

Connaissances et pratiques liées à la dépression périnatale en Suisse romande

Résultats d'une enquête menée en région fribourgeoise

MURIELLE BRESSOUD et NATHALIE NANZER

Rev Med Suisse 2020; 16: 557-60

INTRODUCTION

Durant la période périnatale, les femmes doivent faire face à de nombreux remaniements physiques et psychiques, sources de grande vulnérabilité. À cela peuvent s'ajouter d'autres facteurs de types personnel (antécédents psychiatriques, histoire familiale...) ou environnemental (isolement social, conflits de couple, pauvreté...). La prévalence de la dépression prénatale se situe à environ 20%;¹ la dépression postnatale affecte en moyenne 17%² des femmes, avec un pic au cours du 3^e mois suivant l'accouchement, mais elle peut également apparaître plus tard, jusqu'à 12 à 18 mois après la naissance de l'enfant.

Malheureusement, dans deux tiers des cas, la dépression n'est pas dépistée,³ ce qui peut être expliqué par différents facteurs. Premièrement, il est difficile de distinguer les signes d'une dépression de ceux, normaux, liés à la fatigue et à la période d'ajustement entourant la naissance du bébé.⁴ Deuxièmement, les mamans ont tendance à masquer leur mal-être, car elles éprouvent de la honte et de la culpabilité à se sentir mal alors qu'aux yeux de la société, elles auraient tout pour être heureuses; elles craignent aussi fréquemment de se voir prescrire des médicaments pendant la grossesse ou l'allaitement. Troisièmement, les dépressions se déclarent souvent alors que les interventions des sages-femmes et du gynécologue ont cessé. Certains professionnels hésitent à se renseigner sur l'état émotionnel de leur patiente, ne sachant que leur proposer en cas de difficultés.

Dans 30% des cas, une dépression non dépistée et non soignée peut se chroniciser et évoluer de manière larvée. Dans ce cas, la dépression a une influence particulièrement négative sur le bébé et les autres

membres de la famille. La maman tend à intégrer une image négative d'elle-même et à manquer de disponibilité psychique pour s'occuper de son enfant. Le bébé peut développer des troubles divers: pleurs excessifs, troubles du sommeil, de l'alimentation, du développement, etc.

Il est donc essentiel de dépister et soigner ces dépressions, car elles sont sources de grandes souffrances tant pour la maman que pour son entourage et peuvent avoir des répercussions importantes sur la relation avec le bébé et le développement de ce dernier.

L'enquête présentée ici cherche à mettre en lumière la façon dont cette problématique est connue et traitée sur le terrain en Suisse romande, et plus précisément dans la région du Grand Fribourg (Fribourg et son agglomération). Elle constitue le résultat d'un travail de mémoire du CAS (Certificate of Advanced Studies) en périnatalité et petite enfance.⁵ Nous y avons étudié comment les professionnels, sages-femmes et pédiatres, abordaient la question de la dépression du point de vue de la prévention, du dépistage et de la collaboration avec le réseau, et comment ces questions étaient perçues par les jeunes mamans. Nous avons également mentionné les manques en termes de prévention et de ressources relevés par les professionnels et par les mamans. Pour terminer, nous avons proposé des pistes pour pallier les différents manques constatés.

MÉTHODOLOGIE ET POPULATION

Pour réaliser notre enquête, nous avons choisi d'interroger des sages-femmes et des pédiatres: des sages-femmes, car ce sont les professionnelles les plus proches des mamans durant la période périnatale; des pédiatres, car ce sont les médecins les

plus consultés durant l'année qui suit la naissance. Nous avons également interrogé des mamans ayant accouché récemment.

La récolte des données a été effectuée au moyen de trois questionnaires différents, adaptés aux caractéristiques de chaque groupe. Le questionnaire à l'attention des sages-femmes a été diffusé par le secrétaire de l'Association des sages-femmes du canton de Fribourg. Il a été adressé à toutes les sages-femmes indépendantes et hospitalières du canton de Fribourg faisant partie de l'association, mais il a été demandé que seules les sages-femmes indépendantes actives dans le Grand Fribourg y répondent, ce qui représente environ 51 sages-femmes. Nous avons obtenu 17 réponses entre le 13.11.2017 et le 18.12.2017.

Le questionnaire à l'attention des pédiatres a été adressé à 19 pédiatres de la ville de Fribourg. 5 pédiatres y ont répondu entre le 05.12.2017 et le 28.12.2017.

Le questionnaire à l'attention des mamans a été diffusé aux mamans de notre entourage ayant accouché à Fribourg au cours des deux dernières années et qui habitent à Fribourg ou dans l'agglomération. Il leur a été demandé de faire suivre le questionnaire à d'autres mamans répondant à ces critères. Nous avons obtenu 25 réponses entre le 11.02.2018 et le 23.03.2018.

RÉSULTATS

Les résultats principaux des trois questionnaires sont regroupés dans le **tableau 1**.

DISCUSSION

La grande majorité des professionnels ont dit porter une attention particulière au risque de dépression chez les femmes qu'ils côtoyaient, et aborder cette question

TABLEAU 1

Principaux résultats des questionnaires

DPN: dépression périnatale; SF: sage-femme; M/B: mère/bébé; PN: périnatalité.

	Questions	Sages-femmes	Pédiatres	Mamans
Prévention	Abordez-vous la question de la DPN avec les femmes?	82% Oui 18% Parfois		
	Portez-vous une attention particulière au risque de dépression chez toutes les femmes?	88% Oui 12% Non	100% Oui	
	Avez-vous suivi une préparation à l'accouchement?			88% Oui 12% Non
	Connaissez-vous la différence entre baby-blues et DPN?			56% Oui, approximativement 12% Oui, précisément 32% Non
	Pendant votre grossesse, avez-vous entendu parler du risque de DPN?			72% Oui 28% Non
	Où en avez-vous entendu parler? (liste de propositions à cocher, plusieurs réponses possibles)			64% Dans mon entourage 54% Dans les médias 14% Aux cours de préparation à l'accouchement. 9% Chez le gynécologue et chez la SF indépendante 5% À la maternité
Dépistage	Vous sentez-vous assez «outillée» pour dépister la dépression?	71% Oui 29% Non		
	Proportion de femmes en dépression dans votre patientèle ces 2 dernières années	50% A répondu 5% 50% A répondu moins de 5%		
	Avez-vous connu des épisodes dépressifs (tristesse, épuisement, sentiment d'être incapable...) pendant 2 semaines ou plus?			28% Pendant la grossesse 56% Dans les 6 semaines après l'accouchement 40% Au-delà des 6 semaines après l'accouchement
Ressources	Vous sentez-vous suffisamment «outillée» pour orienter une femme en dépression?	59% Oui 29% Parfois 12% Non		
	Quelles sont les ressources? (liste de propositions à cocher, plusieurs réponses possibles)	65% Psychothérapeute 59% Gynécologue 53% Médecin traitant 29% Office familial 24% Psychiatre 18% Centre pédopsychiatrique ou centre psychosocial 12% Pédopsychiatre	80% SF indépendante et/ou médecin traitant 60% Psychiatre 40% Pédopsychiatre 20% Gynécologue, psychothérapeute ou centre pédopsychiatrique	
	Auprès de qui avez-vous trouvé du soutien?			77% Entourage 59% SF 35% Psychologue, psychothérapeute, psychiatre, pédopsychiatre 12% Médecin (gynécologue, pédiatre, généraliste) et puéricultrices
	Disposez-vous de listes avec des contacts que vous pouvez appeler?	35% Oui 53% Non 12% Pas de réponse	60% Oui 40% Non	
	Est-ce que les ressources vous paraissent suffisantes?	53% Oui 47% Non	80% Oui 20% Non	
	Quels sont les manques dans la prise en charge? (liste de propositions à cocher, plusieurs réponses possibles)	88% Structures d'accueil M/B hospitalières 58% Psychiatres/ pédopsychiatres formés en PN et réseaux d'entraide 53% Psychothérapeutes formés en PN 35% Groupes de parole pour les parents 18% Personnes formées pour soutenir le lien M/B	60% Structures d'accueil M/B hospitalières et psychiatres/ pédopsychiatres formés en PN 40% Psychothérapeutes formés en PN, réseaux d'entraide et groupes de parole pour les parents 20% Personnes formées pour soutenir le lien M/B	80% Infos sur les ressources à disposition 72% Infos sur le baby-blues et la DPN 64% Aide concrète 56% Groupes de parole 52% Préparation aux bouleversements que représente la venue d'un enfant 20% Préparation relative aux besoins d'un bébé

avec elles. Le vécu de ces dernières était différent: alors que 88% des femmes interrogées avaient suivi un cours de préparation à l'accouchement, 32% ne connaissaient pas du tout la différence entre dépression et baby-blues et seules 12% se sont dites bien informées. Autre fait surprenant, les mamans avaient entendu parler de dépression essentiellement par le biais de leur entourage et des médias; très peu par le biais médical. Nous avons proposé deux hypothèses pour comprendre ce décalage entre les réponses des professionnels et celles des mamans: il est possible que les professionnels n'abordent pas aussi clairement la question que ce qu'ils pensent ou disent, il se peut aussi que les futures mamans ne retiennent pas certaines informations, leurs préoccupations pendant la grossesse étant essentiellement orientées vers l'accouchement.⁶

Quant au dépistage, le pourcentage de femmes ayant souffert d'une dépression postnatale détecté par les sages-femmes se situait en dessous de ce que montre la littérature. Les raisons exposées précédemment pourraient expliquer ce résultat, de même que le fait que 30% des sages-femmes ne se sentaient pas suffisamment outillées pour dépister la dépression.

Les pédiatres jouent un rôle important dans le dépistage de la dépression périnatale. Malheureusement, ils ont été peu nombreux à avoir répondu au questionnaire et parmi ceux qui y ont répondu, 60% ont dit aborder la question uniquement chez les mamans présentant déjà des signes de dépression.

Nous avons noté que les mamans qui avaient répondu au questionnaire étaient nombreuses à s'être senties déprimées (tristesse, épuisement, manque d'énergie, sentiment de culpabilité, d'être dépassée ou incapable pendant 2 semaines ou plus) au cours de leur grossesse ou dans le post-partum précoce.

Concernant les ressources, les sages-femmes indépendantes occupent une place importante pour le suivi et l'orientation des femmes en dépression vers d'autres structures. Les mères ont mentionné que ce sont les professionnelles qui se préoccupaient le plus de leur état émotionnel. Lorsqu'elles devaient orienter des mamans vers d'autres professionnels, les sages-femmes les adressaient principalement vers un psychologue, un gynécologue ou le médecin traitant. Les autres, notamment les pédiatres, se tournaient soit vers les sages-femmes indépendantes, soit directement vers des psychiatres ou pédopsychiatres lorsqu'ils avaient affaire à

une maman en situation de dépression.

D'après les mamans interrogées, la première ressource signalée était l'entourage, la deuxième, leur sage-femme indépendante et la troisième, un psychologue, psychothérapeute, psychiatre ou pédopsychiatre.

Les médecins traitants étaient souvent consultés en cas de dépression. La plupart des pédiatres et la moitié des sages-femmes adressaient les mamans en difficulté à leur médecin traitant. Certaines patientes suivies par le psychothérapeute recevaient un traitement prescrit par leur médecin traitant.

Le manque le plus important relevé par tous les professionnels était la possibilité d'hospitaliser les mamans avec leur bébé; le second était relatif au manque de psychiatres, de pédopsychiatres et de psychothérapeutes formés en périnatalité.

Les mamans ont surtout relevé le manque d'informations sur les ressources à disposition en cas de difficultés, sur le baby-blues et la dépression, un manque d'aide concrète et de groupes de parole pour échanger avec d'autres parents autour d'une problématique.

PROPOSITIONS

Les constatations faites lors de cette enquête nous amènent à proposer différentes pistes pour les professionnels et pour les parents, afin de pallier les manques constatés. Tout d'abord, il est important que les professionnels intervenant durant la période périnatale et les médecins généralistes soient sensibilisés à la fréquence de la dépression périnatale et au fait qu'elle peut toucher n'importe quelle femme. Chaque professionnel de la santé en contact avec des futurs ou jeunes parents devrait s'enquérir de leur état émotionnel de manière active, y compris en l'absence de signe évident de dépression, ceci afin de contribuer à mieux dépister cette pathologie encore sous-diagnostiquée et sous-traitée. Une formation spécifique des professionnels est essentielle pour qu'ils se sentent outillés pour dépister, suivre ou orienter les femmes en situation de dépression. Des formations ont été développées à cet effet par les universités romandes (CAS en périnatalité et petite enfance dispensé à l'Université de Lausanne), les centres hospitaliers ou les Hautes écoles de santé. La réalisation de dépliants avec mention des professionnels ou des services à même de soutenir des mamans en difficulté serait une aide précieuse, autant pour les professionnels que pour les parents.⁷

Des entretiens périnataux sur le modèle

genevois,⁸ accessibles à toutes les femmes, avec questionnaire de dépistage de la dépression et informations précises sur les signes de baby-blues et de dépression, constitueraient un moyen efficace pour dépister les fragilités et les ressources psychiques des futurs parents. Des entretiens post-partum en maternité ou en maison de naissance avec chaque maman pour évaluer son état psychique, le vécu de l'accouchement, de l'allaitement et le développement du lien avec son bébé, permettraient de déceler des signes précurseurs de dépression. Actuellement, des groupes de soutien pour les mamans rencontrant des difficultés dans la période périnatale se développent à Fribourg. Ces groupes offrent un espace de parole aux mamans et l'occasion de rencontrer d'autres mamans partageant un vécu similaire.

Les unités mère-enfant sont des ressources précieuses et encore trop rares en Suisse. Elles permettent d'offrir des soins s'adressant tant à la mère qu'à l'enfant et qu'au lien entre eux.

CONCLUSION

Bien que la dépression soit un thème d'actualité dont les différents professionnels se préoccupent, il reste encore un important travail à effectuer sur le plan de l'information et de l'attention portée aux risques de dépression chez les femmes qui consultent durant la période périnatale.

Tout professionnel de la santé devrait se montrer vigilant avec ces mamans, notamment avec celles qui ne présentent pas de signe apparent de dépression, avec une attention particulière aux femmes isolées socialement et aux familles migrantes. À Fribourg, comme ailleurs en Suisse romande, plusieurs professionnels et services sont à même d'offrir un soutien en cas de dépression périnatale ou d'orienter les mamans vers d'autres structures. Malheureusement, ces différentes ressources ne sont pas toujours connues par les professionnels ou les parents.

La période périnatale est une période sensible, présentant un risque élevé de dépression. En apportant le soutien et l'aide nécessaires, de manière précoce, aux parents en difficulté, la situation peut rapidement évoluer favorablement, épargnant à toute la famille des évolutions chroniques négatives très coûteuses d'un point de vue médical, social et financier.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

- 1 De Noose L, Garnier S, Richelle J, et al. Dépression prénatale et engagement thérapeutique : Approche clinique et projective. *Psychologie Clinique et Projective* 2011;1:159-87.
- 2 * Shorey S, Chee CYI, NG ED, et al. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers : a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2018;104:235-48.
- 3 ** Nanzer N. La dépression postnatale. *Sortir du silence*. Lausanne : Éditions Favre, 2009;p. 145.
- 4 Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Womens Health (Larchmt)* 2003;12:373-80.
- 5 Bressoud M. La dépression périnatale. État de la question à Fribourg et dans son agglomération. Travail de

mémoire pour un CAS (Certificate of Advanced Studies) en périnatalité et petite enfance, à l'UNIL. Lausanne : Université de Lausanne 2018;10.

6 * Razurel Ch, Bruchon-Schweitzer M, Dunpanloup A, Irion O, Epiney M. Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery* 2011;27:237-42.

7 ** Molénat F. *Accompagnement et alliance en cours de grossesse*. Bruxelles : Editions Yapaka.be, 2012;p.51-2.

8 ** Nanzer N, Epiney M. Entretien prénatal genevois : préparer à la parentalité et dépister les troubles émotionnels. *Rev Med Suisse* 2013;9:1841-5.

* à lire
 ** à lire absolument

MURIELLE BRESSOUD

Route de Singine 10, 1700 Fribourg
 murielleb@bluewin.ch

DR NATHALIE NANZER

Unité guidance infantile, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, Chemin des Crêts-de-Champel 41, HUG, 1206 Genève
 nathalie.nanzer@hcuge.ch