicile, réalisées par des psychologues cliniciennes, auprès de jeunes femmes enceintes primipares âgées de moins de 26 ans, enceintes de moins de 27 semaines et ayant au moins un des facteurs suivants de vulnérabilité sociale : moins de 12 années de scolarité, de faibles revenus, socialement isolées. Sa finalité était de prévenir la dépression postnatale, d'améliorer l'environnement au domicile et de prévenir les troubles du comportement de l'enfant à 2 ans. Au total, 440 femmes ont été recrutées en Ile-de-France puis assignées par tirage au sort dans 2 groupes : « intervention » et « suivi habituel ». Des visites d'évaluation régulière (en prénatal ; à 0-3 mois ; à 3-6 mois, à 6-12 mois ; à 12-24 mois) ont eu lieu jusqu'aux 2 ans de l'enfant. Une comparaison entre les deux échantillons est en cours et montrerait des résultats prometteurs, notamment concernant l'attachement des enfants.

Conçu par l'Inpes, le guide PANJO – Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveaux-nés et de leurs Jeunes parents : un Outil de renforcement des services de PMI – s'appuie à la fois sur les interventions menées dans des contextes internationaux (similaires à CAPEDP) et sur l'expertise des centres de PMI [37]). Sa finalité est de promouvoir la santé maternelle et infantile et de soutenir le développement des relations parents-enfants. Ce guide a été testé sur le terrain en 2014, dans plusieurs départements, sur la base du volontariat des puéricultrices. Dans ce projet, des sages-femmes ou des puéricultrices des centres de PMI ont réalisé des visites à domicile en prénatal (2 visites) et postnatal (4 visites jusqu'au 6 mois du bébé ; 6

visites jusqu'aux 12 mois) ; elles pouvaient être complétées par une orientation vers les centres de PMI. Le projet comportait également un partenariat avec les inter-secteurs de pédopsychiatrie pour faire de l'analyse de pratiques et soutenir un dispositif pluri-professionnel. Plusieurs thématiques étaient abordées au cours de ses visites à domicile concernant la santé de la mère (prévention du tabac, de l'alcool, conseils en nutrition), la santé des parents et de la famille (parentalité, place du papa dans l'accompagnement), la santé et le développement de l'enfant (l'attachement, les douleurs, le sommeil, l'évitement des accidents de la vie courante). Les résultats de cette étude devraient être connus à partir de l'année 2016.

Ces projets soulignent l'importance d'interventions soutenues sur la durée, au plus près des femmes, basées sur le principe d'universalisme proportionné, évaluées et réalisées de façon pluri-professionnelle.

Présentation du projet Bien-être

Ce projet est issu d'un partenariat entre des professionnels de santé des 20^{ème} et 13^{ème} arrondissements parisiens - médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens hospitaliers -, Réseau de Santé Périnatal Parisien, centres de PMI, ASV des 20^{ème} et 13^{ème} arrondissements parisiens, et l'équipe de recherche en épidémiologie sociale (ERES) de l'Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et Santé Publique (UMRS 1136, Inserm - Sorbonne Universités UPMC). Il vise à améliorer le repérage et l'accompagnement des femmes présentant des vulnérabilités psychologiques ou sociales.

Demandes des acteurs de terrain

Ce projet répond à un besoin territorial identifié. Les disparités territoriales entre l'Est et l'Ouest de Paris se sont accrues ces dernières années en matière de santé, d'éducation et de revenu (données de l'Atelier Paris Urbanisme, 2011). Le 20ème arrondissement de Paris présente un Indice de Développement Humain (IDH-2) compris entre 0.50 et 0.55 et a connu une très faible progression entre 1999 et 2006. Ce constat révèle des besoins spécifiques majeurs. Le 13ème arrondissement a un IDH-2 compris entre 0.55 et 0.60 et une progression très faible également, semblable à celle du 20ème arrondissement. Cet arrondissement comprend quatre quartiers classés « en Politique prioritaire de la ville » où les inégalités sociales et urbaines sont particulièrement importantes.

Besoins exprimés par la population visée

L'enquête Paris Santé Femmes a été réalisée en 2010 dans le quartier Souham du 13ème arrondissement de Paris pour évaluer les besoins et les attentes des femmes [38]. Les résultats montrent que les femmes appellent à une personnalisation des soins comme fondement du

nouveau rapport qu'elles entretiennent à la santé et aux professionnels de santé. Elles veulent trouver les réponses à leurs besoins de santé et en maîtriser, en partenariat avec les médecins et les professionnels de santé, les choix opérés et les décisions prises. Elles souhaitent également que la médecine de ville et la médecine hospitalière acceptent de nouer plus de liens parce que, souvent prises entre les deux, elles font les frais de l'éclatement des ressources disponibles.

Première partie - Projet Bien-être

Objectif de l'étude

Actuellement, il n'y a pas de recommandation en France pour dépister un mal-être, une dépression ou une mauvaise qualité de vie chez les femmes enceintes. L'objectif de cette étude a été de comparer deux tests de dépistage de symptômes dépressifs ou d'une mauvaise qualité de vie au cours de la grossesse : une question unique versus l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Les objectifs secondaires étaient de déterminer les facteurs sociaux et environnementaux associés à un mal être psychologique, à des symptômes dépressifs et à une mauvaise qualité de vie chez les femmes enceintes.

Type d'étude et population étudiée

Une étude quantitative transversale a été réalisée au sein du service de maternité de la Pitié Salpêtrière entre novembre 2015 et mars 2016. Toutes les femmes enceintes entre 14 et 41 semaines d'aménorrhée (s.a) et parlant français étaient éligibles pour participer à l'étude. Au total, 521 femmes ont accepté de participer à l'étude.

Données recueillies

Le questionnaire comportait une première partie dédiée au recueil des critères socio-démographiques, médicaux et liés à l'environnement de la patiente. Les variables socio-démographiques suivantes ont été recueillies : l'âge de la mère, la couverture maladie, l'emploi, la qualité de vie au travail, la compréhension du français écrit, le niveau d'étude, le revenu, la vie en couple, le statut marital, le statut vis-à-vis du logement (propriétaire, locataire, hébergée, hôtel), l'existence ou non d'un isolement social. Les variables médicales suivantes ont été recueillies : la parité, la gestité, l'existence d'antécédents médicaux ou psychiatriques, l'antécédent de grossesse pathologique, l'existence d'une grossesse à risque ou pathologique, le recours à un arrêt de travail, le recours à la procréation médicale, l'existence d'une consommation alcool-tabagique, d'une addiction à la drogue ou les antécédents de violences. Certaines ressources communautaires ont également été recueillies : le recours à des associations de la ville, à des activités sportives, des sorties récréatives ou des services (livraison repas à domicile).

Une deuxième partie comportait le recueil de la réponse à la question unique de dépistage « Comment vous sentez vous sur le plan psychologique – Bien – assez bien – assez mal – mal ». Cette question unique a été utilisée en 2003, 2007 et 2010 dans les Enquêtes Nationales Périnatales et a montré de fortes corrélations avec une morbidité maternelle et infantile accrues. De plus, cette partie comportait le recueil de la présence de symptômes dépressifs par l'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) et la mesure de la qualité de vie chez les femmes enceintes par le SF12 (Short-Form General Health Survey).

Analyse des données

L'analyse des données est actuellement en cours. Elle comportera une description de la population incluse puis une comparaison des facteurs sociaux, médicaux et environnementaux

associés à un mal-être psychologique, à des symptômes dépressifs ou à une mauvaise qualité de vie des femmes enceintes. Puis la sensibilité, la spécificité et les valeurs prédictives positives et négatives de la question unique seront calculées pour la valider comme outil de dépistage d'une dépression et d'une mauvaise qualité de vie des femmes enceintes (seuil EPDS ≥ 10 , EPDS ≥ 13 , SF12 $\geq 80^{\text{ème}}$ percentile de la distribution). L'analyse statistique (écart type, intervalle de confiance, risque p) sera réalisée via le Logiciel SAS 9.3 à partir d'une base de données EXCEL et Health Outcome Scoring Software regroupant les résultats précédemment obtenus.

Comité d'éthique

Le protocole de l'étude a été soumis au Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche (C.C.T.I.R.S.) de Paris Descartes.

Retombées attendues

Des résultats préliminaires montrent que la question unique est un bon test de dépistage de symptômes dépressifs légers ou modérés. Si cela se confirme, cette question pourrait être intégrée dans les futures recommandations de suivi des femmes enceintes pour permettre une évaluation simple et courte de l'état psychologique de *toutes* les femmes enceintes. Ce repérage systématique pourrait permettre d'adresser au mieux les femmes vulnérables sur le plan psychologique et sociale à un entretien approfondi à visée diagnostique et à améliorer leur accompagnement.

Deuxième partie - Projet Bien-être

Objectif

Cette partie est une étude interventionnelle visant à évaluer l'impact d'un dépistage précoce et systématique d'un mal-être psychologique et des vulnérabilités sociales chez les femmes enceintes.

Type et population de l'étude

Il s'agit d'un essai clinique randomisé par grappes. Les grappes seront constituées de gynécologues et de médecins généralistes libéraux du 13^{ème} et du 20^{ème} arrondissements parisiens, travaillant dans un secteur géographique proche (ces acteurs réalisent respectivement 72% et 22% des déclarations de grossesse en France selon l'ENP 2010).

Critère d'inclusion

Les critères d'inclusion seront les suivants : les femmes enceintes de plus de 18 ans ayant une grossesse unique entre la 12^{ème} et la 24^{ème} s.a, parlant français, résidentes dans les 13^{ème} et 20^{ème} arrondissements parisiens et ayant signé la lettre de consentement de participation à l'étude. Le recrutement sera effectué sur une durée de 3 mois.

Intervention

Dès la consultation de déclaration de grossesse, toutes les femmes enceintes éligibles consultant un professionnel de santé bénéficiera d'une question unique de dépistage d'un mal-être psychologique « Comment vous sentez-vous sur le plan psychologique ? Bien – assez bien – assez mal – mal ». Par ailleurs, il évaluera la situation sociale des femmes enceintes vues en consultation à partir des indicateurs proposés dans les recommandations du Collège de la Médecine Générale et des données récentes de la littérature : âge, adresse, mode de vie,

couverture maladie, présence d'un emploi, profession, capacités de compréhension du langage écrit [39, 40].

En cas de vulnérabilités sociales ou de réponse « mal », « assez mal », « assez bien », le médecin proposera un entretien prénatal précoce à la patiente et à son conjoint, il remettra un annuaire des ressources médicales et associatives du territoire et écrira un courrier de synthèse au professionnel réalisant l'entretien prénatal précoce dans son quartier. Puis à chaque nouvelle consultation jusqu'au 6^{ème} mois de grossesse, le médecin réitérera la proposition de réalisation de l'entretien prénatal précoce si celle-ci n'a pas été faite auparavant. Les médecins du groupe contrôle réaliseront les soins de façon usuelle.

Données recueillies

Après le recueil du consentement écrit, les médecins noteront les coordonnées des femmes (nom, numéro de téléphone), puis leur proposeront un rendez-vous téléphonique au début de l'étude (dans les 2 semaines suivant la consultation), puis à la fin de l'étude (au cours du 3^{ème} trimestre de grossesse). Au cours du 1^{er} entretien téléphonique, des données socio-démographiques, médicales et psychologiques seront recueillies. Ces données comprendront l'âge des femmes, leur niveau d'études, la présence d'un emploi et la profession, la catégorie professionnelle des femmes, la couverture maladie, la situation affective, le sentiment de solitude, le type de ménage, les revenus du ménage, la situation financière perçue, l'aide dans la vie quotidienne, la parité, le terme de grossesse, les antécédents obstétricaux défavorables, la consommation de tabac, l'indice de masse corporelle avant la grossesse, le bien-être psychologique, la présence de symptômes dépressifs mesurés par l'EPDS et la qualité de vie mesurée par le SF12.

Un entretien téléphonique au cours du 3^{ème} trimestre de la grossesse permettra ensuite de recueillir les informations générales suivantes : la participation à l'entretien prénatal précoce, la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité, les complications survenues au cours de la grossesse, le sevrage tabagique éventuel et la satisfaction ressentie vis à vis du suivi de la grossesse et du déroulement de l'accouchement. Puis des informations plus spécifiques viseront à détailler le contenu de l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement effectué : type de professionnel de santé consulté, thèmes abordés, nombre de consultations, recours à un professionnel de santé pour les difficultés psychologiques au cours de la grossesse et nombre de séances, traitement éventuellement suivi, bien-être actuel mesuré par la question unique, la présence de symptômes dépressifs (EPDS) et la qualité de vie (SF12),

Critère de jugement

Le critère de jugement principal sera la différence moyenne d'EPDS entre l'inclusion et l'évaluation au troisième trimestre de grossesse. Les autres critères de jugement seront la proportion de patiente ayant réalisé l'entretien prénatal précoce, la proportion de femmes ayant consulté un professionnel de santé pour ces difficultés psychologiques, la nature des professionnels rencontrés, la satisfaction ressentie ou les difficultés éventuelles de la femme et son conjoint, les traitements pris pour ces difficultés psychologiques, la situation sociale actuelle et la différence moyenne de qualité de vie entre l'inclusion et la fin de l'étude.

Comité d'éthique

Le protocole de l'étude sera soumis au Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche (C.C.T.I.R.S.), la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et le Comité de protection des personnes (CPP) de Paris Descartes.

Taille de l'échantillon

Les hypothèses seront les suivantes : une différence de moyenne à l'EPDS de 2 points entre les 2 groupes ($m_1=15$, $m_2=17$), un écart-type de 5, un risque de 1^{ère} espèce à 5%, une puissance à 80% et un test bilatéral. Le nombre de femmes à inclure est d'environ 200 femmes présentant un mal-être psychologique.

Retombées attendues

En complément d'un recours universel, un recours ciblé à l'entretien prénatal précoce pourrait permettre d'améliorer le parcours de soin et l'accompagnement des femmes enceintes vulnérables.

CONCLUSION

Dans les soins apportés aux personnes, différentes instances nationales et internationales recommandent de prendre en compte le contexte psychologique et social afin de lutter contre les différences évitables d'état de santé. Pour les femmes enceintes, la Haute autorité de santé le recommande spécifiquement dans l'entretien prénatal précoce ou lors de la consultation du 9^{ème} mois de grossesse. Agir précocement en période prénatale, par les premiers professionnels rencontrés dans le parcours de soin, revêt une importance particulière car elle concerne les bases de la santé des enfants et de leur famille.

Le projet Bien-être s'inscrit dans la continuité des actions de promotion de la santé mentale menées actuellement en France. Ce modèle de prise en soins précoce des femmes enceintes, dès le 1^{er} trimestre de la grossesse et basée sur le principe d'universalisme proportionné, est susceptible non seulement de répondre aux besoins des plus vulnérables, mais également de

réduire les inégalités sociales en santé péri et postnatales qui sont un enjeu majeur de santé publique en France.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient les femmes enceintes participant au projet Bien-être. Ils remercient également l'ensemble des médecins et des étudiants travaillant sur ce projet, les maternités des 13^{ème} et 20^{ème} arrondissements de Paris (Pitié Salpêtrière, Clinique Jeanne d'Arc, Tenon), le pôle de santé de Paris 13 et des Envierges (20^{ème}), Mme Elisabeth Hausherr (PMI), Mme Françoise Dumez (réseau périnatal Paris), Mme Anne Guilberteaud (atelier santé-ville 20^{ème}), Mme Emilie Bissette (atelier santé-ville 13^{ème}) et Mme Louise Thobois (Pitié Salpêtrière) pour leur soutien et leur aide pour mener à bien ce projet. Enfin, les auteurs remercient l'Equipe EPOPé (Recherche en épidémiologie Périnatale, Obstétricale et Pédiatrique) du Centre de Recherche en Epidémiologie et Statistique de Sorbonne-Paris-Cité (CRESS) – UMR 1153 Inserm, et en particulier les personnes ayant contribué à l'initiation de ce projet (Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles, Béatrice Blondel, Monique Kaminski, Pierre-Yves Ancel).

REFERENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé. Investir dans la santé mentale. Genève : OMS; 2004. Disponible à partir de l'URL : www.who.int/mental_health/media/en/InvMHBBr8.pdf.
2. Organisation Mondiale de la Santé. « La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs ». Rapport sur la santé dans le monde 2001. Genève : OMS; 2001. Disponible à partir de l'URL : http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf.
3. Canadian Institute for Health Information. Exploring Positive Mental Health. Ottawa, CIHI ; 2009. Disponible à partir de l'URL : http://www.cihi.ca/cihi-external/pdf/internet/improving_health_canadians_en.
4. Ministère des Affaires sociales et de la Santé de France. Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé de France ; 2012.
5. Keyes CL. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav.* 2002;43(2):207-22.
6. British Psychological Society. Psychological health and well-being: A new ethos for mental health. Leicester; The British Psychological Society; 2009. Disponible à partir de l'URL : http://www.bps.org.uk/sites/default/files/images/psychological_health_and_well-being_-_a_new_ethos_for_mental_health.pdf
7. Department of Health and Human Service. Healthy People 2020, the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) [en ligne]. Department of Health and Human Service, U.S. Disponible à partir de l'URL : <http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/overview.aspx?topicid=19>.
8. Diener D. Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *Am Psychol* 2000; 55:34-43.

9. Jang Y, Yoon H, Chiriboga DA, Molinari V, Powers DA. Bridging the Gap between Common Mental Disorders and Service Use: The Role of Self-Rated Mental Health among African Americans. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2015;23(7):658-65. doi: 10.1016/j.jagp.2014.02.010. Epub 2014 Mar 3.
10. Blondel B, Kermarrec. M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Rapport. Paris, France ; 2011.
11. Ibanez G, Blondel B, Prunet C, Kaminski M, Saurel-Cubizolles MJ. Prevalence and characteristics of women reporting poor mental health during pregnancy: Findings from the 2010 French National Perinatal Survey. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2015;63(2):85-95.
12. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):25-35.
13. Glover V. Annual Research Review: Prenatal stress and the origins of psychopathology: an evolutionary perspective. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52(4):356-67.
14. Talge NM, Neal C, Glover V, Early Stress TaRaPSNFaNEoCaAMH. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48(3-4):245-61.
15. Ibanez G, Bernard JY, Rondet C, Peyre H, Forhan A, Kaminski M, Saurel-Cubizolles MJ; EDEN Mother-Child Cohort Study Group. Effects of Antenatal Maternal Depression and Anxiety on Children's Early Cognitive Development: A Prospective Cohort Study. *PLoS One*. 2015;10(8):e0135849.
16. Bréart G, Puech F. Plan périnatalité « 2005-2007 » - Humanité, proximité, sécurité, qualité. Rapport. Paris, France; 2004.
17. Molénat F. Périnatalité et prévention en santé mentale. Collaboration médico-psychologique en périnatalité. Rapport Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins. Paris, France; 2004.

18. Witt WP, DeLeire T, Hagen EW, Wichmann MA, Wisk LE, Spear HA, et coll. The prevalence and determinants of antepartum mental health problems among women in the USA: a nationally representative population-based study. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13(5):425-37.
19. Hellmers C, Schuecking B: Primiparae's well-being before and after birth and relationship with preferred and actual mode of birth in Germany and the USA. *J Reprod Infant Psychol* 2008, 26(4):351–372.
20. Horan MK, McGowan CA, Doyle O, McAuliffe FM. Well-being in pregnancy: an examination of the effect of socioeconomic, dietary and lifestyle factors including impact of a low glycaemic index dietary intervention. *Eur J Clin Nutr*. 2014;68:19-24.
21. Stewart DE. Clinical practice. Depression during pregnancy. *N Engl J Med*. 2011;365(17):1605-11.
22. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et coll. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 2005;119:1-8.
23. Ban L, Gibson JE, West J, Fiaschi L, Oates MR, Tata LJ. Impact of socioeconomic deprivation on maternal perinatal mental illnesses presenting to UK general practice. *Br J Gen Pract*. 2012;62(603):e671-8.
24. Lancaster C, Gold K, Flynn H, Yoo H, Marcus S, Davis M. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202(1):5-14.
25. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Futures Studies, 1991.
26. Solar O, Irwin A, WHO Commission on Social Determinants of Health. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper. Genève, WHO ; 2007. Disponible à partir de l'URL : <http://health-equity.pitt.edu/757/>.

27. Potvin L, Moquet MJ, Jones C (sous la dir.). Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES coll. Santé en action; 2010.
28. Fisher M, Baum F. The social determinants of mental health: implications for research and health promotion. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010;44(12):1057-63.
29. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösli I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2007;20(3):189-209.
30. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(10):1012-24.
31. Van den Bergh BR, Mulder EJ, Mennes M, Glover V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2005;29(2):237-58.
32. Sharp D, Hay D, Pawlby S, Schmücker G, Allen H, Kumar R. The impact of postnatal depression on boys' intellectual development. *J Child Psychol Psychiatry*. 1995;36(8):1315-36.
33. Meuti V, Aceti F, Giacchetti N, Carluccio GM, Zaccagni M, Marini I, Giancola O, Ciolli P, Biondi M. Perinatal Depression and Patterns of Attachment: A Critical Risk Factor? *Depress Res Treat*. 2015;2015:105012. doi: 10.1155/2015/105012. Epub 2015 Dec 20.
34. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations professionnelles. Paris : HAS ; 2007.
35. Barandon S, Balès M, Melchior M, 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. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2015 Aug 27. [Epub ahead of print].

36. Tubach F, Greacen T, Saïas T, Dugravier R, Guedeney N, Ravaud P, Tereno S, Tremblay R, Falissard B, Guedeney A; CAPEDP Study Group. A home-visiting intervention targeting determinants of infant mental health: the study protocol for the CAPEDP randomized controlled trial in France. *BMC Public Health*. 2012 ;12:648.
37. Institut national de prévention et d'éducation à la santé [en ligne]. Site officiel [consulté le 15 mars 2016]. Disponible à l'URL : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/equilibre/numeros/91/parentalite_accompagner_les_familles.asp
38. Kerbouc'H S, Bretonnière S. Faire l'expérience de sa santé. Du rapport à soi à l'organisation de pratiques de soins. Etude sociologique sur les besoins et les demandes de femmes en matière de santé. Rapport final : 2010-2011.
39. Collège de la Médecine Générale. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale. Recommandations. Paris : CMG ; 2014. Disponible à partir de l'URL : <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/enr-social-mars2014.pdf>.
40. Opatowski M, Blondel B, Khoshnood B, Saurel-Cubizolles MJ. New index of social deprivation during pregnancy: results from a national study in France. *BMJ Open*. 2016 Apr 5;6(4):e009511. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009511.