

Dépression postpartum chez les femmes : prévention dans le canton de Vaud

Nadège Brechet, Fabiano Casso, Nathanaël Favre, Jean Pictet, Reza Seiffert

Introduction

Durant les premiers jours après l'accouchement, il n'est pas rare que la joie se mêle à un état de tristesse passager, connu sous le nom de baby-blues. Cet état, tout à fait physiologique et sans danger, n'est pas à confondre avec la dépression postpartum. Concernant près de 13% des naissances (1), la dépression postpartum est, quant à elle, une pathologie psychiatrique et pose un véritable problème de santé publique. Elle se manifeste quelques semaines à un an après l'accouchement par troubles du sommeil, troubles de l'alimentation, perte du lien mère-enfant et parfois même négligence et pensées infanticides ou suicidaires.

Plusieurs signes évocateurs de vulnérabilité chez la mère ont pu être identifiés (2), permettant d'envisager la mise en place d'une prévention postnatale, mais également anténatale où 65.5% des cas de dépressions sont estimés dépistables (2). Un questionnaire, l'échelle de dépression postpartum d'Édimbourg ou EPDS, a été conçu spécifiquement pour la prévention et il apparaît comme une référence dans le domaine (3).

Le monde de la maternité est cependant vaste, ses acteurs nombreux, et les outils de prévention à disposition se sont multipliés. En outre, la littérature en Suisse est restreinte et il existe peu d'études sur les coûts et l'efficacité d'un programme de prévention. Par conséquent, il est difficile de se faire une idée précise de la situation actuelle.

C'est dans ce contexte que nous avons choisi de rassembler et d'analyser les différents moyens de prévention de la dépression postpartum dans le canton de Vaud.

Méthode

Par ce travail, nous poursuivons trois objectifs, dont deux primaires : identifier les différentes mesures existantes pour la prévention de la dépression postpartum chez les femmes dans le canton de Vaud et cerner les protagonistes de celle-ci ainsi que leurs prérogatives, et un secondaire : explorer les différentes possibilités offertes par d'autres modèles.

Nous avons parcouru la littérature sur le sujet et choisi d'effectuer des entretiens de type semi-structurés avec 17 personnes d'horizons variés, incluant des acteurs de la santé communautaire, et concernées par la problématique. Nous avons rencontré une cheffe de service et une sage-femme conseillère de PROFA, une sage-femme postpartum, un obstétricien, un psychiatre de liaison et deux pédopsychiatres (CHUV, Genève), un thérapeute familiale, un pédiatre et deux gynécologues en cabinet privé, deux représentants de la formation (FBM, La Source), une journaliste du 24h, une infirmière sage-femme case manager d'assurance, une psychologue et membre d'une association périnatale, ainsi que la présidente d'une association d'entraide entre mères. Malheureusement, seule une compagnie d'assurance a bien voulu nous recevoir et l'office du médecin cantonal a également répondu à notre demande d'entretien par la négative. Pour des raisons éthiques, nous avons décidé de ne pas rencontrer des patientes et leur entourage.

Résultats

Selon nos entretiens, l'EPDS est un outil de choix car spécifique, simple et facile à utiliser. L'entretien psycho-éducatif, fondé en partie sur l'EPDS, est une alternative qui met l'accent sur le vécu et la narration, mais elle nécessite une formation particulière. Les dépliants, sites internet et autres vecteurs d'information sont également des outils de prévention car ils permettent de sensibiliser la population et peuvent encourager à contacter un professionnel. La consultation médicale, le conseil en périnatalité, gratuit et ouvert à tous, ainsi que l'entretien à domicile offrent tout trois cette opportunité d'écoute et de renseignement.

Les intervalles de temps propices à une prévention de la part des acteurs se scindent en plusieurs moments, à savoir la période prépartum, l'accouchement et la période postpartum.

Sitôt qu'un désir d'enfant se manifeste, la future mère peut rentrer en contact avec un gynécologue ou une sage-femme. Ces professions ont un rôle clé dans la période prénatale car ils peuvent mettre en évidence des signes précoces de dépression ou de vulnérabilité psychique et servent de porte d'entrée dans le réseau de prévention.

Au moment de l'accouchement, la plupart des femmes se rendent en institution. À cette occasion, les sages-femmes postpartum ont l'habitude de s'entretenir avec la mère et peuvent faire resurgir des éléments évocateurs d'un stress important.

Le suivi postpartum s'organise suivant la situation à la sortie de l'institution. Dans le cas d'une vulnérabilité conséquente, les patientes sont référées à un psychiatre ou à un pédopsychiatre, qui se charge des questions de diagnostic et de traitement, tout en participant à la prévention. Dans les autres cas, le suivi est effectué à domicile par des sages-femmes indépendantes et des infirmières petite enfance pendant 6 mois, ainsi que par le pédiatre ; ils représentent une autre porte d'entrée cruciale dans le réseau de prévention. Ajoutons que les associations et les proches, par leur observation et leur soutien, ainsi que les médias sont des ressources importantes en communauté.

Secondairement, nos intervenants ont évoqué les modèles d'autres régions comme source potentielle d'inspiration, notamment un réseau clinique dédié, avec entretien prénatal et questionnaire de dépistage, à Genève, un entretien obligatoire au 4^{ème} mois prépartum en France et des questions systématisées en postpartum dans les pays anglo-saxons (USA, UK).

Discussion

Nos résultats confirment qu'il n'est pas envisageable de déléguer la prévention de la dépression postpartum à un seul corps de métier. Tous les intervenants relèvent la nécessité de travailler en réseau, mais certains professionnels utilisent un cercle de contacts restreint et dépendant de leurs relations. Outre des problèmes de communication, une mauvaise connaissance du réseau est soulevée. Ainsi, il semble primordial d'établir un carnet d'adresses qui répertierait les acteurs utiles ainsi que les associations autour de la natalité.

En ce qui concerne les méthodes de prévention, il est constaté d'importantes divergences entre les acteurs sur les moments et sur les outils adaptés. Or, cet état de fait favorise la disparité de prise en charge et il serait bon d'établir des guidelines uniformes et obtenant l'aval de tous les professionnels.

La plupart de nos intervenants prônent une approche de prévention systématique. En effet, certains facteurs de risque sont évidents : statut socio-économique défavorable, troubles préexistants ou migration, et incitent à une prévention rapprochée, alors que d'autres passent inaperçus. Cependant, une prévention systématique occasionne des aspects de coûts et de stigmatisation importants. Pour le financement, la piste régulièrement mise en avant est la subvention par la santé publique. Pour la stigmatisation, il apparaît qu'une information précoce et bienveillante autour de la natalité et de la dépression permettrait d'améliorer l'acceptation de la prévention.

Les responsables soulignent que la formation spécifique est souvent insuffisante et inhomogène. Ces disparités occasionnent une reconnaissance des facteurs de risques variable et une prévention moins efficace. En conséquent, une formation de base pour les acteurs-clés de la prévention qui intégrerait une sensibilisation à la dépression postpartum apporterait une plus-value dans le système actuel (4).

La dépression postpartum est une problématique mondiale ; l'OMS a reconnu l'importance de cette pathologie et préconise des interventions dans ce domaine (5). Concernant la Suisse, la législation ne permet pas une approche fédérale, les cantons étant responsables de leur propre programme de santé publique. C'est donc à un échelon cantonal qu'il s'agirait d'établir un plan de prévention.

Nous avons également observé qu'une prévention efficace passe par la multidisciplinarité, chaque porte d'entrée permettant de densifier le réseau de prévention. Cette multidisciplinarité exige une collaboration étroite, incluant par exemple des réunions régulières pour les acteurs de la santé maternelle.

En conclusion, nous proposons de travailler sur une formation et des guidelines uniformes et systématiques, ainsi que sur l'intensification de la communication multidisciplinaire.

Références

1. Nanzer N, Righetti-Veltema M. Le DAD-P : un outil simple pour le dépistage anténatal du futur risque de dépression du postpartum. *Rev Med Suisse*. 2009;5(191):395-401.
2. Manzano J. L'identification des facteurs de risque pour une dépression post-partum. *Rev Med Suisse*. 2002; 21947.
3. Renaud Jardri, « Le dépistage de la dépression postnatale : revue qualitative des études de validation de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale », *Devenir* 2004/4 (Vol. 16), p. 245-262.
4. Milgrom J, Gemmill AW, Screening for perinatal depression, *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014 Jan;28:13-23
5. Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C-L., Grace, S.L., & Wallington, T. (2003). *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*.

Mots clés : dépression ; postpartum ; prévention